



Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002

Pierre-Henri Bréchat

Médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé, SD1A ; chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP)

Philippe Roger

Administrateur civil, direction générale de la Santé, SD1A

Les conférences régionales de santé ont été, de 1995 à 2002, l'un des creusets où se sont forgés dans les régions les priorités et les programmes de santé, ainsi qu'une démarche et une culture de santé publique.

Cet article analyse les synthèses de tous les actes des conférences régionales de santé (CRS), de leur début en 1995 jusqu'à 2002, afin d'en tirer des enseignements. Ce travail a été enrichi par des comptes rendus d'entretiens téléphoniques réalisés auprès de chacun des référents des conférences régionales de santé, professionnels des directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), afin d'être au plus près des réalités de terrain.

Des origines combinées des conférences régionales de santé

À la suite du rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP) sur la santé en France, de novembre 1994, un développement des politiques régionales de santé a eu lieu en 1994 et 1995 par la conception¹ des CRS [3, 4, 5, 6, 7, 9, 14] et des programmes régionaux de santé (PRS) [2, 3, 13].

Les PRS ont été expérimentés dans trois régions pilotes, sur des thèmes prioritaires du HCSP². Mais il s'est vite avéré difficile de concevoir un PRS dont le thème n'aurait pas été validé par une institution régionale. À cette fin, les CRS ont été expérimentées sous la forme de « conférences régionales sur l'état de santé de la population et les priorités de santé publique³ ».

1. Bureau SP1, prédécesseur de SD1, de la DGS
2. Avec une méthode préparatoire de programmation stratégique des actions de santé [PSAS] qui a donné ensuite les PRS [8, 13].
3. Avec une méthode préparatoire proposée : Delphi et des journées du HCSP [12].

Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de soins ont légitimé ce dispositif et permettent aux CRS de conduire un débat public sur la santé au niveau régional [3]. Leur objet était d'analyser l'évolution des besoins de santé, d'établir des priorités de santé et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet y choisit les priorités qui feront l'objet d'un PRS, ainsi que leur échelonnement dans le temps aidé par le comité régional des politiques de santé (CRPS). Ce dernier est composé par les représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), agence régionale de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), services de l'Éducation nationale et collectivités territoriales régionales et départementales. Le préfet coordonne l'élaboration et la mise en œuvre des PRS. De 1996 à 2002, les CRS et les PRS ont donc été mis en œuvre par les Drass et Ddass.

Des principaux résultats d'un état des lieux des conférences de santé des régions et des départements-régions d'outre-mer (Dom) entre 1995 et 2002

Près de 90 sujets ont été traités par des conférences de santé (voir le tableau)⁵

Les autorités déconcentrées sont autonomes dans le choix des sujets. En général,

ces derniers découlent d'un croisement entre les différents travaux régionaux⁶, nationaux⁷, rapports de la Conférence nationale de santé (CNS), lois de financement de la Sécurité sociale, des conventions d'objectifs de la Caisse nationale d'assurance maladie, données de l'Union européenne, etc.

Ces travaux préparent, d'une année sur l'autre, l'élaboration des priorités des conférences régionales de santé puis le choix des PRS.

Parmi les 90 sujets traités, une soixantaine de priorités régionales ont été retenues

Dans la plupart des régions, les besoins identifiés sont déclinables en priorités [3]. La plupart du temps, ces priorités ne sont pas hiérarchisées [3]. Elles sont définies « à chaud » à la fin de la journée de la conférence de santé qui a lieu une fois par an, par un jury qui ne pourra pas réagir le reste de l'année ni les évaluer.

Ces priorités sont regroupées en quatre ensembles.

Domaines prioritaires de santé et déterminants de la santé

Le résultat comptable de ces priorités fait apparaître que :

- l'alcool est la priorité la plus souvent citée sur 26 régions dont 4 départements-régions d'outre-mer (17 régions),
- puis viennent la précarité, la santé des enfants et des adolescents, la vieillesse et la dépendance (16 régions pour chacune de ces priorités),
- le suicide (15 régions),
- le cancer (14 régions),
- les accidents de la route (13 régions),
- le handicap (12 régions),
- les pathologies cardiovasculaires, la santé-environnement (9 régions),

5. Méthodologie : les sujets traités, les priorités définies et les actions engagées sous forme de programmes sont issus de l'analyse des actes des CRS (consultables sur www.ensp.fr/prs-crs-praps/default.htm). Le tableau ci-joint peut être aussi un outil permettant à chacun de réaliser une lecture verticale de ce qui se fait (thèmes, priorités et actions) ou de ce qui ne se fait pas.

La totalité des sujets traités des priorités de santé publique définies et des programmes mis en œuvre dans les régions et les départements d'outre-mer sera consultable sur le site du HCSP www.hcsp.ensp.fr.

6. Données épidémiologiques fournies par les observatoires régionaux de la santé (ORS), données des ARH, des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (Urmel) et des Urcam, etc.

7. Tels que le rapport de 1994 du HCSP, programmes nationaux (cancer en 2000, sida en 2001, etc.)

● la toxicomanie, le tabac, les conduites addictives, le sida et l'accès aux soins (entre 8 et 6 régions),

- les comportements (5 régions),
- la périnatalité, la santé mentale et les usagers (4 régions),
- l'hépatite C et le diabète (2 régions).

D'autres priorités sont citées par une seule région comme l'alimentation, les cirrhoses, le col du fémur, la douleur, la drépanocytose, l'hygiène bucco-dentaire, l'obésité, l'insuffisance rénale, les maladies génétiques, la consommation de médicaments, la sexualité, la santé au travail.

Ces priorités peuvent concerner les concepts de la santé publique

La prévention/promotion de la santé est retenue par 4 des 26 régions. Puis viennent informer-former-coordonner (2 régions) ; éducation pour la santé, et la santé communautaire (1 région).

Les jurys, dans leurs recommandations, font part de leur définition large de la santé et encouragent une approche globale des problèmes de santé intégrant l'environnement (écologique, psychologique et social) [9].

Si les jurys ont largement souligné l'importance de la prévention et de la promotion pour la santé, ils dénoncent majoritairement le manque de moyens et l'absence de politique de prévention [9].

Ces priorités peuvent concerner l'organisation du système de santé

Le résultat comptable de ces priorités fait apparaître que :

- l'information médicale et le système d'information sont retenus par 4 des 26 régions,
- puis viennent la démographie des professionnels de santé (3 régions),
- les réseaux (2 régions),
- d'autres priorités sont citées par une seule région comme l'ambulatoire, la couverture maladie universelle (CMU), une faculté dentaire, l'innovation, l'orientation, les soins hospitaliers, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) et les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération (Sros II).

Les lacunes du système d'information de santé sont un thème récurrent parmi les recommandations des jurys de l'ensemble des conférences régionales de santé. Ce thème est devenu une priorité pour 4 régions, au même titre qu'une pathologie [9].

La définition des acteurs du système de santé et leur nécessaire coordination

sont également un thème récurrent des recommandations des jurys de l'ensemble des régions. Les acteurs identifiés sont les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes, les décideurs et les usagers du système de santé, sans oublier l'Éducation nationale, l'Aménagement du territoire et les élus locaux [9]. La mobilisation de ces acteurs, même si elle a augmenté, est globalement décrite comme difficile à mettre en œuvre et irrégulière.

Ces priorités peuvent concerner les CRS elles-mêmes

L'évaluation des conférences régionales de santé a été classée prioritaire dans une région.

Chaque région a en moyenne 10 priorités. Au vu de ces priorités, un tri pourrait être réalisé entre les priorités liées à des pathologies et des déterminants et les autres.

Si les priorités régionales et nationales sont les mêmes, la hiérarchie n'est globalement pas retrouvée. Aucune règle n'a imposé de déterminer les priorités de santé en fonction de la prévalence des pathologies. Il est intéressant de constater que peu de régions s'y sont référées mais que l'objectif suivi par les régions semble plutôt avoir été de retenir les thèmes pour lesquels on pressent qu'une meilleure coordination des acteurs locaux et une plus grande place accordée à la prévention auront une influence significative.

Une vingtaine de priorités mises en œuvre sous forme de PRS

Une fois que le jury de la conférence de santé a fait connaître ses conclusions au préfet de région, celui-ci détermine les sujets, et leur nombre, sur lesquels il estime opportun que soit lancé un PRS [10].

Une montée en puissance progressive et constante du nombre de PRS est constatée : de moins d'une dizaine en 1995, ce nombre est proche de 80 en 2002, correspondant globalement à 20 priorités [voir le tableau].

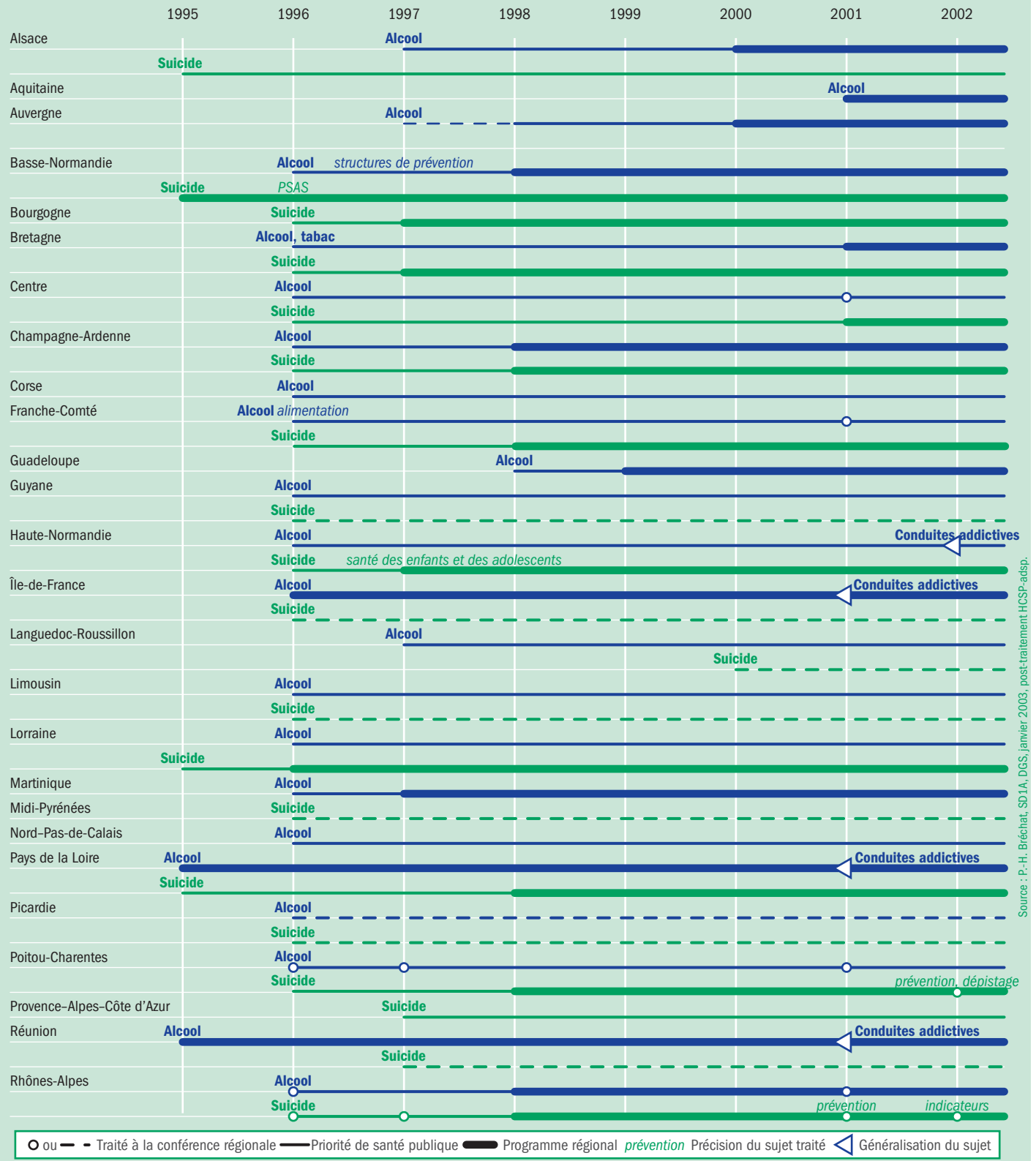
Chaque région a mis en œuvre en moyenne 3 PRS à mettre en regard d'une moyenne de 10 priorités par région. Globalement, une priorité sur trois s'est donc traduite par un PRS.

La méthode de comptage des PRS mis en œuvre par les régions fait apparaître le classement suivant :

- le programme régional d'accès à la

tableau 1

Évolution, pour l'alcool et le suicide, du traitement des sujets, des priorités de santé publique et des programmes mis en œuvre par les régions et les départements d'outre-mer lors des conférences régionales de santé de 1995 à 2002⁵



Source : P.-H. Bréchat, SD1A, DGS, janvier 2003, post-traitement HCSP-adsdp.



prévention et aux soins (Praps)⁸ est le plus mis en œuvre (toutes les régions),

- l'alcool (13 régions),
- le cancer et le suicide (9 régions pour chacun de ces PRS),
- le sida (8 régions),
- la santé des enfants et des adolescents (7 régions),
- la périnatalité (5 régions),
- le diabète (4 régions),
- puis viennent les pathologies cardiovasculaires, la précarité, la vieillesse et la dépendance (3 régions),
- les accidents de la route, l'hépatite C et la santé-environnement (2 régions),
- l'alimentation, l'asthme, le handicap, le saturnisme et la toxicomanie (1 région).

La hiérarchie entre priorité régionale (et *a fortiori* nationale) et PRS n'est non seulement globalement pas retrouvée mais presque la moitié des PRS engagés ne correspondent pas aux priorités définies (comme le sida). Aucune règle n'a imposé de critères de priorisation des priorités ni des PRS. Pour les priorités régionales, il est intéressant de constater que peu de régions se sont référées au critère de prévalence des pathologies. De même, l'objectif suivi par les régions semble plutôt avoir été de retenir les PRS pour lesquels elles pressentent qu'une meilleure coordination des acteurs locaux et une plus grande place accordée à la prévention auront une influence significative.

Des réserves sont à formuler sur l'exploitation de ces résultats bruts : si seulement un tiers des priorités de chaque région a été mis en œuvre sous forme de PRS, cela ne veut pas dire que ces priorités ont été forcément abandonnées. En effet, selon les régions, elles ont pu être prises en compte par l'ARH (Sros II, réseaux), l'Urcam et l'Urmel. D'autres priorités ont aussi été mises en œuvre en dehors des PRS comme la vaccination, la gérontologie, etc.

Les PRS, en particulier le Praps, ont bénéficié d'un pilotage suivi par l'administration centrale, ce pilotage justifiant pour une bonne part, l'adoption de ce programme par un grand nombre de régions.

Le processus d'élaboration peut être décrit en trois étapes

Ce processus a été laissé à la diligence

8. Le Praps peut en effet être considéré comme un PRS obligatoire dans chaque région.

de chaque région (il n'y a pas eu de cahier des charges national). Malgré l'hétérogénéité des actes, notamment sur le suivi, les méthodes et l'évaluation, trois étapes peuvent être décrites :

- Les conférences régionales de santé de 1995-1996 [9, 12] se sont attachées à déterminer les priorités régionales en fonction de plusieurs critères tels la gravité, la fréquence, la perception sociale, l'impact socio-économique et la faisabilité. En ce sens, ces premières conférences de santé ont été très appréciées [16].

- Les conférences régionales de santé de 1997 et de 1998 ont davantage rendu compte du suivi et de l'appropriation des priorités et de leur concrétisation en PRS.

- Les conférences régionales de santé de 1999, 2000, 2001 et 2002 ont généralement rendu compte de l'évolution des priorités régionales de santé et des PRS engagés.

Les services déconcentrés ont su faire des CRS des instances de définition des priorités et de mise en œuvre des PRS et de leur suivi, témoignant de leur capacité d'initiative et d'adaptation [10].

Réussites et limites d'une première étape de la régionalisation des politiques de santé

Les onze bénéfiques observés des conférences régionales de santé

Les bénéfiques de la création des CRS apparaissent importants si l'on en juge par le point de vue exprimé par une majorité des correspondants régionaux :

Dans les faits, en 1995, les conférences de santé ont permis [5] :

1. de mieux faire connaître les grandes lignes du rapport sur la santé en France du HCSP et des travaux de la Conférence nationale de santé,
2. de sensibiliser à la démarche de santé publique,
3. de positionner la région et les départements par rapport aux objectifs de santé proposés au niveau national,
4. et surtout d'identifier les problèmes de santé qui nécessitent dans la région une mobilisation spécifique,
5. de permettre aux différents acteurs de s'approprier ces priorités.

De 1995 à 2002, le dispositif des CRS a permis d'ouvrir le débat sur des problèmes

de santé régionaux habituellement traités au niveau national.

6. Les CRS⁹ ont permis la construction d'une politique de santé publique régionale. Cette construction s'est généralement réalisée par un processus complexe [10, 16] et s'inscrivant dans la durée, d'appropriation à un rythme soutenu :

- de méthodes (Delphi, priorisation, PSAS — PRS — en 1995, CRS en 1996, Praps et Sros II en 1998, états généraux en 1999 et consultations régionales en 2002),

- de concepts (éducation, promotion de la santé en 1997 ; inégalités de santé en 1998),

- de travaux (HCSP, CNS, etc.),

- et de thèmes (sous forme de programmes : cancer en 2000, sida en 2001, etc.).

7. Les conférences régionales de santé ont participé de façon déterminante à la promotion de la prise en charge globale des priorités de santé, en complémentarité des Sros II, favorisant un continuum prévention-soins-réadaptation.

8. Les conférences régionales de santé ont fait émerger des problématiques en phase avec les enjeux actuels du système de santé : approche globale de la santé, intérêt de la prévention et de la promotion pour la santé, rôle des usagers et lacunes du système d'information. Elles ont favorisé la construction des fondements d'une culture et d'actions multipartenariales de santé publique, comme la mise en œuvre et le suivi des PRS.

9. La diversité et la richesse des réflexions conduisent souvent les régions à des constats semblables, auxquels elles apportent des réponses différentes. La réduction des inégalités de santé justifie que des priorités et des investissements puissent varier d'une région à une autre. Cela est aussi la preuve de la capacité d'initiative et de créativité des régions mais aussi d'un manque de concertation interrégionale. Certaines régions innovent en orientant leur politique de santé vers une priorité majeure (Aquitaine avec le cancer en 2000) et vers la territorialisation de leurs PRS sous la forme de programmes territoriaux de santé (PTS) avec leur comité de coordination départemental (Nord-Pas-de-Calais depuis 2001).

9. Avec les états généraux de la santé de 1999 et sans doute les consultations régionales de 2002.

10. On observe que les CRS et leurs jurys ont exercé une permanence dans le suivi des priorités et des actions qu'elles ont décidées. Les retours d'information sur les thèmes traités, les priorités choisies et les actions entreprises leur ont permis de pointer les manques et d'obtenir qu'ils soient comblés, de conférence en conférence. Une rapide maturation de l'ensemble de cette construction, a permis l'élaboration d'une culture de santé publique régionale [16] ainsi que l'intégration progressive d'organisations locales dans un dispositif régional, voire national (avec le Sros II [1]).

11. La conférence régionale de santé est considérée comme un lieu de débat entre les membres du jury, les professionnels de santé et les usagers. Le nombre des personnes qui participent aux réunions va toujours croissant. L'utilité des CRS est de plus en plus reconnue par les acteurs et financeurs de la santé [10].

L'ensemble de ces constats et des bénéfices observés, malgré certaines limites, permet de conclure à la réussite de cette étape de régionalisation des politiques de santé (certains parlent du « génie » des CRS) et de faire des propositions visant à améliorer ce dispositif.

Les 6 limites observées

Les limites suivantes peuvent être dégagées :

1. La hiérarchie entre priorités régionales des CRS et PRS n'est non seulement globalement pas retrouvée, mais presque la moitié des PRS engagés ne correspondent pas aux priorités régionales définies. Il y a globalement peu de PRS engagés en regard des priorités régionales définies.

2. Les conférences régionales de santé auraient eu avantage à intervenir dans l'intersectoriel si elles en avaient eu la compétence. Cela aurait permis d'inclure dans l'approche sanitaire une approche sociale et économique augmentant l'impact potentiel sur la santé.

3. Les liens entre Conférence nationale de santé et CRS est un thème récurrent parmi les recommandations des jurys de l'ensemble des CRS [9]. Ces liens n'ont pu être organisés. Ils apparaissent donc perfectibles.

4. Une véritable évaluation de l'efficacité des actions entreprises n'a pu être observé sur la période, probablement faute d'outils et malgré les demandes des jurys des conférences régionales de santé. L'éva-

luation peut ainsi constituer un axe de progrès pour l'avenir.

5. Les jurys recommandent l'élargissement du temps de parole accordé au débat public [9]. Plus que la communication autour de la tenue d'une CRS, les jurys souhaitent une médiatisation des actions de santé menées. Cela favoriserait l'appropriation des priorités de la CRS et des PRS tant par les professionnels des champs sanitaires et sociaux que par les usagers du système de santé. Cela favoriserait aussi le passage entre acquisition par les usagers d'une culture de santé publique et actions de prévention. Ce souhait des

jurys, pourrait toutefois présenter des inconvénients, en particulier liés à une médiatisation excessive.

6. Des moyens humains, organisationnels (chefs de projets, priorités régionales articulées avec celles de l'ARH [Sros, réseaux], de l'Urmel et de l'Urcam) et financiers sont demandés (lors de l'enquête téléphonique citée et pendant des participations aux CRS). La question peut donc se poser du renforcement des moyens attribués aux CRS (et aux PRS).

Vers des propositions

La divergence des priorités et des actions

références

1. Bréchat P.-H., Raimondeau J. « Les apprentissages réalisés par les « artisans de la planification sanitaire » pendant la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire ». *Revue de la SFSP* : à paraître.
2. Bury J. A., Knill-Jones R., Rougement A., Vicente R., Garry O., Gliber M. « Évaluation intermédiaire des programmes régionaux de santé-PRS 1995-1999 ». *ASPHER*, novembre 1999.
3. Claveranne J.-P., Vinot D. *Évaluation des conférences régionales de santé. Rapport final*. Graphos-UMR CNRS 5823, 2000.
4. Demeulemeester R. « Vers une programmation régionale de santé publique ». *Adsp* 1995 ; 11 : XXVI-XXIX.
5. Demeulemeester R. « Les conférences régionales : une déclinaison régionale de la politique de santé ». *Adsp* 1995 ; 13 : 2-4.
6. Duriez M., Lequet-Slama D. « Régionalisation et systèmes de santé en Europe ». *Adsp* 1999 ; 29 : 29-30.
7. Kanavi S. « Propositions des conférences régionales de santé : réduire les inégalités géographiques de santé ». *Adsp* 1998, 24 : 57-58.
8. Lacombe K. « Les projets régionaux de santé. De la théorie à la pratique ». *Adsp* 1995 ; 13 : 19-21.
9. Michaud C. *Analyse des rapports des conférences régionales de santé : 1995/1998*. Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 1999.
10. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Inspection générale des affaires sociales. *Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'État et territoires*. Paris : la Documentation française, 2002.
11. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. direction générale de la Santé. Sous-direction de la santé des populations. Bureau SP1 : promotion et perspectives en santé. *Conférences de santé, programmes régionaux de santé : premiers bilans. Séminaires des 8 et 9 octobre 1999*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2000.
12. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Direction générale de la Santé. *Les conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Évaluation*. Paris : ministère du Travail et des Affaires sociales, mai 1996-novembre 1996.
13. Nicolas Ch. « Les programmes régionaux de santé ». *Adsp* 2000 ; 30 : 78-81.
14. Tirard-Fleury V. *Les conférences régionales de santé. Analyse critique et étude prospective. Exemple de la région Île-de-France*. Rennes : École nationale de santé publique, Mémoire de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique pour l'obtention du diplôme de santé publique, 1998.
15. Verpillat P. *Les conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Synthèse*. Paris : ministère du Travail et des Affaires sociales, mai 1996-novembre 1996.
16. Verpillat P., Demeulemeester R. « Évaluation des Conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique ». *Santé publique* 1997, 1 : 91-103.

prises en œuvre dans la plupart des régions peut montrer l'intérêt d'assurer au niveau national un suivi des dispositifs et de fixer des orientations afin de limiter le risque d'inégalité que porte l'adaptation des politiques aux territoires [10].

Pour répondre aux besoins identifiés par cette synthèse, cette instance, de niveau national, pourrait avoir pour mission de participer à :

- la définition des méthodes qui peuvent être proposées pour dégager des priorités de santé, déterminer les actions à mettre en œuvre et pour évaluer [3, 9, 11, 12, 14, 15, 16],
- la définition d'une articulation entre priorités de santé nationales et priorités régionales. L'articulation avec des priorités transverses (activités physiques et sportives, conduites alimentaires, etc.) peut y être prise en compte,
- la coordination des instances qui définissent des priorités régionales (CRS, Drass, ARH, Urcam, Urmel, Assurance maladie) et les mettent en œuvre (PRS, SREPS, Sros II, Assurance maladie et autres),
- la recherche de procédures d'évaluation continue (notamment en terme d'amélioration de l'état de santé de la

population) en cohérence avec les dispositifs d'évaluation du niveau national [10]. L'initiation de recherches multidisciplinaires permettant de progresser dans la voie de l'identification des effets réels des CRS et des PRS pourrait être mise en œuvre,

- la recherche de nouvelles manières de travailler, notamment avec les usagers,
- la recherche et la satisfaction des besoins de formations (initiales¹⁰ et continues¹¹) dans ce domaine.

Conclusion

À un rythme soutenu, la régionalisation des politiques de santé s'est enracinée grâce, en particulier, aux conférences régionales de santé qui ont favorisé la définition de priorités de santé régionales, le suivi des actions mises en œuvre (dont les PRS), l'élaboration d'une démarche et d'une culture de santé publique. La préparation de la loi de santé publique et de la loi orga-

10. Comme le « Pôles 2 : régulation, aide à la décision, planification » de l'École nationale de la santé publique (ENSP) pour les médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS).

11. Comme la formation « management des politiques régionales de santé » de l'ENSP.

nique relative aux lois de finances devraient pouvoir bénéficier de ces acquis.

Il reste également à favoriser les synergies et les échanges interrégionaux dans le domaine de la définition des priorités et de la mise en œuvre des PRS, ainsi que la pensée partagée des territoires. Cet article ainsi que le tableau joint s'efforcent d'y contribuer. ■

Remerciements

Nous remercions particulièrement Pierre Aballéa, René Demeulemeester, Alain Jourdain, Héléne Khodoss et Christian Nicolas, qui ont soutenu et participé à ce travail.

Nous remercions Thierry Alain, Jacques Audry, Catherine Bernard, Colette Bertin, Françoise Besse, Mireille Besset, Jacques Brice, Marie-Laure Buestel, Benoît Cottrelle, Claudine Coulaud, Florence Crognier, Jean-Pierre Danin, François-Paul Debionne, Marc De Stadieu, Dany Dewame, Chantal Dumont, Annie Favoreau, Raymond Félix-Théodose, Elisabeth Gagnard, Dominique Hattermann, Dominique Huguet, Pascal Leclerc, Christian Magnin-Feysoy, Yvan Margue, Danielle Marquis, Dominique Martin, Andrée Meallet, Annie Mosser-Vidal, François Piednoir, Nadine Piroud, Françoise Schaetzel, Jean-François Valet, Elisabeth Vérité et Dominique Vervin, qui ont participé à ce travail.

Santé publique

Santé publique. Sommaire 2003/1

Éditorial

- La loi du 4 mars 2002 : aux oubliettes ?
F. Alla

Hommage à Stanislas Tomkiewicz

- Cher monsieur Stanislas Tomkiewicz,
A. Ducros
- Tom, *M. Manciaux*

Études

- Profil médical des enfants orientés par la commission départementale de l'éducation spéciale du Var vers des structures médico-sociales, *C. Bourdais-Mannone, I. Audrin, M. Creisson*
- Années de vie perdues et transition

épidémiologique dans le gouvernement de Sfax (Tunisie), *M. Hsairi, H. Fekih, R. Fakhfakh, M. Kassis, N. Achour, J. Dammak*

- Désaffiliation familiale et désaffiliation scolaire : effets sur la santé des adolescents, *R. Demerval, N. Cartierre, N. Coulon*
- Caractéristiques médicales des patients en unités de soins de longue durée et prédictions de la lourdeur de prise en charge, *J. Holstein, Y. Boudali, G. Sebbane, S. Debray-Meignan*
- Intérêt économique de l'échographie gynécologique et obstétricale en stratégie avancée dans la région de Ziguinchor (Sénégal), *P. N'Diaye, A. Tal Dia, C. Fall, A. Diédhiou, F. Badji Aris*

Pratiques

- Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs. Réflexions pour la prévention, *C. Michaud, I. Saraiva, Y. Henry, M. Dodane*
- Pourquoi un diplôme de gestion de

projets de santé en Côte d'Ivoire ?
N.-M. Koffi, A. J. Diarra Nama, O. Angbo Effi, B. Chanfreau, J. Saracino-Tagliante, M. Le Bras

Lettre du terrain

- Élaboration d'indicateurs de qualité des soins dans un centre hospitalier psychiatrique, *I. Gory, P. Michel, C. Phely-Peyronnaud*
- La qualité des soins en hôpital psychiatrique, *G. Borgès da Silva*
- Enquêter ou agir : gestion d'une pollution de proximité par des locomotives Diesel à Paris, *M. A. Guillemain, W. Dab*

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00