

*Revue / Jusqu'à la mort  
accompagner la vie*



N° 163 - DÉCEMBRE 2025

**Variations sur le thème du désir**

NUMÉRO 163 - DÉCEMBRE 2025

## **Variations sur le thème du désir**

Revue trimestrielle internationale francophone depuis 1985, la revue *Jusqu'à la mort accompagner la vie* aborde toutes les questions d'humanité et de société posées par la fin de vie et les grandes vulnérabilités, et porte des valeurs d'engagement et de solidarité. Elle est au service du mouvement de l'accompagnement et des soins palliatifs, portée par la Fédération Jalmalv.

### **Directeur de la rédaction**

Éric Kiledjian  
e.kiledjian@hotmail.fr

### **Comité de rédaction**

Valérie Amouroux-Gorsse  
Marie-Thérèse Bitsch

Yvette Chazelle

Patrick Dham

Suzanne Klein

Catherine Marin

Laure Marmilloud

Christian Peyrard

Aloïse Philippe

Françoise Poirier

Pierre Reboul

Bruno Rochas

René Schaeerer

### **Correspondance**

Revue Jalmalv  
19, rue des Hauts-de-Collonge  
38200 Jardin – France

### **Directeur de la publication**

Alain Faure

### **Une publication**

**des Presses universitaires de Grenoble**

SA coopérative à capital variable

Représentant légal : Alain Faure

RCS Grenoble 072 500 911

SIRET 072 500 911 000 36

Dépôt légal : janvier 2026

ISBN : 978-2-7061-5687-8

ISSN : 0768-6625

N° de CPPAP : 0721 G 85229

Périodicité : trimestriel

© PUG 2026

### **Vente et abonnements**

nolwenn.jellouli@pug.fr  
Presses universitaires de Grenoble  
5, rue de Palanka  
38000 Grenoble – France  
Tél. : +33 (0)476294309  
www.pug.fr

### **Création graphique de la couverture**

Hervé Frumy

### **Mise en page**

Soft Office

Achevé d'imprimer en décembre 2025 sur papier 80 g Coral Book  
(origine Espagne, certifié sans bois, sans chlore élémentaire)  
sur les presses de Présence Graphique – 37260 Monts

*Toutes les encres et vernis utilisés sont d'origine végétale. Les eaux de mouillage des machines, les plaques, les produits de développement et les chutes de papier sont recyclés.*

*Imprimerie certifiée Imprim'Vert.*

N° d'impression : - *Imprimé en France*

# SOMMAIRE

## ÉDITORIAL

### ENTRE VOLONTÉ ET DÉSIR DU MALADE, QUELS REPÈRES ?

BRUNO ROCHAS.....

7

*Il ne faudrait pas se tromper d'enjeu pour le patient. Pris dans un questionnement existentiel, bouleversé par la maladie et l'angoisse de la mort, il est lui-même en peine de laisser émerger cette motion intérieure du désir, de l'élaborer, et à plus forte raison de la formuler.*

## LE DOSSIER

### À LA RENCONTRE DU DÉSIR. POUR UNE ÉTHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT

AGATA ZIELINSKI.....

17

*Si accompagner, c'est faire le pari qu'en fin de vie il y a la vie encore, c'est essayer de se tenir au plus près du désir comme « élan de vivre », et de la joie possible, en soi et en l'autre. Il se joue dans la relation une modalité de l'autrement que savoir : ce qu'il en est du désir et de la joie de l'autre reste marqué du sceau de l'incertitude, et du retournement toujours possible en souffrance ou en angoisse.*

### L'INCONSTANCE DES DÉSIRS EN FIN DE VIE, UNE APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

ARLETTE ROBO .....

29

*La fin de vie met en évidence l'instabilité du désir au sein de la vie psychique. Dans les unités de soins palliatifs comme dans l'espace analytique surgissent des oscillations déroutantes. Il importe de retenir que l'inconstance observée à cette période de la vie ne saurait être réduite à la vulnérabilité, somatique et cognitive, de celui qui y est soumis. Elle traduit le conflit psychique et non une irrésolution superficielle.*

### TENTER D'ÊTRE PRÉSENT AU DÉSIR DE L'AUTRE EN SOUFFRANCE

MARIE-HÉLÈNE BOUCAND.....

39

*Il n'est pas toujours facile d'exprimer son désir et, avant celui-ci, son besoin. Oser demander, oser dire que l'on a besoin de quelque chose ou de quelqu'un, c'est déjà reconnaître un manque et se sentir dépendant d'autrui. Mais aussi le désir est toujours infiniment personnel et le désir de l'autre n'est pas celui que je pourrais projeter si « j'étais à sa place », car nous ne sommes jamais à la place de l'autre.*

### INCONSTANCE DES DERNIÈRES HEURES

DAVID LE BRETON.....

47

*L'inconstance affective au regard de la situation est le fait du patient, mais aussi de ses proches et de l'équipe soignante. La confrontation permanente à l'incertitude induit la précarité de l'interaction où s'enchevêtrent la sensibilité de chacun des membres de cette structure provisoire.*

### CE PETIT RESTE QUI NOUS FAIT VIREVOLTER

ALOÏSE PHILIPPE.....

59

*Si l'inconstance désigne une position morale redoutée dans la vie en société car synonyme de manque de fidélité dans la relation à l'autre, elle est attendue par les professionnels d'accompagnement chez les patients en soins palliatifs car synonyme de fidélité dans la relation à l'intime. Comment donc ce qui fait défaut dans la relation sociale peut-il être source de stabilité subjective en temps de crise existentielle ?*

<b>L'INCONSTANCE DES DÉSIRS : OBSTACLE OU SOUTIEN DE L'ATTENTION SOIGNANTE ?</b> JEAN-PHILIPPE PIERRON .....	67
<i>L'inconstance du désir, cette part sauvage du soi en soi, résiste à la culture du programmé et laisse dans la relation de soin sa place au hasard et à la contingence. Elle installe de la rugosité dans le soin ; celle de la rencontre intersubjective avec ses promesses. Résister, c'est offrir la consistance de son désir en donnant un écho à ce qui retentit en soi de ce qui s'éprouve dans les rencontres.</i>	
<b>L'ESPÉRANCE COMME DISSIDENCE</b> MAGALI TOUREN HAMONET .....	79
<i>Entendez que je ne veuille rien entendre de vous, de vos certitudes, de votre lassitude, de votre fatigue, de l'érosion que creuse en vous mon refus de renoncer à espérer, à vivre, à ne pas me résoudre. Cette pulsion de vie, irrationnelle, est pourtant ce qui fonde l'humain, qui le pousse à endurer, à persévéérer.</i>	
<b>CONSTANCE ET INCONSTANCE DANS L'ENGAGEMENT : UNE QUESTION D'ÉTHIQUE</b> PIERRE REBOUL .....	85
<i>Nous voulons explorer l'engagement du proche, du soignant, du bénévole auprès de la personne vulnérable et fragile. L'engagement au plus près de la personne, de son corps et de ses émotions. L'engagement charnel dans ce qu'il requiert de proximité incarnée. Celui de la promesse inconditionnelle de soin apporté à ceux d'entre nous qui nous y appellent.</i>	
<b>FACE À LA VULNÉRABILITÉ : L'ART DE LA PRÉSENCE</b> ISABELLE MUSSET ET CHARLOTTE BARBEAU .....	99
<i>Accompagner ne signifie pas guider, mais accepter les oscillations et les ambivalences du patient : ses hauts et ses bas, ses silences et ses révoltes, ses dénis comme ses instants de sérénité. L'acceptation de cette variabilité est une clé essentielle pour ne pas projeter sur le patient nos propres attentes mais pour le rejoindre et cheminer avec lui.</i>	
<b>LIEU DE RENCONTRE ET DE TRANSFORMATIONS. MOBILISATION DE L'INTERSUBJECTIVITÉ AU SERVICE D'UNE DYNAMIQUE FAMILIALE</b> SIGOLÈNE GAUTIER ET SONIA MORENO .....	109
<i>La parole d'un professionnel, quand bien même elle provoque une certaine violence chez l'autre, reste un lieu d'étayage. Cette violence réactionnelle peut parfois favoriser une variation, une transformation des éprouvés archaïques. Ainsi, alors que nous faisons l'expérience d'avoir provoqué une violence en osant une parole, nous tenterons d'observer ce qui l'a mobilisée, d'où elle émerge et ce qu'elle peut provoquer.</i>	
<b>TÉMOIGNAGE</b> → <b>CE SERA À ELLE DE PRENDRE LA DÉCISION</b> ANNIE FRAYSSE .....	121
<b>ENTRE INCONSTANCE ET CONSTANCE DU DÉSIR : RESTER FIDÈLE À AUTRUI</b> BLANDINE HUMBERT .....	123
<i>Si nous espérons que la douleur et la souffrance cessent, passé le choc de l'annonce, une fois le traumatisme incorporé à notre histoire ou à notre récit, le désir peut ressurgir. Ressurgir ? Était-il seulement mort ? Car le désir peut prendre forme tout à la fois d'une pulsion de vie et d'une pulsion de mort. Il nous faut nous interroger sur ce que signifient ces variations propres à toute existence.</i>	

<b>POUR ALLER PLUS LOIN : BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE</b>	
YVETTE CHAZELLE .....	133
<b>LES ACTUALITÉS</b>	
<b>ÉTHIQUE ET SOIN</b>	
<b>LIBERTÉ EN FIN DE VIE : OUVrir LE CHAMP DES POSSIBLES ?</b>	
GROUPE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE DE LA SFAP .....	143
<i>Le champ des possibles, vu comme un champ de liberté et de devenir dans un temps fait d'incertitude, d'inconnu et de crainte, naît de la création d'un espace commun où les désirs vont pouvoir se rencontrer. L'expression d'une demande contient une part consciente et une part inconsciente de désirs, qui échappent en partie au sujet lui-même.</i>	
<b>COMPTE RENDU D'ACTUALITÉS</b>	
FRANÇOISE POIRIER ET RENÉ SCHÄRER.....	153



ÉDITORIAL

## **ENTRE VOLONTÉ ET DÉSIR DU MALADE, QUELS REPÈRES ?**

\* BRUNO ROCHAS, MÉDECIN, ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS, VIENNE

**B**esoin, désir, volonté... : comment, en tant que professionnel de santé, entourage, ou bénévole, se retrouver dans les nuances de ces aspirations et demandes des patients que l'on soigne et accompagne ?

De plus, le respect de la volonté du patient, comme la réponse à son désir en fin de vie, est l'un des repères qui font autorité, au titre du respect de l'autonomie, valeur mise en priorité dans les repères éthiques concernant la maladie grave, la fin de vie. Cela fait consensus aujourd'hui, dans un souci d'un rééquilibrage dans la relation de soin, face à un pouvoir médical jugé excessif. Cependant, cette priorisation, de façon univoque, peut malheureusement être source de confusion et de malentendus entre médecins et malades, soignants et soignés. En effet, le langage courant couvre des nuances multiples dans le champ lexical du désir : besoin, envie, volonté, choix... Et chacun de ces mots recouvre aussi des registres si différents comme la distinction entre besoins de sécurité, d'appartenance, de reconnaissance ou d'accomplissement de soi. Le désir peut lui aussi renvoyer, selon le contexte, à des objets si différents : souhait, envie, rêve, aspiration, passion, soif...

Alors comment tenir cet équilibre entre repères déontologiques et compréhension du désir ?

## **TENSION ENTRE INFORMATION MÉDICALE ET RECUEIL D'UNE VOLONTÉ**

Dans la vision contemporaine du consentement et du respect de la volonté du patient, on s'est finalement éloigné d'un modèle idéalisé de relation médecin/malade s'appuyant sur une décision partagée où réside un dialogue circulaire entre les deux. Cet échange s'est réduit à une information dite « claire et loyale » pour permettre au patient de prendre une décision dite « éclairée ». Il s'agirait d'être le plus exhaustif possible au motif d'informer le patient sur les bénéfices et risques d'une stratégie diagnostique et thérapeutique, afin de recueillir son consentement en toute connaissance de cause. On s'assurerait ainsi de la garantie du respect de la volonté d'un patient bien informé sur un plan rationnel.

Cependant, on ne considère pas ici l'aspect émotionnel suscité par toute prise de décision en écho aux incertitudes, représentations, angoisses, générées par une situation nouvelle. À plus forte raison dans le contexte de la maladie, grave en l'occurrence. Au contraire, le malade étant bien informé, il lui est implicitement suggéré de jouir, en « toute conscience », de son autonomie afin de s'inscrire (ou pas) dans ce qui lui est proposé. On oublie trop souvent qu'à ce droit fondamental d'être informé sur sa santé, s'oppose aussi le droit de ne pas être informé. En pratique, cela veut surtout dire : ne pas être informé de tout, pas tout de suite, pas d'un seul coup... La loi a donc eu la précaution de prévoir cette éventualité. Mais une telle réaction de réserve que présentent certains malades paraît cependant contre-intuitive pour les équipes médico-soignantes. Elles se préparent plutôt à ce qu'un patient réclame l'information, la comprenne, l'intègre, dans un souci de le rendre co-acteur de sa prise en charge, pour plus d'efficience. Encombré d'une information presque disproportionnée par rapport au patient, le médecin risque d'en dire trop, ou trop vite, ou de manière inappropriée faute de bien connaître le patient et les effets générés chez lui par l'annonce.

Mais pour ce dernier, découvrant un environnement étranger, comment oser dire à un médecin spécialiste qu'il ne connaît pas encore vraiment, et qui rentre dans sa chambre, qu'il a besoin de plus de temps pour assimiler une information, se l'approprier, laisser résonner les émotions qu'elle génère... avant de consentir à un soin. On ne mesure pas assez la solitude et l'angoisse provoquées par l'injonction à donner son avis sur une proposition de traitement dont on découvre seulement l'existence, pour une maladie dont on ne connaît pas encore les tenants et les aboutissants. Paradoxalement, au nom de son autonomie, on risque de l'isoler un peu plus dans un devoir de se positionner pour rester digne du contrat de soin proposé.

Cette dimension de respect de la volonté du malade ne peut donc se réduire à la formulation lapidaire de « décision éclairée ». Le code de déontologie médicale apporte d'ailleurs une forme de prudence pour l'information médicale, en rappelant que si elle doit être « claire, loyale », elle doit aussi être « appropriée », sous-entendu à celui qui reçoit cette information. Cet adjectif « approprié » ouvre en effet des perspectives très larges et renvoie à toute la complexité de l'être humain qui est là : son niveau de cognition bien sûr, mais aussi sa culture, ses inquiétudes, ses questions, ses représentations de ce qu'il est en train de découvrir, et de ce qui se produit en lui de façon plus ou moins consciente. Cette rencontre de la complexité de l'être, dans cette situation, est un défi pour le médecin qui découvre un patient et ne peut connaître la profondeur du tourment généré, à l'aune de son histoire personnelle. Comment s'assurer que le choix du patient sera fidèle à ce qu'il est, à son désir, et à son évolution dans le temps de la maladie ?

## ACCOMPAGNEMENT ET SOUCI DU DÉSIR DE L'AUTRE

Sur le volet de l'accompagnement en fin de vie, les équipes soignantes sont très sensibilisées et attachées à satisfaire autant que possible les désirs des patients, ou d'y contribuer. Les conditions

dramatiques de la fin de l'existence suscitent naturellement cette mobilisation des accompagnants. Le vécu d'impuissance et de culpabilité de ces soignants face à la maladie et la perspective de la mort est un moteur puissant de cet activisme pour répondre à des demandes, parfois même si l'on est hors du cadre strictement soignant.

La demande d'un patient d'aller fumer une cigarette en est un exemple assez emblématique. Elle fait l'objet de discussions récurrentes en équipe qui s'efforce d'évaluer la part d'une réponse médicale à un besoin physiologique lié au sevrage en nicotine, et celle de répondre à d'ultimes plaisirs comme celui de fumer une cigarette. Souvent confrontés aux contraintes logistiques devant de telles demandes, les équipes se retrouvent bien démunies et culpabilisées de ne pouvoir y répondre favorablement ou en tension avec un patient insistant. Mais ces dilemmes peuvent aussi ouvrir à d'autres dimensions que soulève cette demande ; celle du sens qu'elle exprime pour le patient. Ainsi, en discutant avec lui autour de sa demande, on est en effet souvent surpris du récit qu'elle peut susciter. Pour tel patient, cette cigarette va représenter un besoin de liberté, hors de sa chambre, symboliquement hors de l'hôpital, loin de la maladie, plus qu'un besoin de fumer. Pour tel autre, ce sera le souvenir de temps conviviaux lors de pauses avec des collègues, ramenant ainsi à la dimension affective que peut représenter cette addiction. Et le patient de finir l'entretien en indiquant que « tout compte fait, cette discussion autour de [s]es souvenirs, [lui] a fait passer l'envie de fumer, parce que cet échange [lui] a apporté plus que le plaisir d'une cigarette, qu'[il] essaye d'ailleurs d'arrêter... ». Facile à accepter dans cet exemple, l'ambivalence des patients est cependant mal comprise par les équipes.

Un autre exemple emblématique est celui de la demande de patients en phase terminale de rentrer à domicile. À nouveau ce type de demande soulève beaucoup d'élan au sein des équipes afin d'apporter une solution. Les échanges sont souvent tendus sur la

faisabilité concrète de ce retour eu égard à l'état clinique précaire de ce malade, ou le manque d'étayage possible à domicile. La motivation profonde de ce retour est en revanche peu questionnée car souvent réduite à l'idéalisation d'un « mourir chez soi », à honorer. Que le retour soit *in fine* possible ou non, il est souvent très révélateur d'interroger le patient sur le sens que pourrait prendre ce projet et ce que représente pour lui le domicile. Dans ces échanges, on est à nouveau toujours surpris de ce que le malade vient exprimer de lui à travers cette demande et de la diversité des désirs qui s'expriment.

Pour cette patiente, il s'agissait d'aller au bout d'un projet de rénovation de sa maison, sa cuisine en particulier, comme symbole de sa place d'épouse et de mère au sein de son foyer, qu'elle tenait à conserver jusqu'au bout. Son état de santé n'ayant permis un retour chez elle, c'est dans son lit d'hôpital qu'elle finit de dessiner les plans de cette cuisine, avec application et précision extrêmes. L'équipe soignante était restée perplexe devant cette obstination pour une cuisine qu'elle ne verrait pas...

Pour cet homme d'une soixantaine d'années, agriculteur, célibataire, et plutôt renfermé, il fallait retourner dans sa ferme, même seul, ce qui paraissait illusoire aux soignants compte tenu de son état clinique. Interrogé sur ce que représentait son domicile, il décrivit le grand arbre planté dans la cour de la ferme familiale transmise entre générations et qui l'avait vu grandir. Ce fut ainsi pour lui l'occasion d'exprimer surtout son désir de retrouver ses racines. Le récit qui s'ensuivit le fit sortir de sa réserve, et encouragea un accompagnement qui s'adapta à l'impossibilité de ce retour, en proposant un transfert dans un hôpital local situé juste en face de chez lui. Il en fut satisfait : il allait retrouver « les siens », c'était cela qui comptait plus que le domicile lui-même. Lorsqu'un patient physiquement très affaibli réclame à rentrer chez lui, je lui demande s'il se projetterait immédiatement chez lui. Il apparaît souvent un sourire qui accompagne un : « non, bien sûr, pas maintenant... ». Cette réaction semble témoigner

de la complicité de la commune compréhension de la réalité difficile, mais aussi de la rêverie que cette idée du domicile a permise, l'espoir entretenu, et surtout l'opportunité d'avoir pu parler de soi, dans la continuité de son histoire.

Cependant, une demande impérieuse de sortie de l'hôpital peut aussi se révéler pour le malade comme seul moyen de fuir une réalité vécue comme trop difficile, avec parfois le constat d'un déni témoin d'une angoisse majeure. Le souhait exprimé ici, révélateur d'autres besoins, sera là encore à décrypter, afin d'ajuster au mieux les propositions médicales, peut-être au-delà de la seule question du domicile.

On le voit à travers ces exemples, une demande peut révéler un besoin, qui lui-même va permettre d'exprimer un désir plus profond, souvent inconscient. Le travail d'élaboration psychique porté par le dialogue, cherche à laisser émerger ce désir, témoin d'une vitalité qui se révèle, en particulier à travers l'ambivalence.

### **ACCOMPAGNER LA DÉCOUVERTE, PAR LA PERSONNE ELLE-MÊME, DE SON DÉSIR**

En conclusion, il y a comme un grand écart dans la façon d'aborder la question du désir entre les intentions déontologiques insistantes sur le respect de la volonté du malade et la découverte par la personne elle-même de son désir grâce à l'accompagnement. Il ne faudrait pas se tromper d'enjeu pour le patient. Car, pris dans un questionnement existentiel, bouleversé par la maladie et l'angoisse de la mort, il est lui-même en peine de laisser émerger cette motion intérieure, de l'élaborer et, à plus forte raison, de la formuler.

Nous voilà donc encouragés à rester vigilants et prudents en cherchant à recueillir les *volontés* du malade. Attention à ne pas juste le « prendre aux mots », au premier degré, à rester attentif à l'implicite. Souvent démunis, nous pourrions risquer de réduire la personne à ce qu'elle dit, et serions alors tentés de répondre trop vite, dans une forme de passage à l'acte. Désarçonnés par

l'ambivalence du désir du patient, ne serions-nous pas finalement plus à l'écoute du nôtre ?

Or, « on ne connaît de l'autre que ce qu'il nous dit » : ses questions, ses représentations, ses angoisses, ses rêveries... Loin de la normalisation de la relation de soin induite par l'évolution moderne de la pratique médicale, gardons l'esprit du « colloque singulier », de la « décision partagée », mais aussi du discernement en équipe pour élargir notre perception du désir de l'autre.

Pour explorer ces variations du désir au sens d'une aspiration personnelle mais aussi de l'ambivalence, témoin de la vitalité intérieure, la philosophie, la psychologie, la psychanalyse sont là pour soutenir notre attention, notre intelligence, notre propre élan à accompagner l'autre dans l'expression de son désir.

## COMMANDÉ AU NUMÉRO

N°	TITRE	PRIX UNITAIRE	QUANTITÉ
146	Homme, qui es-tu? (septembre 2021)	12,00 €	
147	La demande d'euthanasie, vous, vous en pensez quoi? (décembre 2021)	12,00 €	
148	Dire sa joie en soins palliatifs (mars 2022)	12,00 €	
149	Penser la liberté en fin de vie (juin 2022)	12,00 €	
150	Le vivant du deuil (septembre 2022)	12,00 €	
151	Soins palliatifs: continuer à s'interroger (décembre 2022)	12,00 €	
152	Les proches aidants et la fin de vie, au cas par cas (mars 2023)	13,00 €	
153	Face à la personne en souffrance, quelles solidarités? (juin 2023)	13,00 €	
154	L'attention aux personnes âgées, une vision de la vie (septembre 2023)	13,00 €	
155	De la confiance (décembre 2023)	13,00 €	
156	« Et si je deviens fou? » – Un défi en médecine palliative (mars 2024)	13,00 €	
157	Mourir est-il normal? (juin 2024)	13,00 €	
158	Les deuils dans l'angle mort (septembre 2024)	13,00 €	
159	Attention et tensions chez les soignants (décembre 2024)	13,00 €	
160	Depuis 40 ans, envisager sans préjuger (mars 2025)	13,50 €	
161	Identités bouleversées, réalité humaine (juin 2025)	13,50 €	
162	S'ouvrir à la tendresse? Tant de choses à apprendre (septembre 2025)	13,50 €	
<b>FRAIS DE PORT:</b> 6,45 € par numéro × .....			.....
<b>TOTAL</b>			

**POUR LES NUMÉROS PRÉCÉDENTS (N° 98 À 145),  
CONSULTER LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE GRENOBLE OU [WWW.PUG.FR](http://WWW.PUG.FR)**

M<sup>me</sup>  M.

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone .....

E-mail (**obligatoire pour l'option numérique**) .....

### RÈGLEMENT

Je joins à ma commande un chèque bancaire ou postal à l'ordre des Presses universitaires de Grenoble

Par virement sur le compte des PUG

IBAN : FR76 4255 9100 0008 0034 5140 862 – BIC : CCOPFRPPXXX

Par carte bleue Visa, Mastercard, Eurocard, ou American Express

N° de carte: .....

Date d'expiration ..... / ..... / .....

Crypto ..... Signature .....

Collectivités, administrations : joindre un bon de commande administratif

### À PHOTOCOPIER ET À RETOURNER À :

PUG

5, rue de Palanka – 38000 Grenoble

Tél. +33 (0)4 76 29 43 09

E-mail: [nolwenn.jellouli@pug.fr](mailto:nolwenn.jellouli@pug.fr)

**BULLETIN D'ABONNEMENT**  
**TARIF 2026 - ABONNEMENT DES NUMÉROS 164 à 167**

<b>FRANCE MÉTROPOLITaine</b>	<b>PRIX</b>
<input type="checkbox"/> Réabonnement <b>à partir du n° 164 (mars 2026)</b> – 4 numéros	<b>40,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Réabonnement <b>2026</b> + version numérique des 4 numéros (e-mail obligatoire)	<b>48,00 €</b>
<b>DOM-TOM, ÉTRANGER</b>	
<input type="checkbox"/> Réabonnement <b>à partir du n° 164 (mars 2026)</b> – 4 numéros	<b>44,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Réabonnement <b>2026</b> + version numérique des 4 numéros (e-mail obligatoire)	<b>52,00 €</b>

**UN ABONNEMENT OFFERT POUR 10 ABONNEMENTS SOUSCRITS.**

M<sup>me</sup>  M.

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone .....

E-mail **(obligatoire pour l'option numérique)** .....

**Adresse de facturation, si différente :**

Libellé .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone .....

**RÈGLEMENT**

- Je joins à ma commande un chèque bancaire ou postal à l'ordre des Presses universitaires de Grenoble  
 Par virement sur le compte des PUG

IBAN : FR76 4255 9100 0008 0034 5140 862 – BIC : CCOPFRPPXXX

Par carte bleue Visa, Mastercard, Eurocard, ou American Express

N° de carte : .....

Date d'expiration ..... / ..... / .....

Crypto ..... Signature .....

**Collectivités, administrations :** joindre un bon de commande administratif

**À PHOTOCOPIER ET À RETOURNER À :**

PUG  
5, rue de Palanka – 38000 Grenoble

Tél. +33 (0)4 76 29 43 09  
E-mail: nolwenn.jellouli@pug.fr