

Dr Philippe Le Ferrand*

* Psychiatre des hôpitaux, Département des conduites addictives, 4, boulevard de Strasbourg, F-35000 Rennes.

Courriel : csst@ch-guillaumeregner.fr

Reçu mai 2008, accepté décembre 2008

Intérêt de l'accès facilité à la méthadone

Résumé

13 ans après la mise en place des traitements de substitution, la croyance naïve qu'il suffisait de réduire le manque pour arrêter l'usage d'héroïne a été mise à rude épreuve par la réalité quotidienne des centres méthadone. La création d'un second centre méthadone dit à "bas seuil", axé sur la réduction des dommages, permet une approche pragmatique de cette réalité. C'est cependant la synergie entre les deux centres qui répond le mieux à la demande des patients et aux enjeux de santé publique.

Mots-clés

Méthadone – Substitution – Réduction des dommages – Bas seuil – Cadre thérapeutique – Prévention.

En 2004, le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) de Rennes a mis en place une unité de "réduction des risques" par délivrance facilitée de méthadone, appelée communément "bas seuil", à côté du centre méthadone proprement dit. Bas niveau d'exigence à l'admission ne veut pas dire, évidemment, bas niveau de travail thérapeutique (1). Le projet ne se réduit pas à la simple survie des patients, mais à leur évolution vers l'autonomie et une meilleure qualité de vie. Il ne s'agit pas non plus de logique normative de l'adaptation et du contrôle social. Cette innovation s'est faite après réflexion de l'ensemble de l'équipe du CSST sur les limites thérapeutiques du centre méthadone qui fonctionnait depuis dix ans selon des critères définis par les différentes circulaires et recommandations organisant la mise en œuvre des traitements de substitution (2, 3). Ce centre s'adressait plus particulièrement à des personnes qui souhai-

Summary

Easy access to methadone: its interest in replacement therapy

13 years after the installation of substitution therapies, naive belief that it was enough to reduce withdrawal symptoms to stop heroin use was damaged by the daily reality of a methadone care department. The creation of a second methadone care department called "low level", with focus on the harm reduction, allows a pragmatic approach of this reality. However, this synergy between both departments is the best answer to the patients' request and to public health challenges.

Key words

Methadone – Replacement therapy – Harm reduction – Low level – Therapeutic framework – Prevention.

taient arrêter l'usage de l'héroïne et faisaient une demande dans ce sens. Après des rencontres avec l'ensemble de l'équipe, une prise en charge médico-sociale dans un cadre thérapeutique protocolisé était proposé. Dès que le patient était stabilisé et ne faisait plus usage d'héroïne de façon régulière, il avait la possibilité de ne passer qu'une fois par semaine et donc d'emporter sa méthadone pour la semaine.

Le débat a porté sur la manière de concilier les impératifs de santé publique de limitation des dommages, par la prise en compte rapide de la dépendance physique, avec la notion de cadre thérapeutique propre à toute prise en charge médico-psychologique (4). En effet, depuis plusieurs années, le centre méthadone était confronté à des difficultés contradictoires soulignées par les équipes de quelques CSST (5-7) :

- une augmentation des demandes de traitement par méthadone et de prise en charge médico-psychosociale ;
- des demandes pressantes et ambivalentes de méthadone chez des personnes qui n'envisageaient pas vraiment d'arrêter l'usage d'héroïne, mais qui avaient découvert la méthadone de rue qu'elles utilisaient déjà pour gérer le manque ;
- un usage régulier d'héroïne et de morphine chez certains patients suivis dans le centre ;
- des délais d'attente de plus en plus longs pour intégrer le centre ;
- les conséquences des problèmes précédents : des relais en médecine de ville prématurés pour des patients non stabilisés.

Une complémentarité thérapeutique

La création d'un centre méthadone à "bas seuil" en lien étroit avec le "haut seuil" du premier centre devait avoir pour objectif de concilier deux impératifs parfois opposés : la réduction des dommages, par un accès rapide à la méthadone afin de réduire le syndrome de manque, tout en proposant une prise en charge visant à l'arrêt de l'usage d'héroïne. La complémentarité thérapeutique des deux unités de soins a permis une approche pragmatique de la dépendance aux opiacés en fonction d'objectifs différents, mais avec une synergie visant à prendre en compte les contraintes que les symptômes font peser et les exigences d'une prise en charge axée sur une dynamique institutionnelle de type centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou hôpital de jour.

L'objectif premier du "bas seuil" est de démarginaliser, resocialiser, autonomiser, responsabiliser et, naturellement, éviter les décès et réduire les dommages par une diminution de l'usage d'héroïne et de morphine. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie et non de désintoxiquer. La diminution, même modeste, de l'usage d'héroïne améliore la qualité de vie. L'abstinence reste l'horizon de la prise en charge et, en même temps, une valeur morale importante de la société et des patients, même si cet idéal est implicitement contrebalancé par l'hédonisme comme valeur de nos patients, mais également comme nouvelle valeur collective. La resocialisation est un axe important de l'amélioration de la qualité de vie, de par :

- la sortie du circuit de la délinquance liée à la recherche d'argent ;
- l'accès aux services sociaux : couverture maladie universelle (CMU), revenu minimum d'insertion (RMI), carte de séjour ;

- l'accès aux soins somatiques : sida, hépatites B et C, vaccinations ;
- la restauration des aptitudes compromises par la drogue : réapprentissage du rythme, du lien social, du respect des règles de base de la sociabilité humaine, par le contact avec les soignants qui ne jugent pas ni ne forcent à l'abstinence.

Le projet "bas seuil" s'appuie sur une philosophie d'accueil de toute demande d'aide de personnes pharmacodépendantes des opiacés. Il s'appuie sur les deux concepts désormais classiques du soin selon Winnicott (8), "cure" et "care" en anglais. Il s'agit d'aller au-delà du soin (*cure*) vers le prendre soin (*care*). Le "prendre soin" (*care*) n'est pas le geste technique (*cure*) qui nécessite une compétence professionnelle. C'est la préoccupation pour autrui, le souci pour sa vie qui passe par une attitude d'empathie, d'écoute, d'accueil, et qui s'appuie sur l'expérience plutôt que sur le savoir. Il s'agit d'être proche des gens dans une relative mise à distance du professionnalisme technique du soin, tout en évitant le copinage, la toute-puissance et l'emprise.

Dans le "prendre soin", la motivation pour le soin et la demande de désintoxication ne sont pas un préalable à la prise en charge. Elles se construisent au fur et à mesure de l'évolution des personnes. Dans cette perspective, l'acte médical de prescription de méthadone se situe sur le fil du rasoir entre la philosophie de la médecine humanitaire et les principes de la médecine classique. En effet, la médecine humanitaire se construit sur le modèle de la médecine de catastrophe (9) ; ici, calmer le manque dans l'urgence en laissant au second plan la complexité de l'individu et ses autres demandes dans une pratique d'urgence et d'indifférenciation qui caractérise la lutte contre une catastrophe naturelle, comme si les toxicomanes étaient victimes d'une intoxication à grande échelle. La médecine classique, elle, est axée sur la demande de soins adressée à une personne supposée répondre à cette même demande ; ici, la demande de sevrage.

Le "bas seuil" se situe à mi-chemin de ces deux pôles (10). Il évite l'approche indifférenciée d'une médecine de catastrophe qui distribuerait la méthadone en urgence en ne tenant compte que du corps en souffrance en dehors de toute subjectivité individuelle. Inversement, il écarte aussi provisoirement l'idée d'une prise en charge à partir d'une demande motivée par l'arrêt de l'héroïne. La notion de responsabilité individuelle est provisoirement mise de côté : responsabilité dans la toxicomanie comme si l'addiction était un choix entièrement conscient ; responsabilité dans la demande d'arrêt de la toxicomanie comme si l'ambivalence n'existait pas. À cet égard, il est important

de rappeler que la plupart du temps, la pharmacodépendance n'est pas le symptôme d'un conflit psychique, mais la réponse à un besoin devenu vital, si bien que tout travail préalable sur la demande de sevrage apparaît davantage comme une violence inutile et un jugement moral vécu comme persécuteur.

Le "bas seuil" fonctionne en effet sur le paradoxe de "la non-demande" propre à la personnalité des individus accueillis. Pour Furtos (11), le paradoxe est le suivant : *"plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. On peut parler d'un renoncement à l'aide"* ; plus la personne souffre, moins elle demande de l'aide. Ce paradoxe implique de la part de l'équipe de porter patiemment cette demande à la place du patient. Cette offre d'aide se construit en permanence sur le fil du rasoir entre une intrusion intolérable et l'attente mortifère d'une demande explicite. C'est une négociation basée sur l'intérêt porté à la personne et le respect de ses défenses. Elle implique un renoncement provisoire à un idéal normatif de sevrage. À cet égard, il faut souligner que l'obsession de la non-consommation d'opiacés peut constituer un danger pour l'équilibre du patient. Si le projet de sevrage reste un objectif, sa réalisation actuelle peut être inappropriée en raison du déséquilibre psychologique que cela imposerait au patient : on ne peut pas modifier trop vite un équilibre de survie.

Dans l'organisation du "bas seuil", il n'y a pas de cadre thérapeutique au sens classique du terme, car nous ne nous situons pas explicitement dans une dynamique psychothérapeutique qui impliquerait un engagement contractuel du patient. Le "bas seuil" est basé sur les règles peu nombreuses mais précises et incontournables, qui sont donc peu sujettes à interprétations, manipulations ou transgressions. Une règle d'exception est appliquée : la délivrance et la prise quotidienne dans l'institution en raison du risque de surdosage chez des personnes supposées faire un usage régulier d'opiacés. Pour le reste, ce sont les règles de toute relation d'aide qui sont appliquées : respect d'autrui, ni violence, ni menaces, pas d'usage de drogues ou d'alcool dans l'institution, pas d'activités illégales dans l'institution (deal, racket, etc.). Dans une approche éducative, les conséquences des transgressions ne doivent pas être disciplinaires, mais aussi avoir une visée de prise de conscience de la responsabilité de l'auteur des passages à l'acte.

Concrètement, l'accès à un traitement par méthadone est possible dans les 24 heures après consultation médicale et

un contrôle urinaire attestant l'usage d'opiacés. L'analyse d'urine a un rôle secondaire dans la prise en charge car nous considérons a priori qu'il y a persistance de l'usage d'opiacés. Le test urinaire de départ permet de repérer les faux diagnostics : usage occasionnel de méthadone de rue ; psychose sans toxicomanie et personnalité immature qui développent un faux self de toxicomane ; défi pervers ; tentative d'obtention de méthadone pour la revente ; étrangers en situation irrégulière souhaitant bénéficier d'un traitement médical dans l'espoir d'échapper à une reconduite à la frontière.

La non-utilisation ultérieure du test urinaire permet de recentrer la relation sur la clinique du sujet. Le patient n'est plus un menteur à démasquer ou un délinquant à contrôler, mais un partenaire qui la plupart du temps arrive à parler de ses consommations d'opiacés, de ses difficultés et de son ambivalence. Il devient acteur en transformant la méthadone, d'une simple drogue reçue, en objet de médiation. La substitution malgré l'usage de toxique permet d'appriivoiser un sujet enfermé dans ses représentations de honte, de mésestime de soi et de révolte.

La délivrance est quotidienne, sans rendez-vous, entre 9 h 30 et 18 h 30, sauf le dimanche (dose donnée le samedi pour le dimanche). Le dosage de méthadone nécessaire est évalué avec la personne, toujours inférieur à 80 mg/jour en cas de passage quotidien, et inférieur à 40 mg/jour en cas de passages irréguliers. En aucun cas, elle n'a la possibilité d'emporter la méthadone pour plusieurs jours. La délivrance peut toutefois être refusée ou diminuée en cas d'intoxication morphinique ou alcoolique manifeste. Il n'y a pas de possibilité de relais en médecine de ville. Le seul relais possible est le "haut seuil" de Rennes ou éventuellement un autre centre méthadone en cas de changement de lieu de résidence.

Il n'y a pas de consultations régulières obligatoires avec le médecin prescripteur. Les seules rencontres obligatoires ont lieu pour les demandes de modification de dosage et le passage au "haut seuil". En revanche, la délivrance quotidienne est l'occasion de rencontres privilégiées avec les infirmiers du centre qui accomplissent un travail d'accompagnement et d'orientation au sein d'un espace qui est un compromis précaire, toujours à construire, entre l'espace institutionnel avec ses règles et la loi de la rue. Les interventions informelles des infirmiers dans le moment privilégié de la délivrance de méthadone permettent un appriivoisement de personnes habituellement rebelles à toute idée de consultation et entretien en tête-à-tête.

La présence infirmière établit une confiance avec une relation transférentielle diffractée sur l'ensemble de l'équipe (12), ce qui permet de supporter un lien social minimum en évitant les sentiments de persécution : les confidences, les demandes d'aide se distribuent à des moments différents avec différents interlocuteurs. Il s'agit en quelque sorte d'un lien social intermédiaire entre l'atmosphère informelle des groupes d'usagers et la relation duelle classique. Il donne accès à la parole et à l'existence d'autrui comme différent et séparé, intermédiaire entre l'asymétrie brutale de la relation soignant/soigné et la relation en miroir entre pairs. Ce lien permet de passer progressivement de la demande utilitaire de substitution à la demande d'aide puis à la demande de changement.

Des bilans médicaux et la rencontre avec l'assistante sociale sont proposés. Bien souvent, en effet, derrière la demande de méthadone, il y a une demande d'aide sociale : remettre en ordre les papiers, aider au remboursement de dettes, hébergement... Le cercle vicieux de l'usage d'opiacés et de la précarité psychosociale met le travail de l'assistante sociale au cœur de l'institution et pose le "bas seuil" comme dernier lieu du lien social, substitut du lien social habituel.

Un premier bilan

Après trois ans d'existence du "bas seuil", un premier bilan peut être posé : 300 personnes ont bénéficié d'un accès rapide à un traitement par méthadone. Parmi celles-ci, trois types de population apparaissent.

Une première catégorie est constituée de patients qui relèvent du "haut seuil", mais qui ont bénéficié d'une délivrance rapide en attendant d'être admis dans le protocole du centre méthadone. Ce sont des personnes qui se sont présentées spontanément parce qu'elles ont appris qu'il était possible de bénéficier immédiatement d'un traitement par méthadone. Parfois, il s'agit de patients adressés par l'équipe du "haut seuil" en attendant le début effectif de la prise en charge. Dans ce cas, la prescription de méthadone n'est que de quelques semaines et constitue une réponse technique au problème de liste d'attente et du temps d'attente et d'évaluation médico-psychosociale par l'équipe. L'intérêt de cette délivrance rapide de méthadone a d'ailleurs été validé à Genève par Feldman (13).

Une deuxième catégorie, bien décrite par Gibier (14), est constituée de personnes ayant une très grande ambivalence vis-à-vis de l'héroïne et qui utilisent la substitution

pour gérer le manque, plus que dans une démarche d'abstinence. L'accompagnement proposé permet de tenir compte du rythme de chacun et du temps nécessaire au changement d'attitude vis-à-vis de l'héroïne. Le temps du "bas seuil" est le temps du deuil de l'héroïne, caractérisé par la nostalgie de la lune de miel avec le produit et l'espoir de pouvoir reconsumer de l'héroïne de temps en temps pour le plaisir dans un usage contrôlé. La souplesse du cadre, la prise en compte sans jugement d'un usage plus ou moins régulier d'héroïne ou de morphine permettent une alliance thérapeutique et une confiance qui amèneront, à terme, à proposer un passage au "haut seuil". Le pari que nous faisons est que l'usage répété d'opiacés ne signifie pas immobilité et absence d'évolution lorsque le contact quotidien avec l'équipe mobilise le rapport que le patient entretient avec les opiacés et son univers habituel. L'usage d'opiacés, malgré la délivrance de méthadone, est conçu comme un symptôme évolutif sur lequel les interventions médico-psychosociales ont pour objectif une amélioration de la qualité de vie et un processus maturatif qui donne l'élan suffisant pour vouloir décrocher et demander de l'aide pour cela.

Une troisième catégorie est constituée de personnes en situation de grande précarité psychosociale, très marginalisées, sans domicile fixe, le plus souvent présentant une polytoxicomanie associant morphiniques, tranquillisants et alcool. Une comorbidité psychiatrique est souvent associée. Les passages dans le centre sont irréguliers avec des périodes de perte de contact de plusieurs jours ou semaines en fonction de l'offre de stupéfiants et des aléas de l'existence. Pour ces patients, la substitution n'a pas pour projet de supprimer la dépendance, mais de la rendre vivable et de garder la personne en vie et en bonne santé. La méthadone – comme les neuroleptiques – permet de stabiliser le patient. La chronicité et la dépendance ne vont pas disparaître. Elles vont petit à petit changer de sens parce qu'un lien thérapeutique s'est établi avec l'équipe. Le danger de ce traitement palliatif de maintenance est que l'enjeu d'ordre public, ajouté au découragement de l'équipe, efface la sollicitude pour la souffrance du sujet. Chez ces patients en effet, la non-demande est la règle (15) : plus la personne va mal, moins elle est en capacité de demander de l'aide tant sur les plans médical, psychologique que social. On peut parler d'un renoncement à l'aide qui implique pour les infirmiers beaucoup de patience et de savoir-faire pour contourner cet obstacle. Leur rôle est en effet de porter la demande en fonction de leur propre expérience et du lien qu'ils ont avec le patient dans un espace thérapeutique caractérisé par la création informelle de lien social et d'écoute (16).

À la différence des “bas seuils” des “bus méthadone” des associations humanitaires, le “bas seuil” du CSST de Rennes trouve son originalité et sa pertinence dans son articulation avec le “haut seuil”, en laissant la liberté de choix au patient, ce qui permet en même temps à l’équipe de sortir du double lien fréquemment posé par l’arrêt de la délivrance de méthadone lorsque l’usage régulier d’héroïne, le non-respect du cadre thérapeutique posent le problème éthique de l’arrêt de la prise en charge en raison de la persistance d’une toxicomanie revendiquée. La synergie “bas seuil”-“haut seuil” permet de faire la distinction entre un acte médical lié à la contrainte biologique du syndrome de sevrage et la demande par rapport à la dépendance qui se travaille durant la prise en charge. Dans un premier temps, en effet, le patient reste longtemps ambivalent et sa demande est bien souvent la demande d’un tiers (conjoint, employeur, juge, société) qui est une demande de normativité. L’acceptation par le “bas seuil” de l’ambivalence et de l’usage de toxique est l’occasion pour le patient de se réapproprier le symptôme, de sortir du double lien et d’un discours inauthentique qui répond aux attentes de tiers ou de l’institution.

L’étayage proposé au “bas seuil” garde toujours comme perspective le passage au “haut seuil”. Cet objectif devient en même temps une motivation et parvient à éviter de chroniciser l’usage de la méthadone pour gérer le manque. Le temps du “bas seuil” est le temps de l’analyse de la demande une fois le manque apaisé par la méthadone : que se passe-t-il une fois qu’il n’y a plus de manque ? Inversement, lorsque l’usage régulier d’héroïne conduit à une impasse dans le cadre du “haut seuil”, le changement de mode de prise en charge présenté comme un renforcement de l’accompagnement dans un cadre plus souple est l’occasion de redéfinir un projet thérapeutique plus adapté car vécu comme moins persécuteur et plus compréhensif que le cadre thérapeutique du “haut seuil”. La permanence de l’aide est assurée tout en tenant compte de la réalité de la relation.

La pratique “bas seuil” peut toutefois induire des effets pervers bien repérés par Jacques et Figiel (10), si l’on perd de vue la notion de soin et d’évolution :

- le confort du traitement de substitution peut entretenir l’usage d’héroïne car la souffrance du manque n’est plus le moteur d’un désir d’arrêt de l’héroïne. La substitution entretient l’illusion qu’il est toujours possible de faire usage d’héroïne sans conséquences négatives sur la vie ;
- l’effet de groupe : l’identification de groupe renforce une idéologie de marginalité et d’image positive de l’usage d’héroïne. Le mimétisme de groupe nuit au désir indivi-

duel d’arrêt d’héroïne. L’individu est alors pris dans un conflit entre sa volonté d’arrêter et l’attirance pour l’atmosphère chaleureuse de la grande famille des toxicomanes ;

- la grande efficacité de la méthadone sur le syndrome de sevrage focalise sur le symptôme et produit une médicalisation abusive qui met au second plan une véritable clinique du sujet et même parfois de véritables troubles psychiatriques. L’efficacité de la méthadone peut paradoxalement nuire au désir de changement et à l’évolution pourtant nécessaire ;

- l’excès de politique de santé publique, axée sur une pragmatique de la réduction des risques, a tendance à développer une indifférence à la détresse individuelle et à une demande individuelle de changement.

Conclusion

La création d’un second centre méthadone, avec un projet thérapeutique de réduction des dommages, a permis de préserver la vie et les fonctions vitales de toxicomanes, et cet accès aux soins a rendu possible une amélioration de la qualité des soins, tout en étant l’occasion de toucher des populations qui, jusqu’à présent, ne bénéficiaient pas des possibilités de soins offertes. Les objectifs mettent les enjeux de santé publique avant la lutte contre la pharmacodépendance. Le “bas seuil” ne vise pas la disparition d’une pratique mais sa modification. Il ne vise pas l’arrêt de la consommation, mais une consommation limitée, avec une diminution des risques, qui est à la fois de la prévention primaire de la mortalité et de la morbidité et une prévention tertiaire de la dépendance. C’est plus une promotion de la santé qu’une lutte contre la drogue. C’est cependant dans l’articulation des deux projets complémentaires “haut seuil” et “bas seuil” que ce dernier a montré son véritable intérêt thérapeutique au-delà d’une simple réduction des dommages. ■

Références bibliographiques

- 1 - Bechet J. Haut et bas niveau d'exigence, ou qui exige quoi de qui ? *Le Flyer* 2003 ; (HS 2) : 44-46.
- 2 - Direction Générale de la Santé. Circulaire n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes. Circulaire n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés. Circulaire n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone pour les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'utilisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. Circulaire n° 6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du descriptif de prise en charge et de soins en addictologie. Circulaire n° MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Paris : DGS.
- 3 - Fédération Française d'Addictologie. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés. Place des traitements de substitution. Conférence de consensus des 23 et 24 juin 2004. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (Suppl. 4) : 15-3965.
- 4 - Racamier PC. Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques. Paris : Payot, 1983.
- 5 - Carrère C. La forteresse pleine ou les limites de la substitution. *Le Flyer* 2007 ; (30) : 11-13.
- 6 - Le Roy B. Le programme provisoire de substitution. Une expérience de délivrance immédiate de MSO. *Le Flyer* 2008 ; (31) : 4-7.
- 7 - Lys M. Relais ville et pratique de seuil à Saint-Germain-en-Laye. *Le Flyer* 2003 ; (HS 2) : 68-70.
- 8 - Winnicott D. Conversations ordinaires. Paris : Gallimard, 1988 : 123.
- 9 - Jacques JP. Seuils, analyse de la demande et pratique de sélection. *Le Flyer* 2003 ; (HS 2) : 32.
- 10 - Jacques JP, Figiel C. Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet. Bruxelles : De Boeck, 2006 : 319-330.
- 11 - Furtos J. Les cliniques de la précarité. Paris : Masson, 2008 : 124.
- 12 - Le Brun T. Transfert diffracté et émergence de lien social. *Cahier de psychologie clinique* 1996 ; (6) : 161-176.
- 13 - Feldman N. Le programme préparatoire à la méthadone. *Le Flyer* 2003 ; (HS 2) : 10-14.
- 14 - Gibier L. Prises en charge des usagers de drogues. Paris : Doin, 1999 : 55-64.
- 15 - Mehava N. La clinique de la non-demande : les nécessités d'adaptation du cadre thérapeutique pour les personnes en marge. *Le Flyer* 2005 ; (21) : 16.
- 16 - Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique. *Mental'idées* 2007 ; (11).