

## Seuils, analyse de la demande et pratiques de sélection



**Jean-Pierre Jacques**  
Médecin psychanaliste, Bruxelles

**A**ccueil, centre d'accueil, accueillir, quelle équipe n'a pas ces signifiants à la bouche ? De quel accueil s'agit-il, quelle fonction prétend-il satisfaire, quelles valeurs défend-il et à quelles fins ? Une réflexion sur la procédure d'admission de nos institutions spécialisées et sur la logique implicite de l'accueil qui la sous-tend est proposée ici.

Formelle ou informelle, la procédure d'admission dans une structure thérapeutique pour usagers de drogues est un des analyseurs les plus puissants des signifiants maîtres de nos institutions, de nos équipes, de ce qu'en d'autres temps on désignait comme l'idéologie. Cette analyse de l'accueil et des procédures d'admission nous permettra une saisie inhabituelle de nombreux paramètres et accidents de la cure qui en découlent, tels que :

- le rapport, de force ou de séduction qui s'établira entre le candidat à une prise en charge et nos intervenants
- le type de clientèle recrutée ou écartée, et jusqu'aux impacts en termes de santé publique sur la population des usagers de drogues des zones desservies
- la représentation que ces U.D. pourront se faire de nos professionnels de l'aide ou du soin, qui seront désormais perçus soit comme délégués de l'ordre public, comme avant-postes du système (1), soit, au contraire, comme exception au discours dominant, comme objection au discours du Maître, comme alliés possibles dans leurs questionnements.

Enfin, une analyse fine des procédures d'admission révèle les valeurs éthiques et politiques de nos institutions, de nos équipes, en d'autres termes - freudiens - leur Idéal du Moi, et préfigure les impasses sur lesquelles pourront buter et échouer la cure, jusqu'à forcer la rupture du système thérapeutique usager - professionnel, par l'abandon ou l'exclusion, inscrite en quelque sorte par le mode d'entrée.

*L'accueil est le théâtre de cette procédure d'admission avec un lieu, un temps et un discours.*

Le lieu de l'accueil est défini par une topographie, par exemple, une porte fermée, qui ne s'ouvre qu'avec une sonnette et un hygiaphone. Ou une porte ouverte sur la rue.

Le local où le candidat est accueilli peut être le bureau, supposé neutre, où le thérapeute reçoit, chez lui, sur ses terres et dans un univers qui exprime son esthétique, sa classe d'appartenance, ses référents, un usager qui est l'autre, l'invité, parfois le tout juste toléré. Tout au contraire, ce peut être une salle d'accueil où coexistent un mélange inopiné d'usagers de drogues en traitement, de professionnels, d'autres sujets, un lieu où règne un compromis entre la Loi de la rue et la Règle de l'institution, c'est-à-dire un espace mixte, où le professionnel est de préférence un être amphibie, adapté à une collectivité aux mœurs indéçises.

Le temps de l'accueil se décline lui-même en une durée, qui est la durée de la procédure, et un moment, celui du franchissement d'un seuil ou de plusieurs seuils consécutifs.

La durée de la procédure est expresse, le temps d'une poignée de mains et de l'échange de quelques mots de bienvenue, quand domine le sentiment de l'urgence de la détresse subjective et de la galère. A l'opposé, la durée peut être virtuellement interminable quand ce temps de rencontre est destiné à vérifier l'adéquation de la demande du sujet à l'offre de l'institution. Cette procédure de vérification, que l'on appelle par euphémisme « l'analyse de la demande », impose de minimiser les contraintes que le symptôme fait peser sur le sujet tout en cristallisant les

exigences, intraitables, de l'institution et de son idéal.

Il n'est pas exclu que la durée de cette procédure soit plus ou moins délibérément rallongée pour mettre à l'épreuve le candidat, sur le modèle des entretiens préliminaires à une cure psychanalytique, qui seraient destinés à éprouver que la demande soit bien « décidée ». Si c'est cela, il est regrettable d'importer sans façons les méthodes de la pratique psychanalytique à la prise en charge des usagers de drogues, sans avoir pris la précaution de valider cette transposition. En effet, dans la cure analytique, l'objet que le pourvoyeur, l'analyste, cède, concède ou échange avec l'analysant est identique à l'objet de la demande elle-même, à savoir en gros, de la parole et du transfert. A contrario, l'objet de la demande manifeste du sujet usager de drogues, quoique qu'il doive en passer par la parole pour faire sa demande, en est distinct, puisqu'il concerne majoritairement, dans notre expérience en tous cas, des médicaments, de l'aide médicale ou sociale, un toit ou un lit, etc.

## Dévoiler son intimité sans avoir choisi de le faire

Le moment de l'accueil peut se subdiviser en plusieurs moments de franchissement : le rendez-vous qu'il faut prendre au préalable par téléphone avant de pouvoir formuler sa demande in situ, les documents à présenter ou les antécédents requis pour être recevable, les conditions administratives ou de statut social à satisfaire, la typologie des drogues consommées, tous éléments qui détermineront l'accès au traitement convoité. Sans parler des garanties financières à apporter parfois, notamment dans certaines institutions pourtant subventionnées dans mon pays, la Belgique.

Les professionnels de l'aide, en particulier ceux qui sont aux premières loges de cette fonction d'accueil ont-ils été déjà sensibilisés à l'énormité de l'effort attendu de la part du candidat à une prise en charge ? Et cet effort, ce labeur de la demande, est à fournir au moment de son existence où il est particulièrement dépourvu de ressources, psychiques et physiques, sinon culturelles. Il faudra au candidat exposer, parfois devant plusieurs personnes successives, le collier de misère que fut son existence, dévoiler son intimité sans avoir choisi de le faire, se soumettre à des horaires et des attentes, des questions ou des questionnaires, sans certitude de voir sa « demande » aboutir. Par ricochet, la rumeur se charge de répandre au sein des communautés d'usagers de drogues l'information en feed-back sur ce qui attend le candidat, sur les réponses les mieux accueillies, sur les adresses où les questions des thérapeutes se font moins intrusives. Et comme par enchantement, après un temps d'adaptation, l'institution, du moins celle qui se trouve sans concurrence, se réjouira de voir arriver des candidats adaptés à ce qu'elle s'apprête à accueillir, sans soupçonner combien elle a contribué à faire émerger le discours qu'elle attend, en sélectionnant de manière darwinienne les répondants les mieux adaptés à son désir à elle. Notre institution oscillera alors entre un refoulement bienvenu à l'aspect 'comme si' des réponses des demandeurs à ses interrogations, feignant de ne pas en discerner le simulacre, qui a tout

pour nous plaire ou, à l'opposé, confirmera son préjugé sur le toxicomane manipulateur, et sur la prudence avec laquelle il faut l'entendre sans se faire piéger.

Incidentement, notre institution aura refoulé toute considération pour les usagers en détresse qu'il aurait été dans ses missions d'accueillir mais qui se sont découragés à la perspective de cette épreuve d'admission. Ils iront, au mieux, s'adresser ailleurs, non par choix, mais par dépit. Cet ailleurs, par exemple des collègues, des médecins généralistes, seront alors conspués, dénigrés, rendus responsables de la dérive de l'offre de soins que notre institution n'est pas parvenue à ajuster à la demande. D'autres renonceront à s'adresser, préférant, si l'on peut dire, l'accueil sans surprise que l'institution pénitentiaire leur réserve avec une disponibilité jamais démentie. Les curieux pourront être renvoyés sur des recherches déjà anciennes de Rodolphe Ingold sur les demandes de soins avortées, phénomène facilitateur d'adresses au monde judiciaire ou d'un ajournement qu'il estimait à 2 ans en moyenne de toute nouvelle demande.

D'autres candidats, plus persévérants, auront construit un dispositif défensif qui se manifestera dans une agressivité, une hostilité dans les entretiens ; celles-ci leur vaudront en retour une méfiance contre-transférentielle de la part de nos intervenants, qui ne se priveront pas de diagnostics péjoratifs pour justifier, en projetant sur le demandeur, l'irritation que le dispositif d'accueil a si fortement contribué à installer. Quant à certains sujets paranoïaques mais simultanément usagers de drogues, inutile d'en parler, ce type de procédure d'admission comporte ce qu'il faut pour les faire battre en retraite et les préserver de toute rencontre dite thérapeutique.

Les sceptiques trouveront une confirmation difficilement réfutable de cette cybernétique de l'offre et de la demande et de ses conséquences tragiques sur le destin des usagers de drogues et sur leurs représentation des professionnels dans la recherche en tous points remarquable par sa méthode et par ses résultats de Madame Pascale Jamouille (2).

## Le discours de l'accueil

Il faudrait commencer par s'interroger sur la langue pratiquée pour accueillir un sujet et sa demande, quand on accepte de se laisser surprendre par la proportion croissante de citoyens en exil, en errance, en fuite d'une guerre civile ou d'une terreur quelconque. A la mondialisation des trafics de psychotropes répond maintenant une mondialisation des usagers de ces drogues, et nos modèles n'ont pas été conçus pour étudier la demande d'aide de réfugiés kosovars, tchetchènes, khazakhs ou ghanéens, qui déferlent sur nos villes sans partager aucune langue ni aucune modalité culturelle avec les professionnels préposés à les accueillir.

Le discours de l'accueil sera une fois encore décrit par ses extrêmes. A une extrémité, tous les sujets sont admis pourvu qu'ils en fassent la demande, par leur présence, par leurs mots si frustes soient-ils, voire silencieusement par leur détresse. Dans ce modèle quelque peu angélique inspiré de l'éthique humanitaire, la demande est accueillie sur un mode inconditionnel et

c'est à l'institution et à ses intervenants de se décarcasser pour parvenir à satisfaire ces demandes. Ce qui ne peut se faire qu'en gérant les cas, sur un modèle de médecine de catastrophe ou de dispensaire de brousse. La grandeur de ce modèle est son souci d'équanimité, d'objectivité et sa capacité à traiter un problème de masse. Sa limite est sa surdité aux singularités, sa pente à l'anonymat, à l'indifférenciation des sujets traités, tous reproches que l'on peut faire à la pratique médicale de salle d'urgence débordée. C'est la logique tiers-mondiste, voire maoïste, du « *bol de riz pour tous plutôt que de la viande pour quelques uns* ».

A l'autre extrême, on trouve les modèles qui sacralisent le un par un, le caractère unique de chaque sujet, reçu dans son irremplaçable singularité et vecteur de l'individualisme occidental libéral. Très sourcilieux de peser chaque décision individuelle, mais au prix de décliner toute responsabilité devant son indisponibilité à traiter de grands nombres, par exemple en situation épidémique. En filigrane de cette position, qui est philosophiquement d'inspiration libérale, il se pourrait qu'on puisse entrevoir un jugement de valeur sur la responsabilité du sujet demandeur d'aide dans la misère ou la souffrance qui est la sienne. Cela peut friser le reproche voilé, la culpabilisation, de l'ordre du « vous avez consommé des drogues, eh bien assumez maintenant », avec en sous-mains la notion de vice, de mauvais choix, etc. Il peut être précieux de repérer en arrière-fond une idéologie de la Rédemption à l'œuvre dans ces théorisations de la cure avec les usagers de drogues, dans lesquelles peu importe combien seront sauvés, puisque c'est le processus qui importe et non son résultat.

## L'analyse de la demande : se méfier de sa jouissance à entrer ou à entretenir ces dispositifs masochistes

Il nous faut ici revenir sur cette fameuse « *analyse de la demande* ».

L'une de ses modalités les plus appréciées dans les années quatre vingt dix passait par la multiplication des rendez-vous préalables à toute décision d'admission. Il s'agissait pour nos équipes de céder à la tentation de vérifier l'adaptation du candidat à l'*Idéal thérapeutique*. Ces nombreux entretiens préalables pouvaient être interprétés par le candidat comme une série d'examens où l'on testait la consistance de son discours, en faisant comme si nous n'avions pas confiance à sa parole. Ce qui ne manquait pas de soulever un paradoxe, puisque par ailleurs, nous soutenions répétitivement que la cure s'appuie sur la parole etc.

Ces diverses comparaisons peuvent être lues comme une *maltraitance* du demandeur, par la sous-estimation de la détresse préalable, liée à la galère, et de la détresse induite par l'incertitude quant à l'issue de la procédure et par le rapport très asymétrique et parfois humiliant que nous installons de la sorte. Nos institutions instaurent-elles alors un rapport de type sadique dans une relation où l'autre est tenu à sa merci et où ce qui en est attendu n'est rien moins que sa soumission, sa reddition sans conditions ? Nul doute que la pente masochiste d'un bon nombre de nos sujets dépendants de drogues se prête fort bien à entrer dans

une telle configuration, ce qui implique que l'éthique des thérapeutes doit veiller à se méfier de sa jouissance à entrer ou à entretenir ces dispositifs masochistes (3).

Il était aussi question dans nos équipes qui pratiquaient cette séquence d'interview d'amener chaque intervenant à prendre part à la décision d'admission. Celle-ci était en définitive pensée sur un mode binaire : oui ou non, l'équipe admet un tel en traitement. Conçue pour répondre à des demandes d'intervention institutionnelle, ces mécanismes ont été sans circonspection transposés dans les procédures d'admission aux traitements de substitution. Ce n'est pas faire injure à la psychanalyse ou plus généralement aux théorisations du psychisme que d'en réserver la portée à son champ. Il me convient de citer ici Vassilis Kapsambelis (4) lorsqu'il réfléchit aux conditions de dialogue de la métapsychologie freudienne et des traitements aux neuroleptiques en psychiatrie, écrit : « *Très peu de patients hospitalisés en psychiatrie publique actuelle relèvent, en effet, du divan. A quoi sert, dans ces conditions la psychanalyse ? Elle sert à réfléchir. D'abord à réfléchir à ce qui se passe entre le psychiatre et son patient dans la consultation de psychiatrie générale. Consultation qui, sans cette réflexion, risquerait de trop prendre l'allure de la répétition un peu ennuyeuse du « renouvellement d'ordonnance » et de la surveillance de plus en plus sommaire d'une clinique de plus en plus pauvre ou facile à deviner. Mais à réfléchir aussi sur certains aspects des effets de nos actions thérapeutiques, dont la prescription des neuroleptiques (...)* ». Sous réserve des transpositions sémantiques appropriées, nous pouvons souscrire largement à ces déclarations.

La décision d'admettre un sujet dépendant des opiacés à un traitement de substitution est une indication médicale, qui nécessite d'ailleurs une compétence technique beaucoup plus soutenue que l'on ne l'imagine généralement. La psychopharmacologie ne tolère pas d'approximation et le bon sens, s'il existait, ne suffirait pas à se déclarer qualifié pour décider des indications, des molécules adéquates, des dosages, de l'appréciation des symptômes résiduels de sevrage ou de sédation. Restituer aux médecins leur marge de manœuvre et leur rendre leur responsabilité dans la prescription est non seulement une meilleure garantie de soins de qualité, mais aussi une opportunité pour la pratique psychanalytique de se désengluier d'un pouvoir qu'elle s'est appropriée et dont elle abuse, contre son intérêt.

## Analyse de la demande ou construction de la demande ?

A ce point, il est justifié de se poser la question : analyse de la demande ou construction de la demande ? Faut-il procéder d'abord à l'admission, puis en négocier les termes ou, faut-il, comme le prévoit la tradition, en négocier les termes et n'admettre le demandeur qu'après un accord sur ceux-ci, après ce que j'appelle sa reddition ?

Si l'analyse de la demande est rationalisée comme une précaution contre la précipitation, contre l'erreur diagnostique, contre l'accident, les dispositifs d'ajournement de la décision, et d'analyse psychologique du candidat et de ses projets ne sont pas

idoines. Il existe des procédures plus adaptées, à l'intérieur du discours médical très attentif à ces questions. D'autant plus que la prescription de méthadone par exemple, du moins aux dosages dits de sécurité, n'a rien d'irréversible. Rien ne devrait empêcher une équipe qui estime après quelques jours de prescription décidée en urgence, revoir sa décision et, moyennant une justification très soigneuse et respectueuse du sujet, mettre fin à cette modalité pour orienter vers autre chose.

Mais de façon plus radicale, en matière de traitement de substitution, nos équipes et nos candidats ont tout à gagner d'une stratégie qui distingue la décision médicale, rapide et conforme aux élaborations scientifiques disponibles, de la construction, avec le sujet, de sa demande, dans un temps second, une fois apaisées l'angoisse et la détresse.

Façon de souligner que cette demande ne se résume pas dans cet objet (lit ou médicament), échangé contractuellement entre l'usager de drogues et le professionnel, mais que cette demande ne préexiste pas comme telle à la rencontre, qu'elle est, dans le meilleur des cas, le produit de celle-ci, produit singulier, non reproductible mécaniquement d'un sujet à l'autre.

Que cette demande n'est pas non plus l'abstinence, qui n'est jamais que la demande de l'autre - du législateur, du parent, du professionnel -, même si elle paraît reprise à son compte par le sujet en mal d'identité ou dans sa position transférentielle.

## Motivation est l'autre nom d'une prière à l'usager de se conformer à une demande, non dite, qui lui préexiste

Il me faut encore souligner la cruauté des propos, que j'ai tenus d'ailleurs autrefois avec mon équipe, sur la « motivation ». Ce terme dissimule une attente dissimulée de normativité, de vérification de l'adaptation de l'usager aux idéaux du service proposé (et non l'inverse). Si l'on s'inféode à ce pseudo-concept de motivation, ne sont admis que ceux qui viennent déposer un discours conforme aux attentes de l'institution, un projet thérapeutique par exemple, en miroir de la demande et du désir des intervenants, ce qui vient alors obturer leur capacité d'écouter et d'accueillir authentiquement un sujet. Motivation est l'autre nom d'une prière à l'usager de se conformer à une demande, non dite, qui lui préexiste.

Depuis que mes collègues et moi avons pu déconstruire ces mécanismes, nous tachons d'y opposer un respect du sujet et de son symptôme, qui remplit toujours une fonction non triviale. Il nous faut alors reconnaître les compétences du sujet dans l'adoption de son symptôme, plutôt que de s'échiner à le contrarier et le discréditer. A cette lecture, qui rend d'ailleurs le travail beaucoup moins pénible, le rôle de la méthadone est d'appivoiser un sujet rendu sauvage ou hostile par les représentations courantes, jugeantes et condamnatoires, portées sur sa pratique du symptôme.

## La procédure de sélection, une politique de ségrégation

Avant l'événement sida, la plupart de nos institutions fonctionnaient sans remords dans un dispositif élitiste. Parmi la masse des sujets demandeurs qui paraissait impossible à éponger, nous pensions devoir en sélectionner les plus congruents à notre offre thérapeutique. Cela ne paraissait en rien choquant, et ce d'autant moins que les références étaient issues du champ de la psychanalyse, qui avait produit ce concept, aujourd'hui discuté sinon caduc, de l'analysabilité.

Ce mode élitiste, si nous nous autorisons à en inspecter les ressorts inconscients du côté des thérapeutes, permettait accessoirement que les thérapeutes de nos institutions se considèrent eux-mêmes comme une élite. On peut soupçonner que ces derniers, qui se coltinent indiscutablement la misère du monde jusqu'à la nausée, s'octroient ainsi une rétribution narcissique, extra-monnaire, pour un dur labeur, et sur le dos de leurs bénéficiaires. Il n'est pas exclu que cette gratification des équipes soit un mécanisme de défense contre l'horreur, l'insupportable des situations cliniques, des récits de vie délabrée, naufragée, dont rend si bien compte le travail de Madame Jamouille, déjà cité.

La catastrophe du sida nous a amené à réétudier nos missions, et à admettre qu'au temps de ce dispositif élitiste beaucoup tombaient entre le bateau et le quai, ouvrant les questions de service public (dont l'accessibilité) bien plus encore que de santé publique. En d'autres termes, si nous admettons que chacune de nos interventions cliniques comporte une part de responsabilité dans la politique du symptôme, comme s'exprimait Colette Soler (5), alors on ne peut accepter désormais des institutions de type élitiste, à haut degré de sélection, qu'à la condition qu'existent, en nombre suffisant des lieux accessibles à ceux qui sont ainsi écartés. J'entre de la sorte dans les propositions qui concluent ce travail.

## **Conclusions.**

L'accueil et la procédure d'admission peuvent se révéler des dispositifs de sélection et de ségrégation, qui dispersent leurs effets tant sur ceux qui sont admis, que sur ceux qui sont recalés ou découragés.

La représentation qu'une équipe, une institution se fait de sa clientèle idéale est un analyseur du contre-transfert, parfois méfiant, exigeant, hostile, qu'elle construit contre les sujets qu'elle se propose d'accueillir. Dans les procédures de sélection, dans les valeurs qui l'imprègnent, par exemple le désir d'une demande d'abstinence, se fait jour une soumission de nos équipes au discours du Maître, qui fait obstacle à l'écoute du sujet et à une aide appropriée.

Il importe de réfléchir aux méthodes et manières disponibles pour accueillir un sujet, là où il en est, quelque maladroite, agressive, rudimentaire, ampoulée que soit sa demande explicite et à la prendre par le bout qu'il nous tend, en premier lieu la deman-

de de substitution, mais aussi l'aide sociale, la réponse à une demande tierce (judiciaire par exemple). Prendre cette demande telle quelle doit amener les professionnels à ne plus reculer devant une substitution compétente, inscrite dans le discours médical de plein droit, et permettant, dans un second temps, de construire une demande singulière, qui échappe au programme médical même s'il l'a rendue possible.

## Références bibliographiques

- 1- Il serait judicieux d'évoquer ici les abus du concept lacanien du Nom-du-Père. Voir, à ce sujet, les articulations de Marie-Jean Sauret « Psychanalyse et politique. Huit questions de la psychanalyse au politique », Les Presses du Mirail, Toulouse, 2000, par ex. p. 11 et 113 & sq.
- 2- Jamouille Pascale, « Drogues de rue », De Boeck Université, Bruxelles, 2000
- 3- Jacques J.P. « Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues », De Boeck Université, Bruxelles, 1999.
- 4- Vassilis Kapsambelis « Les médicaments du narcissisme », Les Empêcheurs de Penser en Rond, Le Plessis Robinson, 1994, p. 160-161
- 5- Soler Colette, « La politique du symptôme », Quarto, N°65, 1998.

### JACQUES Jean-Pierre

né à Bruxelles, le 7 mai 1954, de nationalité belge.  
 Médecin Psychanalyste, membre de l'Association de la Cause Freudienne en Belgique.  
 Médecin directeur du Projet Lama, Centre d'accompagnement thérapeutique pour toxicomanes en milieu urbain, à Bruxelles.  
 Conseiller scientifique à Modus Vivendi, Prévention du sida parmi les usagers de drogues et réduction des risques.  
 Nombreuses conférences et communications.  
 Auteur du livre « Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues. » De Boeck - Université, coll. Oxalis, sept. 1999 et de nombreuses publications, parmi lesquelles :  
 - « Livre blanc : Toxicomanie en Communauté française. Etat

- des lieux et Recommandations », en collaboration, mai 1989.
- « Méthadone : sinécure de désintoxication en simili-cure psychothérapeutique ? », in *Psychotropes*, Vol.V, n°3, pp. 133-137, automne 1989.
  - « Appréhender la toxicomanie », en coll., in *La Revue Nouvelle*, n° 5, tome XCV, pp. 49-57, mai 1992.
  - « L'héroïne m'empêche de rêver », en collaboration, in "Drogue et toxicomanie. Etudes et controverses", L'Harmattan / Institut de Recherches Spécialisées, Paris, 1993, pp. 17-26.
  - « Entre sécuritaire, psychiatrisation forcée et méthadone ad libitum : accessibilité des objets (drogue, seringues, tampons...) et accès au sujet (sujet à risque et sujet de l'inconscient) », en collaboration, in "Toxicomanie, Hépatites, Sida", publié sous la direction de J.M. Guffens, Les Empêcheurs de penser en rond, 1994.
  - "The doctor as a social worker", in *Analysis, Publicacion sobre problemas asociados con el uso de drogas*, Vol. 1, n° 1, junio de 1998, Medellin, Colombia.
  - « La vidange du plaisir », in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, vol 3, n°3, sept. 1998, Bruxelles.
  - « Risk reduction to drug addict », in *Drug addiction in the Mekong region, Acta of the nternational Workshop organised by theU.L.B. & the C.I.U.F.*, I.Pelc & A. Laurent eds, Bangkok, Thailand, 1998, pp. 43-56.
  - « Considérations contrastées sur les extases modernes », in *Psychotropes*, Vol. 6, n°2, Paris, hiver 2000.
  - « Cannabis : petite dépénalisation », in *La Revue Nouvelle*, n° 2-3, févr mars 2001, p. 24-31.
  - « Les déçus de la parole et leurs thérapeutes », in *Les désarrois nouveaux du sujet. Prolongements théorico-cliniques au Monde sans limite*, sous la dir. de Lebrun Jean-Pierre, Eres, Point Hors Ligne, Toulouse, 2001, p. 129-140.
  - « Para acabar com as toxicomanias. Psicanálise e fornecimento legalizado das drogas », *Confrontações*, Climepsi editores, Lisboa, sept.2001.
  - « Le tabac qui fait rire. Interview d'un dealer professionnel », in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, Vol.6, N°3, 3e trim. 2001, pp. 18-33.

## Retenez les dates

**Hépatites C : le Var se mobilise**  
**Réseau Ville Hôpital VIH - VHC 83**

une journée d'échange  
 et d'information sur le VHC  
 le samedi 14 septembre  
 à partir de 15h - Centre Culturel de Saint Raphaël

**Hépatite C chronique**

le samedi 28 septembre  
 à partir de 8h30 - Forum du Casino d'Hyères-les-Palmiers

## THS 6

**Aix en Provence 2003**  
**Envoyez vos propositions**

**de communication**  
**et (titre résumé)**

**dès maintenant**  
**à la SETHS**