



# Territoire et santé : du diagnostic à la pratique, 10 recommandations pour agir

## **D<sup>r</sup> François Baudier**

Directeur de l'Union régionale  
des caisses d'assurance maladie  
(Urcam) de Franche-Comté,

## **Didier Carel**

Chef de projet « Santé milieu rural »,  
Urcam de Franche-Comté,

## **D<sup>r</sup> Jean-Jacques Laplante**

Médecin du travail et de prévention,  
Fédération de Franche-Comté des  
mutualités sociales agricoles,

## **P<sup>r</sup> Renaud Piarroux**

Unité de recherche « Santé et  
Environnement rural, université de  
Franche-Comté », EA 2276

**Les problèmes  
sanitaires des zones  
rurales sont à la  
fois spécifiques et  
variés. Fin 2002,  
un séminaire leur  
était consacré :  
analyses et  
recommandations.**

**L**e milieu rural est pluriel. Dans certaines zones périurbaines, une forte relation socio-démographique et économique avec les villes de proximité est constatée, comme si dans ces secteurs périurbains « les villes faisaient les campagnes ». D'autres territoires sont quant à eux très défavorisés en raison d'un fort vieillissement de la population. Par exemple, dans le rural isolé du Limousin, 40 % des habitants ont plus de 60 ans. Cette situation entraîne un isolement géographique et familial, et justifie que l'offre de service soit adaptée [1] [2].

### **Faire des propositions à partir des caractéristiques propres au milieu rural**

Si l'état de santé dans ces territoires est exposé parfois à des risques spécifiques, tout particulièrement pour certaines maladies professionnelles liées à l'activité agricole, il est le plus souvent constaté un déficit généralisé de prévention et de prise en charge précoce : certaines maladies sont dépistées ou soignées plus tard qu'ailleurs. Cette situation est vécue de façon aiguë dans les secteurs très ruraux et isolés en raison de phénomènes liés à l'évolution actuelle de la démographie médicale (« zones blanches ») [3].

De façon générale, il est constaté une faible attractivité de ce milieu pour les médecins et les soignants. Il est de plus en plus souvent observé un phénomène de « départs en cascade ». Par exemple au moment de la cessation d'activité d'un généraliste, d'autres suivent, craignant une

surcharge d'activité, et entraînant avec eux la fuite des paramédicaux vers des zones dont l'aménagement du territoire est plus favorable. Il existe donc des menaces réelles et immédiates sur la santé en milieu rural. Pour certains, « l'irréparable est en train de se produire ».

Il est donc essentiel d'assurer, en milieu rural, l'accès pour tous à des soins de qualité, en y intégrant le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Pour cela, il est important de tenir compte :

- des spécificités sanitaires rurales : distances, isolement, sur-représentativité des personnes âgées, nombre important de personnes inscrites en « affections de longue durée » (ALD), clivage social et sanitaire plus flou, approche particulière des liaisons généralistes/hôpital, spécificités culturelles...

- de l'aval (la prévention) et de l'amont (la prise en charge médico-sociale, en particulier des personnes âgées),

- des contraintes financières (maîtrise des dépenses).

Pour traiter de l'ensemble de ces points, un séminaire national, organisé fin 2002 à Besançon, a réuni des acteurs de proximité (médecins, infirmiers, agriculteurs...), des décideurs (assurance maladie, État, collectivités locales...) et des chercheurs (facultés de médecine, sciences sociales...), tous engagés, à leur niveau, dans des actions innovantes auprès des populations vivant en zones rurales.

Au cours de cette rencontre, dix recom-

mandations ont été proposées. Elles s'articulent autour de trois axes de développement :

- Quels outils pour mieux comprendre et analyser la situation ?
- Quels partenaires pour quels niveaux d'intervention ?
- Quelles méthodes et quelles nouvelles pratiques promouvoir ?

### **Préciser le point de départ de la réflexion**

À partir de 1998, la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA) a soutenu le programme « Santé en milieu rural ». Il a été développé par trois unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) (Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Aquitaine), l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole de Franche-Comté et le Credes [4].

Dans sa première phase, ce travail a débouché sur un certain nombre de résultats, allant de l'observation des disparités locales de recours aux soins à l'identification des territoires les plus défavorisés en termes de santé ou d'offre de soins. Le rural « touristique » du Languedoc-Roussillon n'est pas le rural « industriel » de la Franche-Comté, ni le rural « isolé » du Languedoc-Roussillon, ni même le rural « traditionnel » aquitain. Mais tous les milieux ruraux ont en commun un faible recours aux soins de spécialistes, compensé en partie par un recours à l'omnipraticien plus important. L'autre caractéristique commune de ces divers milieux ruraux est une accessibilité géographique aux professionnels de santé plus difficile que la moyenne, en distance comme en temps d'accès.

Dans ce contexte, les partenaires du projet « Santé et milieu rural » ont testé la simulation d'un scénario que l'on peut qualifier de « pessimiste ». En effet, la démarche consiste à faire l'hypothèse que les médecins âgés de plus de 50 ans, exerçant seuls dans leur commune ne seraient pas remplacés. Dans cette perspective, la proportion de population située à plus de 10 km d'un médecin augmenterait de 0,6 à 1,2 % en Aquitaine et de 1,7 à 2,4 % en Franche-Comté et Languedoc-Roussillon. En comparaison avec les données d'accessibilité disponibles pour les années antérieures, la situation serait comparable à celle de 1982. Cela permet de relativiser partiellement le risque de

désertification, qui ne conduit pas à « une catastrophe immédiate » mais doublerait cependant le nombre de personnes situées à plus de 10 km d'un généraliste. Pour les sujets âgés ou ayant des difficultés de déplacement, cela peut représenter des difficultés supplémentaires d'accès.

Les outils utilisés dans le cadre de cet état des lieux ont la particularité d'être transposables et peuvent donc aider à la décision dans des domaines comme la démographie médicale ou la permanence des soins. En effet, les méthodes développées permettent la constitution de bases cantonales d'indicateurs de consommation et d'offre de soins, mais aussi de santé (mortalité et morbidité) en tenant compte des facteurs socio-économiques (le rapport complet de ce travail est consultable sur le site Internet de l'Urcam de Franche-Comté : [www.urcam.org](http://www.urcam.org)).

### **Proposer 10 recommandations visant au changement**

#### **1<sup>re</sup> recommandation**

Favoriser le transfert des méthodes et des outils mis au point à l'occasion du projet « Santé en milieu rural » dans les régions qui n'ont pas été associées à cette démarche.

Cette orientation doit permettre d'aller au-delà du simple descriptif, d'aider à comprendre des situations et de transférer cette compréhension. Trois orientations ont été ou devront être retenues :

- le rapport déjà produit et diffusé est un premier pas ;
- l'identification, par les demandeurs « potentiels », des groupes qui ont travaillé sur ce projet devra permettre de faciliter les échanges de méthodes pour ceux qui le souhaitent ;
- une formation basée sur des « études de cas » permettrait de mieux expliquer ce qu'il est possible de faire. Cette démarche peut s'appliquer à des problèmes concrets et d'actualité comme l'aide à l'installation ou la permanence des soins.

Dans cette optique, les Urcam sont, dès à présent, des lieux ressources disponibles et opérationnels sur tout le territoire français, pour mettre en œuvre, à partir de ces outils ou d'autres produits qu'elles ont eu l'occasion de développer, des investigations et des actions au service des acteurs du système de santé.

#### **2<sup>e</sup> recommandation**

Compléter les outils de diagnostic dans le champ de la prévention en développant des approches sociologiques et/ou qualitatives qui explorent, avec tous les personnes concernées, les dimensions culturelles spécifiques à chaque territoire (pour mieux lever les freins et identifier les éléments facilitant l'action).

Sur ce terrain de la prévention, les méthodologies peuvent être de nature assez différente mais elles reposent toutes sur une démarche partenariale. Cette prise en compte des particularismes conduit donc à mettre en œuvre, dès l'étape du diagnostic, une approche de type « santé communautaire ». Dans cette perspective :

- il est important de travailler sur des techniques de santé publique qui mettent plus en avant les variances (écarts à la moyenne, particularismes) que les moyennes,
- il est essentiel d'adapter les programmes régionaux de santé car ceux-ci produisent parfois un excès de centralisation en ne respectant pas toujours les spécificités locales,
- il est nécessaire de viser l'efficacité, mais sur le long terme.

Cette démarche a été particulièrement promue en Franche-Comté, où à partir d'une analyse géographique des bilans de santé effectuée par la MSA, une restitution, canton par canton, a pu être effectuée à la fois auprès des professionnels médicaux et de la population. Cette approche permet d'identifier des particularismes locaux et de mettre l'accent sur des démarches préventives dont le renforcement est essentiel pour promouvoir la santé des plus isolés.

#### **3<sup>e</sup> recommandation**

Favoriser une meilleure articulation entre l'ambulatoire et l'hôpital en développant des bases de données enrichies, compatibles entre le secteur hospitalier et ambulatoire, mais aussi en s'appuyant sur des structures sanitaires aux missions élargies (hôpitaux locaux) ou aux développements accrus (maisons médicales pluridisciplinaires).

Dans ce contexte, les actions prioritaires à mettre en œuvre peuvent être de plusieurs ordres :

- La présence effective, dans les groupes de travail SNIIRAM (Système national d'informations inter-régimes de

l'assurance maladie), de personnes sensibilisées à l'articulation des données « hôpital-ambulatoire » et à la dimension santé en milieu rural. La réflexion sur ces questions pourrait se situer au niveau des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Urcam.

- Il est recommandé de travailler en panels. Cette approche permettrait d'avoir des fichiers moins lourds, tout en ayant des bases de données qui resteraient fiables.

- Compte tenu des textes existants (loi du 4 mars sur le droit des malades), il sera nécessaire, d'une part de trouver très rapidement un équilibre entre information exhaustive et protection de la vie privée, et d'autre part, de déterminer le niveau d'information à proposer aux malades sur la base des données collectées.

La nécessité d'avoir une meilleure articulation entre l'ambulatoire et l'hospitalier ne concerne pas seulement l'utilisation des bases informationnelles sanitaires. Le rôle en milieu rural des hôpitaux locaux est aussi une traduction possible et prometteuse de ce décloisonnement. La récente circulaire ministérielle (28 mai 2003) sur les missions de l'hôpital local répond pour partie à certains vœux qui ont été exprimés au cours du séminaire de Besançon. En effet, il est proposé que ces établissements puissent diversifier leurs services et activités, en particulier pour concourir à la permanence des soins dans des zones souvent déficitaires, développer des consultations avancées de spécialistes, participer aux actions d'information et d'éducation en partant des données collectées localement.

#### 4<sup>e</sup> recommandation

Du fait des spécificités sociologiques et organisationnelles existant en milieu rural, faciliter l'engagement actif de l'usager dans trois domaines prioritaires : sa participation pour la recherche et les études en tant qu'« usager — acteur » ; son implication dans des actions préventives ; et sa contribution aux organes délibérants et consultatifs des institutions publiques (hôpitaux, maisons de retraite...).

Si l'on souhaite aller vers un usager plus « éclairé », responsable et actif au sein d'un système de santé toujours plus complexe, il est nécessaire qu'il collabore plus activement aux décisions. D'où l'importance de la délivrance d'une infor-

mation pertinente de la part notamment des relais. Elle doit passer par des actions pédagogiques auprès de la population (éducation de l'usager) pour faire connaître les dispositifs existants, les acteurs de santé concernés et les élus impliqués. Cette mise en place de règles de « bon usage du système de santé » est une vraie nécessité. Elle permet de promouvoir un dispositif plus actif, plus réactif et au total plus adapté aux besoins spécifiques des populations vivant en milieu rural.

Depuis 1985, des travaux de recherche avec l'université sont réalisés en Franche-Comté sur les maladies parasitaires, la pathologie respiratoire des éleveurs bovins, les risques et les bénéfices liés à la consommation des produits au lait cru, aux spécificités de la prévention et de la prise en charge des maladies en milieu rural et de leur impact sur la qualité de vie... Ces études/actions sont menées en association étroite avec les professionnels de santé exerçant en milieu rural, ainsi qu'avec la participation active des agriculteurs eux-mêmes qui, au lieu d'être uniquement des sujets d'études, deviennent de véritables acteurs de la recherche. Cette participation est donc très valorisante pour les assurés. Elle génère par exemple une hausse de fréquentation des examens préventifs et permet d'apporter des réponses plus concrètes aux questions posées par les bénéficiaires en retour de leur participation. Elle trace une voie originale de collaboration entre différents acteurs de santé qui souvent se connaissent peu. Elle participe donc à une démocratie sanitaire souvent souhaitée, mais rarement mise en œuvre.

#### 5<sup>e</sup> recommandation

Face à la multiplication des échelles d'organisation et d'intervention (commune, communauté de communes, bassin, « pays » ...), garder souplesse et pragmatisme, avec des possibilités d'adaptation au fil du temps, plutôt que de s'enfermer dans la rigidité de structures standardisées selon un modèle unique (prévenir les risques de « mille-feuilles territorial » et de « baronnies »).

Dans un territoire, il est important de distinguer les niveaux décisionnels (la région le plus souvent) et opérationnels (la commune ou le « pays »). Dans cette perspective, il est nécessaire de différencier, d'une part, les objectifs et, d'autre part,

la démarche de santé. Ils peuvent tous les deux s'inscrire :

- soit dans le soin, et alors la notion d'accessibilité est essentielle,
- soit dans la prévention, et le rôle des acteurs locaux est indispensable afin de favoriser une démarche de promotion et d'éducation pour la santé la plus adaptée possible aux besoins locaux.

Il a été souligné la nécessité de trouver un équilibre subtil, mais nécessaire, entre, d'une part, un niveau de programmation qui se situe au niveau régional (et que la future loi de santé publique conforte), et d'autre part, un ancrage de proximité qui permet de répondre aux besoins locaux et, d'associer au maximum la population. Cette double exigence peut être facilitée par l'organisation actuelle de l'assurance maladie qui dispose d'une Urcam au cœur de la programmation régionale et des caisses locales au plus près des assurés.

#### 6<sup>e</sup> recommandation

Faciliter le maillage du territoire mis en place depuis de nombreuses années par la MSA et réactualisé à travers la Charte de l'élu des délégués MSA ; ce processus doit s'accompagner d'une formation minimale et commune à tous les acteurs concernés dans la conduite de projets structurés.

En plus des délégués de la MSA, les acteurs et les structures mobilisables sont de plusieurs types :

- Les professionnels de santé : le généraliste est incontournable, mais le rôle important du pharmacien comme acteur local est souligné.
- Les acteurs ou instances « traditionnels » : le maire, l'instituteur, le curé... ont toujours un rôle significatif à jouer.
- Les acteurs ou instances à mettre en avant : l'hôpital local, les jeunes « retraités », les travailleurs sociaux et les associations qui vivifient le tissu rural.

Les dynamiques de santé communautaires (évoquées plus haut) sont souvent décrites comme prometteuses, mais rarement ou difficilement applicables en santé publique. Il est certain qu'en s'appuyant sur une colonne vertébrale constituée par les délégués de la MSA, le tissu rural bénéficie de potentialités importantes. Elles sont de nature différente et doivent combiner la revitalisation de ressources habituelles (élus locaux, enseignants...) et l'implication de nouveaux acteurs (« néo-ruraux », professionnels de l'aide à domicile...).

### 7<sup>e</sup> recommandation

Pour mieux assurer la permanence des soins et les urgences en zone rurale, s'appuyer sur un état des lieux reposant sur une méthodologie rigoureuse ; c'est un préalable incontournable pour reconstruire une organisation des soins reposant sur une architecture qui intègre une nouvelle sectorisation et une régulation des gardes, ainsi que des structures partagées de pratiques médicales : maisons médicales et/ou cabinets multidisciplinaires et/ou hôpitaux locaux.

Pour réaliser un état des lieux, les données cartographiées de l'assurance maladie permettent de définir une table de flux et de dresser une carte d'identité de chaque zone [5]. L'ensemble de ces exploitations est ensuite utilisé pour une sectorisation négociée avec les différents partenaires concernés : direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass), conseil de l'Ordre des médecins, pharmaciens et médecins de terrain.

Deux solutions sont évoquées pour pallier les problèmes de l'habitat dispersé et éviter aux médecins les déplacements longs et coûteux en temps :

- une prise en charge des transports pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer (sujets âgés, ménages sans voitures...),
- la possibilité d'incitation à l'installation de cabinets secondaires et de recrutements de collaborateurs salariés [6].

Ces solutions combinent une analyse de situation précise et des préconisations originales. Elles touchent à deux sujets d'actualité indissociables : la démographie des professions de santé et la permanence des soins. Si les solutions relèvent pour partie de décisions nationales, leur traitement ne peut se faire au niveau local que de façon pragmatique, anticipée et rigoureuse.

### 8<sup>e</sup> recommandation

Pour faire face aux risques de désertification de l'offre de soins en zones rurales, développer une démarche relevant d'un aménagement du territoire concerté avec les collectivités territoriales ; elle doit viser le désenclavement des zones isolées avec le soutien de certains fonds prévus à cet effet par les autorités de santé [7] [8].

Après une phase de constat et d'analyse (s'appuyant, elle aussi, sur des approches cartographiées des bases informationnelles

de l'assurance maladie), il est formulé des propositions pour éviter la désertification de l'offre. Elles sont de quatre types : incitations financières, mesures relevant de l'obligation, mesures environnementales ou s'appuyant sur la communication.

Aux deux premières (incitation financière, obligation), il est préféré celles qui s'attachent à :

- l'environnement : cadre social, vie familiale, travail du conjoint, scolarisation des enfants...,
- des démarches d'accompagnement pour les étudiants en médecine afin de les inciter à des choix éclairés d'installation en milieu rural.

Ces dispositions viseront en priorité les généralistes afin d'intervenir sur le phénomène de départ en « cascade » évoqué plus haut.

### 9<sup>e</sup> recommandation

Encourager les nouvelles formes d'organisation de la santé (accord de bon usage des soins — AcBUS —, contrats individuels de bonne pratique et/ou de santé publique, réseaux) est souvent une solution intéressante pour dynamiser et restructurer le paysage sanitaire en milieu rural [8].

Les territoires ruraux sont dans ces domaines des terrains propices pour promouvoir la mise en place de nouvelles

formes d'organisation de la santé. En effet, certains AcBUS nationaux permettent une adaptation aux spécificités locales. C'est le cas pour l'AcBUS « visite » qui vise à limiter le déplacement des médecins au domicile des patients pour des raisons médicales (conditions d'exercice en cabinet plus propices à la qualité des soins) et économiques (diminution des coûts de déplacement). En effet, cet accord a été adapté en fonction de facteurs géographiques particuliers (par exemple pour les zones de montagne) ou de spécificités démographiques (importance de la population âgée de 80 ans et plus) afin de ne pas priver de cette offre de soins (la visite) des populations plus en difficulté d'accès par rapport aux services de santé. Par ailleurs, les réseaux sont souvent un moyen de rompre l'isolement, pour les professionnels mais aussi pour les patients (par exemple dans le cadre de la prise en charge de la population des sujets âgés).

Néanmoins, il existe trois impératifs pour que ces dispositifs marchent :

- alléger les formalités afin de ne pas décourager les « candidats »,
- faciliter une réorganisation pluridisciplinaire locale,
- encourager l'utilisation d'un dossier médical partagé et de la télé-médecine, sous réserve que ces outils prometteurs soient facilement opérationnels.

## références

1. Vigneron E., Corvez A. (dossier coordonné par). « Santé publique et aménagement du territoire », *Adsp*, 1999, 29 : 20-68.
2. Picheral H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier : Éditions de l'université Paul Valéry Montpellier III, 2001 : 308 p.
3. CCMSA. Urgences graves et/ou vitales en zone d'isolement sanitaire : étude de la prise en charge, décembre 2002, Caisse centrale de mutualité sociale agricole (document dactylographié) : 175 p.
4. Tonnelier F. « Le niveau cantonal : santé et milieu rural : étude menée par les Urcam de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Aquitaine et le CreDES, Epidémiologie, Géographie et Politiques de Santé », Actes des 5<sup>es</sup> journées d'assurance maladie de la Canam, Paris, 25 mars 2002 : 53-60.
5. Evrard C. « Activité des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne ». *Adsp*, 2002, 40 : 57-60.
6. Berland Y. Mission « Démographie des professionnels de santé », rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, novembre 2002 (document dactylographié) : 111 p. (sans les annexes).
7. Descours C. Mission « Permanence des soins », rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, janvier 2003, (document dactylographié) : 32 p. (sans les annexes).
8. Baudier F. « Bon usage des soins : des accords prometteurs ». *Concours Médical*, tome 124-23, 15 juin 2002 : p. 1581.

## 10<sup>e</sup> recommandation

Agir vite !

Le « rural » est propice au développement du rôle de tous les acteurs de la santé (professionnels, usagers, différents organismes de couverture sociale mais aussi universitaires ou chercheurs), dans un tissu social et culturel possédant en général des potentialités immenses et parfois sous-utilisées.

Mais les problèmes sont nombreux. Il faut donc mettre en œuvre une politique ambitieuse visant au changement.

## Promouvoir des atouts qu'il ne faut pas gaspiller

Tout en reconnaissant la diversité des questions qui se posent dans un milieu rural divers, les difficultés actuelles semblent liées à des disparités et des inégalités qui sont le plus souvent non spécifiques mais qui prennent un caractère plus aigu en raison de particularités géographiques, sociologiques, démographiques, culturelles et économiques, propres à ce secteur.

Si la multiplicité des déterminants impose des réponses variées, les questions démographiques semblent au cœur des problèmes, avec, d'une part, un

vieillesse de la population et, d'autre part, une faible attractivité d'installation pour des professionnels de santé dont le nombre diminuera constamment pendant les vingt prochaines années.

Face à cette situation, il est nécessaire de mieux analyser les problèmes qui se posent dans chaque territoire considéré. Pour cela, il est important de se forger des outils utilisant largement les données de l'assurance maladie ainsi que les techniques mises au point par les spécialistes de la géographie de la santé. Dans ce contexte, il est indispensable de faire un lien (rarement réalisé aujourd'hui) entre l'ambulatoire et l'hospitalier, mais aussi de développer des approches favorables à la promotion de la prévention. La collecte de ces données doit permettre d'améliorer le diagnostic pour décider des actions les plus pertinentes à entreprendre, mais aussi de favoriser l'évaluation afin de viser la qualité.

Faire évoluer les pratiques, afin d'optimiser l'accès aux soins et la gestion de la permanence de l'offre, est donc indispensable. Le milieu rural semble dans ces domaines un terrain idéal pour promouvoir la mise en place de nouvelles

formes d'organisation de la santé : réseau, AcBUS...

Enfin, la richesse actuelle (ou potentielle) des partenariats est un atout supplémentaire.

La situation est donc urgente mais les ressources humaines et organisationnelles sont là... avant qu'il ne soit trop tard ! ■

## Remerciements

L'élaboration de ces recommandations est le fruit du travail des participants au séminaire de Besançon (réalisé avec le soutien de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole) ainsi que de la collaboration active des Urcam impliquées (Languedoc-Roussillon et Aquitaine) et du Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (Credes) (François Tonnelier).

Le rapport complet de ce séminaire est consultable sur le site Internet de l'Urcam de Franche-Comté : [www.urcam.org](http://www.urcam.org).

# alcoologie et addictologie

2003 ; 25 [3] : 185-272

## Éditorial

- À la recherche du plaisir et de l'abstinence, Michel Craplet

## Mémoires

- Les distorsions de la fonction parentale dans le système alcoolique, Vanghélis Anastassiou
- Prévalence de l'abus d'alcool dans un hôpital de l'AP-HP, Éric Acquaviva, Laure

Beaujouan, Philippe Nuss, Jean-Claude Chaput, François Chièze

- Affections fréquentes en médecine générale et conduites d'alcoolisation. Résultats d'une enquête nationale, Paul Kiritzé-Topor

## Mise au point

- La MDMA (ecstasy). Contextes d'utilisation et conséquences de la consommation, Isabelle Varescon

## Pratique clinique

- Abus et dépendance à l'alcool. Questionnaires de dépistage en médecine générale, Vincent Lustygier, Paul Cnockaert, Michel Roland, Emmanuel Streel, Catherine Hanak, Isidore Pelc, Paul Verbanck
- L'accompagnement du patient alcoolique et de ses familles, Thomas Wallenhorst

## Varia

- Prévention des conduites addictives. La place de l'interdit et de la loi, Alain Morel
- Idées reçues et lieux communs dans les paroles d'alcooliques, Jean Morenon, François Péréa

## Congrès

- 6<sup>es</sup> journées nationales de tabacologie. De la neurobiologie à la pratique, juin 2003, Clermont-Ferrand

## Vie de la SFA

- Adhésion. Prochaines réunions. Nouveaux membres

## Informations

- Enseignement. Actualités. Livres. Agenda. Annonces