



# Usagers et politique de santé

## Un exemple en Franche-Comté

**Pierre-Henri Bréchat**

Médecin inspecteur de santé publique,  
Ddass du Doubs, chargé de recherches,  
LAPSS, ENSP

**Michel Goguey**

Médecin conseil de l'assurance maladie,  
conseiller à l'ARH de Franche-Comté

**Christian Magnin-Feysot**

Représentant des usagers  
insuffisants rénaux francs-comtois

**Loïc Geffroy**

Directeur de l'ARH de Franche-Comté

**Les usagers,  
insuffisants rénaux  
chroniques de  
Franche-Comté, ont  
été associés au  
processus régional de  
planification sanitaire  
et à la création d'un  
réseau de soins  
destiné à la prise en  
charge globale de  
cette pathologie.**

On constate à l'heure actuelle en France, une tentative d'introduction de la participation des usagers [4, 10] dans le système de soins (conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé, Anaes ; et conseils d'administration des établissements de santé) et dans le système de santé (États généraux de la santé, conférences nationale et régionales de santé, CNS et CRS ; programmes régionaux de santé, PRS ; commission régionale d'organisation sanitaire et sociale, Cross ; et schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération, Sros II) [9]. Les ordonnances d'avril 1996 ont consacré ces Sros II et érigé les réseaux en leviers incontournables de la planification sanitaire. Un des enjeux de leurs développements est de favoriser la prise en charge globale d'une priorité régionale de santé publique en y associant les usagers. Les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à informer et à faire participer les usagers pour que s'opère un nouvel équilibre de la position de l'État, de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des experts et des usagers afin de continuer à améliorer l'organisation sanitaire dans des domaines aux enjeux importants. Malgré cette place donnée aux usagers dans les récentes

réformes, nous pouvons nous demander quelle est la réalité de la négociation de projets concrets issus des procédures de planification sanitaire [2] et notamment lors de la construction des Sros II [2, 3, 5, 12, 13, 14] et des réseaux de soins [6]. C'est pour cela que le choix a été fait de chercher à repérer la réalité de l'impact des actions des usagers pendant la construction du Sros II [7] et d'un réseau de soins prenant en charge l'insuffisance rénale chronique, priorité de santé publique dans une petite région comme la Franche-Comté.

### L'insuffisance rénale chronique devient une priorité de santé publique

Après le diagnostic préalable au Sros II de 1995, le bilan suivant a été dressé :

- besoin de spécialisation de plus en plus importante couplé à la nécessité de trouver des alternatives à la dialyse dans les établissements de soins,
- retard au dépistage de l'insuffisance rénale chronique en Franche-Comté (250 patients par million d'habitants dépistés, contre une moyenne nationale de 550),
- insuffisance de réponses aux besoins de la population concernant le dépistage et le développement des alternatives à la dialyse en centre,
- offres alternatives à la dialyse en centre (autodialyse, dialyse péritonéale) insuffisantes,
- insuffisance de prélèvement de reins entraînant un allongement de la liste d'attente pour les greffes rénales,
- offre néphrologique concernant les

Cet article a été rédigé en 2001 et 2002. Il est toujours d'actualité.

Les affectations des auteurs suivantes ont changées : Pierre-Henri Bréchat (DGS), Michel Goguey (médecin conseil régional de la caisse maladie régionale de Franche-Comté) et Loïc Geffroy (Fédération de l'hospitalisation privée).



ressources médicales et hospitalières réduite à un seul service pour la région au centre hospitalier universitaire de Besançon, avec peu d'unités individualisées et quatre néphrologues (aucun n'exerçant à titre privé),

- peu de prévention de l'insuffisance rénale chronique dans le cadre du suivi post-greffes.

Cette phase préliminaire du Sros II a permis de retenir la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique comme une priorité de santé publique régionale pour les cinq années suivantes.

Ce constat a aussi favorisé l'élaboration d'une politique régionale (gestion des postes d'internes, du poste internat) qui dépend également d'une politique nationale au regard des problèmes de démographie médicale (*numerus clausus* ; filières de l'internat, post-internat).

### La participation des usagers est déterminante lors de la construction du Sros II et du réseau

#### *En amont de la construction du Sros II et du réseau de soins (années 1993 à 1995)*

Un représentant des usagers membre de l'Association des insuffisants rénaux régionaux (AIR), rattachée à la Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux (Fnair) a su conseiller les « artisans de la planification » [7] sur les orientations stratégiques relatives à la construction d'un réseau global de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (réseau « Espoir ») en Franche-Comté et en Bourgogne. Depuis 1993, cet usager, insuffisant rénal chronique en dialyse qui avait conservé une activité professionnelle, se déplaçant dans toute la France, regrettait « *que le centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon soit le dernier CHU de France à ne pas permettre le maintien d'une activité professionnelle* ». Ce constat était élaboré à partir d'une prise de conscience que le maintien de l'insertion sociale est source d'équilibre psychologique pour les insuffisants rénaux chroniques qui connaissent des difficultés (relations de couple, tentative de suicide, précarité). Il avait effectué l'observation que près de 80 % des insuffisants rénaux chroniques en dialyse perdaient leur travail, ce qui les plaçait en situation de précarité. Devenu représentant des usagers, il a su convaincre le milieu médico-administratif

de faire démarrer une séance nocturne de dialyse dans ce CHU. Il a participé au soutien de la démarche d'individualisation d'une association de prise en charge des dialysés (association « Osmose », de prise en charge des dialysés de Franche-Comté). Il a intégré une délégation pluridisciplinaire reçue à la préfecture de région pour la constitution de l'association (loi 1901). Ainsi, en 1995, la prise en charge était effectuée par un réseau associatif polyvalent (prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique et de l'insuffisance rénale chronique) géré par des réanimateurs hospitaliers du CHU de Besançon.

#### *Pendant le diagnostic préalable au Sros II (année 1995)*

Dans ces conditions, le représentant de l'AIR a soutenu la démarche de santé publique qui a présidé à la constitution d'un réseau spécifique de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. L'association « Osmose » a ainsi vu le jour en 1995.

#### *Pendant la construction du Sros II et du réseau de soins (années 1998 à 2000)*

D'octobre 1998 à décembre 1999, la construction du Sros II de Franche-Comté a été un moment décisif qui a favorisé l'intégration de la prise en compte des besoins des usagers insuffisants rénaux chroniques à travers la participation de leurs représentants dans le comité d'orientation stratégique, au même titre que des représentants de la société civile (préfet de région, président du conseil économique et social) et de la société médicale universitaire (doyen de la faculté de médecine, directeur de l'Établissement français du sang des régions de Bourgogne et de Franche-Comté). Cette instance a donné son avis sur les thèmes des travaux retenus pour la préparation du Sros II et sur ses priorités [1].

Les usagers ont ainsi pu contribuer au choix de l'insuffisance rénale chronique comme l'un des thèmes régionaux prioritaires de santé publique, tout comme ils ont contribué à ce que le thème transversal des réseaux soit retenu.

La nécessité d'une prise en charge globale de l'insuffisance rénale chronique grâce à des liaisons entre établissements de soins et secteur ambulatoire a été prise en compte par la construction du Sros II « insuffisance rénale chro-

nique » et d'un réseau de soins appelé « Espoir ». Les usagers insuffisants rénaux chroniques ont pu orienter des choix de la coordination médico-administrative. L'association « Osmose » a intégré une fondation reconnue d'utilité publique : la Fondation des techniques de suppléance et des fonctions vitales (FTSFV), située à Strasbourg. La mise en place du réseau, à partir des orientations du Sros II, a affirmé la nécessité d'une organisation coordonnée et hiérarchisée de l'offre hospitalière : cinq pôles néphrologiques s'articulant avec le réseau ambulatoire ont été créés sous la forme de pôles hospitalo-associatifs. Les usagers ont contribué à la mise en œuvre de ce réseau qui allie accessibilité, formation, information, coordination, évaluation et suivi. Des actions de coordination auprès des médecins du secteur ambulatoire (dépistage de l'insuffisance rénale chronique grâce à la détection précoce des patients à partir d'un taux de créatininémie à 200 micro-moles par litre) ont été menées en réalisant :

- des informations et des formations aux familles des 800 insuffisants rénaux chroniques adhérents à l'AIR sur le thème du dépistage de cette pathologie,

- des interventions dans les laboratoires d'analyses médicales pour que les patients ayant atteint le taux de créatininémie supérieur ou égal à 200 micro-moles par litre soient systématiquement signalés au siège de la coordination médicale du réseau situé au CHU de Besançon,

- des informations périodiques transmises par l'intermédiaire de la revue AIR (seulement 5 à 6 représentations régionales possèdent une publication régulière de proximité),

- la communication des objectifs du réseau « Espoir » à l'occasion de l'université ouverte de Franche-Comté qui touche un public cosmopolite,

- le choix de certains éléments du parc immobilier concernant les alternatives à la prise en charge en établissements de soins (auto-dialyse), et tout particulièrement dans le cadre de difficultés de cohabitation entre ces structures alternatives et le voisinage : problème de déchets et suspicions de riverains quant à d'éventuelles contaminations notamment virales (VIH, etc.).

L'insuffisance rénale chronique est devenue une priorité du Sros II de Franche-Comté. Des moyens financiers lui ont été donnés dans les contrats d'objectifs et de

## Méthodologie

Dans un premier temps, le diagnostic préalable au Sros II (Art. R. 712-4 du Code de santé publique), réalisé en 1995 pour l'insuffisance rénale chronique, a été recueilli pour servir de point de départ et de référence pour estimer l'impact des actions qui seront repérées.

Dans un deuxième temps, un historique de la participation des usagers à la construction du Sros II et du réseau « insuffisance rénale chronique » de Franche-Comté a été établi pour en retirer les actions clés des usagers et des artisans de la planification.

Un troisième temps a permis de recueillir les avis des usagers et des professionnels de la planification sanitaire sur la participation des premiers au Sros II et au réseau « insuffisance rénale chronique » de Franche-Comté. Ces données ont été recueillies lors d'une enquête nationale [7, 8] réalisée à partir d'un échantillon par choix raisonné permettant de prendre en compte la différence des rattachements institutionnels (4 catégories d'acteurs : usagers et représentants d'usagers, directeurs et médecins de centre hospitalier, élus et professionnels des services de l'Etat et de l'assurance maladie), et l'unité de lieu et de problème : le réseau. Les per-

sonnes interrogées ont été choisies par nos correspondants à l'agence régionale de l'hospitalisation. Les seules consignes données ont porté sur la profession de la personne (un directeur d'établissement de santé, un médecin, un élu, un représentant de la tutelle et un usager) et sur la nécessité qu'elle soit impliquée dans une opération de réorganisation du système de soins (constitution de réseaux de soins, travail d'un groupe technique sur une priorité régionale de santé publique).

Pour la région de Franche-Comté, il a ainsi été réalisé 28 entretiens semi-dirigés au cours de deux interviews d'une heure chacune à 6 mois d'intervalle, à partir d'une grille d'entretien préalablement validée par le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP) et la direction des hôpitaux (DH). Les fonctions réelles de ces personnes dans le système de soins, leur opinion sur le Sros II, l'état d'avancement de la situation test ou du projet dans lequel elles sont impliquées et les effets du Sros II sur ce projet ont été prises en compte. La garantie de confidentialité des entretiens (noms, fonctions et lieu d'exercice) a favorisé la restitution de propos libres et riches.

Cette étude s'est déroulée d'octobre 1998 à décembre 1999.

- La première vague d'entretiens (série 1) a eu lieu en décembre 1998 lors de la première phase du Sros II, dite de « mise sous tension », qui s'est déroulée au cours du deuxième trimestre 1998 et s'est terminée par la diffusion du rapport de cadrage vers la mi-1998 [13]. Elle a consisté notamment à l'organisation, par l'ARH, de groupes de travail sur les thèmes principaux proposés, en y associant des usagers.

- La seconde vague d'entretiens (série 2) a eu lieu en novembre 1999 lors de la seconde phase du Sros II. Cette phase, dite de « diagnostic et d'études », s'est déroulée de mi-1998 à début 1999 et s'est terminée par la réalisation du rapport d'orientation stratégique diffusé début 1999 [1, 13].

Cela a permis d'avoir le point de vue des mêmes artisans de la planification au début et à la fin de la mise en œuvre de la construction du Sros II (série 1 = série 2).

Les 28 entretiens ont été enregistrés et une analyse thématique a été réalisée et rendue anonyme par le LAPSS de l'ENSP selon la grille d'entretien précitée [7].

moyens avec les établissements de soins et l'association « Osmose ».

### **Après la construction du Sros II et du réseau de soins (années 2000 à 2002)**

Les représentants des usagers sont associés au suivi du Sros II de Franche-Comté à plusieurs niveaux. Un représentant des usagers insuffisants rénaux chroniques a été intégré au groupe de travail permanent de l'ARH sur le thème des réseaux depuis le début de l'année 2001. Le comité régional de suivi du Sros II « insuffisance rénale chronique », appelé comité technique régional (Coter) de l'insuffisance rénale chronique, s'est réuni le 6 décembre 2001. Ce Coter est une instance essentiellement professionnelle qui est chargée du suivi, des recommandations de bonnes pratiques et des orientations stratégiques générales en matière de prise en charge de l'insuffisance rénale. Il s'est aussi réuni

le 10 janvier 2002 pour mettre en place le comité d'évaluation du réseau avec le représentant des usagers insuffisants rénaux chroniques. Le comité régional de suivi global du Sros II a réuni, en février 2002, les représentants des usagers et des associations de patients, dont celui des insuffisants rénaux chroniques, pour la mise en place et la discussion des indicateurs du suivi du Sros II. L'ARH de Franche-Comté a préconisé l'intégration d'un représentant d'usagers, comme ceux des insuffisants rénaux chroniques, dans les comités de pilotage et dans les comités d'évaluation des réseaux qui veilleront au respect des objectifs du Sros II déclinés dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les associations comme « Osmose ». Ils s'assureront notamment du respect des réinvestissements de leurs bénéfices dans la création de structures alternatives à l'hospitalisation en établissements de soins.

### **L'avis des usagers et des professionnels de la planification sanitaire sur cette participation**

#### **Les actions des usagers pour la prise en compte de l'insuffisance rénale chronique pendant la construction du Sros II [7]**

L'usager permet une meilleure prise en compte de ses besoins et de ce qu'il souhaite quand il s'investit fortement dans un groupe de travail de l'ARH dans le cadre du Sros II.

Pour diminuer le nombre d'insuffisants rénaux chroniques de la région, les usagers, en partenariat avec les néphrologues et les médecins généralistes, tentent de sensibiliser les médecins d'autres disciplines concernées à plus de partenariat (endocrinologues, médecins internistes) et de donner plus de moyens aux chirurgiens qui greffent des reins pour diminuer le nombre d'insuffisants rénaux chroniques. L'action des usagers tend à favoriser la prise en

compte d'un problème de santé dans sa globalité pour améliorer la prise en charge, en diminuer la gravité et l'ampleur. Sur une pathologie particulière comme l'insuffisance rénale chronique, les usagers peuvent tenir un rôle de premier plan alors qu'ils sont largement au deuxième dans les autres domaines.

Les usagers peuvent être un contre-pouvoir vis-à-vis des administratifs et des gestionnaires et permettre une autre information passant par les médias et les usagers eux-mêmes.

#### **Un réseau bien construit fédère l'énergie des acteurs sur une priorité du Sros II [7]**

Un projet de réseau permettant d'associer les médecins et les usagers eux-mêmes à une prise en charge continue des patients est une solution judicieuse pour répondre aux besoins des insuffisants rénaux chroniques. Ce projet est discuté en groupe de

travail et repris dans les propositions du Sros II. L'ARH de Franche-Comté définit les conditions de fonctionnement des réseaux et agréé les propositions qui lui sont faites. Cette solution originale trouvée pour une priorité régionale intègre l'agenda de la planification : le projet a été bouclé au moment de la phase de consultation-concertation. Le projet est porté par les membres d'une association d'usagers qui imprime son dynamisme. Les médecins hospitaliers sont étroitement associés et intéressés par un mode de prise en charge qui permet un suivi continu des usagers sur des centres hospitaliers proches du domicile. L'association prend à sa charge une partie du coût de fonctionnement des équipements, ce qui évite une surcharge financière pour les établissements. Tous ces éléments du projet expliquent qu'il reçoit un soutien important des différents acteurs qui y sont associés. Le médecin

hospitalier considère qu'il répond à ses propres contraintes, la tutelle qu'elle permet de compenser rapidement le déficit en services initialement constaté, les directeurs d'établissements de santé pensent que le projet s'intègre bien dans leur projet d'établissement. Le calendrier comme le contenu du projet et les acteurs associés expliquent que l'association des partenaires a été jugée importante.

#### **La réussite de la prise en charge globale d'une pathologie par le Sros II et le réseau de soins**

Cela favorise l'enracinement du Sros II dans la réalité et tend à le rendre plus pratique et utile que technocratique [7].

Les usagers contribuent concrètement aux actions d'organisation des soins en cours et à venir. Aux postes avancés de ces réformes, ils sont sur le terrain, participent aux projets de l'hôpital de demain, sans toutefois maîtriser le processus de décision [7]. Leur introduction dans les procédures d'élaboration des Sros II ne semble pas un moyen évident pour favoriser la construction de consensus entre les acteurs de la planification sanitaire. Avant d'arriver à ce résultat, il faudrait que soit résolue la question de la représentation d'un groupe qui n'existe pas, sauf pour des cas particuliers de maladies. Nous sommes aujourd'hui dans une période de transition vers de nouvelles formes de participation des usagers avec de nouveaux professionnels de santé publique. Cette transition se traduit par une remise en question récente de la légitimité de l'État à prendre seul les décisions relatives au système de soins. L'assurance maladie préconise, elle-même, d'inviter le patient à ne plus être un consommateur aveugle et passif.

Le rapport de force qui semble habiter les relations entre Sros II et réseau de soins peut aussi se transformer en jeu « gagnant-gagnant ». En définissant une pathologie comme prioritaire, l'ARH donne toute légitimité au travail d'organisation fait par les professionnels de cette discipline. Ceux-ci peuvent alors se prévaloir de la priorité régionale et des ressources qui y seront affectées pour faire avancer leur travail. La mise en phase du Sros II et du réseau de soins est donc une condition nécessaire à l'efficacité de ces modes de régulation du système de soins. C'est à cette occasion que la tutelle obtient la

## références

1. Agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté. *Schéma régional d'organisation sanitaire de Franche-Comté : schéma général*. Besançon : ARH de Franche-Comté, 1999.
2. Basset B., Lopez A. *Planification sanitaire : méthodes et enjeux*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 1997.
3. Bréchat P.-H. *Comment les acteurs du système de santé, dont le médecin inspecteur de santé publique, apprennent-ils à construire les schémas régionaux d'organisation sanitaire ?* ENSP : mémoire inédit de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique, 1999.
4. Bréchat P.-H., Danzon A., Schaetzel F. *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'utilisateur au Québec. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « recherche santé sociale », 2000 : 31-36.
5. Direction des Hôpitaux. *La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*. Paris : novembre 1999.
6. Goguey M., Geoffroy L. R. « Réseaux et agence régionale de l'hospitalisation : expérience de deux années en Franche-Comté ». *Rev Med Ass Maladie* 1999 ; 3/4 : 75-80.
7. Jourdain A., Bréchat P.-H., Cotard B., Mafféis R., de Turenne I. *Enquête sur les artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : Le point de vue des acteurs*. Contrat d'étude de la direction des Hôpitaux. Rennes, ENSP/LAPSS, 2000.
8. Jourdain A., Bréchat P.-H. « Enquête sur les artisans des réformes du système de soins. Le point de vue des acteurs des Sros II en 1998 ». *L'année gérontologique* ; 2000, 14 supplément : 34-44.
9. Lahoute C. *Droit des usagers du système de santé. Le rôle des services du ministère chargé de la Santé en matière de droit des patients hospitalisés. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « recherche santé sociale », 2000 : 17-24.
10. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994.
11. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : 1994-1998*. Paris, La documentation française, 1998.
12. Jourdain A., Frossard M. (coor.). « Les nouveaux outils de planification sanitaire ». *Adsp*, n° 11, 1995, p. I-XL.
13. Polton D. *Rapport du comité de pilotage sur la révision des Sros : tome 1-Rapport*. Paris : ministère du Travail et des Affaires sociales, octobre 1997.
14. Viñas J.-M. « La définition d'un Sros ». *L'année gérontologique* ; 2000, 14 supplément : 32-34.

garantie que les ressources qu'elle va affecter au système de soins seront productives. Dans ces conditions, on est au-delà de l'effet d'entraînement provoqué par le Sros II quand il oblige les établissements à faire des projets en commun sur le papier. Une véritable dynamique peut naître de la conjonction de ces deux facteurs.

La participation des usagers au Sros II et aux réseaux semble faire évoluer la représentation que les professionnels se font des usagers. Le respect des droits de l'utilisateur [9] semble être un moyen de dépasser les corporatismes et les cloisonnements. La tentative d'introduction de l'utilisateur dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions et la qualité des soins [10] au moment où la population a une perception moins optimiste de l'évolution future de l'état de santé, qui peut être rapproché de sa prise en compte grandissante des facteurs sociaux comme déterminants de l'état de santé et de sa perception beaucoup plus aiguë des risques liés à l'environnement [10, 11].

Ces nouvelles formes de participation des usagers doivent aussi, pour réussir,

faire davantage place à la formation, à la préparation [3] et à la représentativité [7]. La formation des usagers, désormais membres de droit des conseils d'administration des établissements publics de santé, impliqués dans la politique des comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) des établissements, est une condition *sine qua non* afin qu'ils rendent des avis de profanes éclairés.

### Une participation modélisable

Les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à faire participer les usagers à la prise en compte de leurs besoins de santé. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, lors de la construction du Sros II et d'un réseau de soins centré sur la population dans la région de Franche-Comté, en constitue un exemple. Ce développement traduit aussi une volonté politique d'associer les usagers aux nouveaux outils de planification sanitaire comme le Sros II et le réseau. La participation des usagers à la prise en compte d'une priorité de santé publique comme l'insuffisance rénale chronique en région de Franche-Comté a démontré toute sa

pertinence. Cette réussite fait souhaiter que le processus de démocratisation sanitaire engagé continue, dans l'attente du prochain schéma dans lequel les usagers pourraient devenir le pivot [7]. Cela peut participer à la promotion de la santé et favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population [10] avec une participation plus grande des usagers aux décisions et au fonctionnement global du système de santé, mouvement de fond citoyen auquel les crises sanitaires récentes ont servi de catalyseur. ■

### Remerciements

Nous remercions Jean-Marc Chalopin, Alain Jourdain et Elisabeth Monnet également signataires de cet article.

Nous remercions Martial Mettendorff, Marie-Claire L'Helgoualc'h qui ont soutenu ce travail.

L'enquête sur les « artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : le point de vue des acteurs » a bénéficié du soutien financier et logistique de la direction des Hôpitaux (DH) devenue direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS).

Nous remercions Bruno Cotard, Isabelle de Turenne et Régine Mafféis qui ont participé à l'enquête.

# alcoologie et addictologie

2004 ; 26 [1] : 1-80

## Éditorial

- L'alcool ou le paradigme de la prévention, *Jean-Louis San Marco*

## Mémoires

- Buprénorphine haut dosage. Évaluation d'une intervention éducative sur le temps de prise sublinguale, *Emmanuel Brunelle, Stéphane Robinet*
- Alcool, exclusion sociale et

troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans domicile fixe, *Serge Combaluzier*

- L'alcoolisation des femmes en France. Typologie des contextes d'usage, *François Beck, Cécile Brossard*
- Abus et dépendance à l'alcool. Comparaison des patients hospitalisés en psychiatrie et dans d'autres services, *Isabelle Sabbah-Lim, Jean Adès, Michel Lejoyeux*

## Pratique clinique

- Sur des femmes et l'alcool, *Stéphane Déroche*

## Varia

- Une situation d'alcoolisation en milieu indien, *Brigitte Tison*

## Congrès

- 18<sup>e</sup> journée de tabacologie, octobre 2003, *Le Kremlin-Bicêtre*

## Libres propos de...

- Vincent Dodin, *Addiction et évolution des fonctions parentales*

## Vie de la SFA

- Nouveaux membres

- 25<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de la SFA. *Alcool, tabac, cannabis, 7 et 8 novembre 2003, La Réunion*

- Groupes
- Prochaine réunion
- Adhésion

## Informations

- Annonces
- Thèses et mémoires.
- Recherche
- Actualités
- Livres
- Agenda