

Les indicateurs de suivi des objectifs de la loi de santé publique

Gérard Badéyan
Administrateur de l'Insee,
chargé de mission au
Haut Comité de la santé publique

La loi de santé publique de 2004 définit cent objectifs de santé quantifiés pour la période 2004-2008. Un groupe de travail a mis en place les indicateurs de suivi de ces objectifs. Cet article présente les résultats des travaux de ce groupe.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 achève une période d'émergence et de montée en puissance d'objectifs de santé publique dans le débat public et dans l'action des pouvoirs publics par l'affirmation du caractère législatif de la définition d'ensemble de la politique de santé selon des objectifs pluriannuels. Un dossier récent de la revue *adsp* a traité en détail de la naissance et de l'histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé (*adsp* n° 50 mars 2005).

L'article 32 de la loi stipule ainsi qu'« est approuvé le rapport d'objectifs de santé publique pour les années 2004 à 2008 annexé à la présente loi ».

Ce rapport présente le cadre général dans lequel s'inscrivent ces objectifs et les principes méthodologiques de leur définition, puis annonce le développement de cinq plans stratégiques pour la période concernée (lutte contre le cancer, impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, santé environnementale, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, maladies rares), et enfin présente cent objectifs de santé en quasi-totalité quantifiés ou quantifiables avec mention d'indicateurs souhaitables. Le parti a été pris en effet d'adopter des objectifs quantitatifs¹ et non pas qualitatifs pour permettre un suivi et une évaluation plus facilement

mobilisables pour le débat démocratique. Les objectifs ont été déterminés en fonction de leur importance en termes de santé publique et non en fonction des systèmes d'information existants. De ce fait, le suivi quantitatif de certains de ces objectifs n'est pas possible au stade actuel. Cette dimension a été introduite dans le rapport d'objectifs lui-même par la qualification des objectifs selon ce critère :

- objectifs quantifiables en l'état actuel des connaissances ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou de programmes pilotes.

Dès la présentation du projet de loi, un groupe de travail a été mis en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la direction générale de la Santé (DGS) pour réaliser le travail technique de rédaction et de validation des définitions opérationnelles des indicateurs de suivi des objectifs, les modifications éventuelles introduites par le débat parlementaire devant être prises en compte en cours de route. Ce groupe de travail a été assisté par un groupe projet constitué de représentants des principales institutions productrices de données et/ou futures utilisatrices des indicateurs produits. Un groupe de travail spécifique a été mis en place pour traiter du niveau

1. « Santé publique : s'engager sur des objectifs quantifiés » Catherine Le Galès rapporteur du groupe technique national de définition des objectifs, *adsp* n° 42 mars 2003

régional. À chaque réunion du groupe projet, des experts professionnels, associatifs et chercheurs ont été sollicités en fonction de l'ordre du jour.

Un travail extrêmement soutenu a permis d'aboutir à l'été 2005 à l'établissement d'un rapport technique de présentation de l'ensemble des indicateurs retenus. Ce rapport est disponible sur le site du ministère : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.doc

Le rapport comporte trois chapitres :

- Les indicateurs de santé transversaux, informations de cadrage pour le suivi de la politique de santé publique.
- Les indicateurs de suivi des cent objectifs.
- Les indicateurs régionaux.

Les indicateurs de santé transversaux

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique prévoit la publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux comme instrument de pilotage général de la politique de santé publique en complément des indicateurs spécifiques de suivi des cent objectifs eux-mêmes.

Cinq groupes principaux d'indicateurs transversaux ont été retenus :

- Indicateurs de cadrage démographique et social : répartition par âge de la population, taux de natalité, de fécondité, indicateurs de conditions sociales.
- Indicateurs reflétant de façon synthétique l'état de santé de la population à partir des données de mortalité : espérances de vie, taux de mortalité infantile,

taux de mortalité générale et prématurée (avant 65 ans).

- Indicateurs synthétiques globaux prenant en compte la morbidité et son retentissement : autoévaluation de la santé, proportion de personnes déclarant des limitations fonctionnelles ou déclarant avoir un problème de santé chronique, espérances de vie sans incapacité.

- Indicateurs présentant la contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population : principales causes de mortalité prématurée² et d'années potentielles de vie perdues³, principales causes de morbidité déclarée, d'admission en longue durée, d'invalidité, de recours aux soins ambulatoires et de séjours hospitaliers.

- Indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé : indicateurs d'accès aux soins (proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire, proportion de personnes déclarant avoir

2. En distinguant, selon les catégories utilisées par le Haut Comité de la santé publique depuis 1994, la mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque et la mortalité évitable liée au système de soins et de prévention. Même si cette classification devra probablement être retouchée dans les années à venir, la notion de mortalité évitable permet de faire ressortir plus spécifiquement les causes de mortalité accessibles à des interventions de santé publique.

3. Les années potentielles de vie perdues représentent le nombre total d'années de vie non vécues dans une population donnée en raison de décès prématurés (ici avant 65 ans). Cet indicateur permet de prendre en compte la plus ou moins grande précocité des décès. Cet indicateur rehausse par exemple le poids relatif des accidents de la route ou des suicides.

dû renoncer à des soins pour des raisons financières), indicateurs ventilant selon la profession et le niveau d'études certains des indicateurs des trois groupes précédents. Les inégalités sociales de santé seront aussi appréhendées par la ventilation selon ces deux critères de certains des indicateurs correspondant à des objectifs spécifiques.

Les indicateurs de suivi des cent objectifs

Chacun des cent objectifs du rapport annexé fait l'objet d'un sous-chapitre selon un même plan. On présente tout d'abord des éléments d'interprétation et de clarification de l'objectif nécessaires à la définition des indicateurs. Les sources de données potentielles sont passées en revue. Ce travail prend appui sur l'ensemble des documents accumulés dans la phase de préparation de la loi par le Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO)⁴ et sur les éléments complémentaires apportés par les membres du groupe de travail, du groupe projet et par les experts consultés dans le cadre de ce travail. Un tableau récapitulatif présente ensuite les indicateurs principaux et les indicateurs complémentaires retenus par le groupe. Enfin, chacun de ces indicateurs fait l'objet d'une fiche présentant sa description technique, son mode d'élaboration, les organismes responsables de sa production, les problèmes d'interprétation,

4. Rapport disponible à l'adresse internet suivante : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf

Le classement des objectifs par têtes de chapitre

| | | | |
|-------------------------------------|---------|---|----------|
| Alcool..... | 1 à 2 | Affections neuropsychiatriques..... | 56 à 65 |
| Tabac..... | 3 à 4 | Maladies des organes des sens..... | 66 à 68 |
| Nutrition et activité physique..... | 5 à 13 | Maladies cardio-vasculaires..... | 69 à 73 |
| Santé et travail..... | 14 à 17 | Affections des voies respiratoires..... | 74 à 75 |
| Santé et environnement..... | 18 à 25 | Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin..... | 76 |
| Latrogénie..... | 26 à 29 | Pathologies gynécologiques..... | 77 à 79 |
| Résistance aux antibiotiques..... | 30 | Insuffisance rénale chronique..... | 80 à 81 |
| Douleur..... | 31 à 32 | Troubles musculo-squelettiques..... | 82 à 87 |
| Précarité et inégalités..... | 33 à 34 | Affections d'origine anténatale..... | 88 à 89 |
| Déficiences et handicaps..... | 35 | Maladies rares..... | 90 |
| Maladies infectieuses..... | 36 à 43 | Affections bucco-dentaires..... | 91 |
| Santé maternelle et périnatale..... | 44 à 47 | Traumatismes..... | 92 à 95 |
| Tumeurs malignes..... | 48 à 53 | Problèmes de santé spécifiques | |
| Pathologies endocriniennes..... | 54 à 55 | à des groupes de population..... | 96 à 100 |

les perspectives d'amélioration (voir les exemples en encadré).

Selon le niveau de disponibilité des sources de données, ces indicateurs peuvent être ventilés en quatre catégories :

- Les indicateurs disponibles sont le plus souvent construits à l'aide des grands systèmes d'information permanents — des fichiers administratifs tels que ceux de l'assurance maladie, le fichier des causes médicales de décès, le programme de médicalisation du système d'information hospitalier (PMSI) ou de grandes enquêtes périodiques telles que l'enquête Santé et Protection sociale (SPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), le baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'enquête

nationale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)...

- D'autres données sont potentiellement disponibles, mais leur utilisation pour la construction des indicateurs nécessite des travaux méthodologiques complémentaires, comme, par exemple, pour certaines exploitations du PMSI.

- D'autres systèmes d'information sont en cours de développement comme le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui contient l'ensemble des informations contenues dans les feuilles de soins présentées au remboursement et qu'il est prévu d'enrichir progressivement d'autres informations médicales anonymisées. Il faut par ailleurs étudier les conditions

d'exploitation de sources actuellement peu mobilisées telles que les données qui peuvent être recueillies dans le cadre des centres d'examen de santé.

- Certains indicateurs enfin ne correspondent à aucun système d'information existant ou en construction. Leur production nécessite donc un travail méthodologique préalable d'élaboration et de spécification des nouveaux systèmes d'information nécessaires. Cela prendra souvent la forme d'enquêtes *ad hoc* spécifiques. La définition de certains indicateurs parmi les plus complexes se situe au niveau de la recherche.

Les indicateurs régionaux

Les objectifs du rapport annexé à la loi de santé publique sont définis au niveau

Exemple de l'objectif n° 1 : Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/habitant en 1999 à 8,5 l/an/habitant d'ici à 2008)

Indicateurs souhaitables cités dans le rapport annexé

Consommation annuelle d'alcool par habitant

Clarification de l'objectif et orientations pour les indicateurs

Les données citées dans l'objectif sont issues des estimations de World Drink Trend (WDT), dont le mode de calcul n'est pas connu précisément. Ces estimations sont différentes de celles produites chaque année, par exemple, par l'Insee (11,8 l/hbt en 2001) et l'OFDT (groupe IDA).

Dans la mesure où le mode de calcul doit être transparent et validé, une source nationale doit être privilégiée. À cette fin, l'OFDT travaille avec le groupe de travail IDA sur la consommation moyenne d'alcool et il est proposé d'élargir ce groupe pour y associer en particulier l'Insee. Le but poursuivi est d'assurer la rigueur et la

transparence des estimations produites et de comprendre les différences observées entre ces données et celles produites par l'Insee (qui ne met plus à jour les données relatives aux spiritueux depuis plusieurs années).

Le dénominateur utilisé varie d'une source à l'autre : population totale et/ou population des 15 ans ou plus. Pour le suivi de l'objectif, il s'avère plus pertinent de suivre la population des 15 ans ou plus, qui est la population effectivement concernée par la consommation d'alcool. (Mais il faudra aussi produire, par la même méthode de calcul, l'indicateur ramené à la population générale pour les bases de données internationales.)

Le niveau de désagrégation régional pour cet indicateur ne peut pas être produit avec validité. Par ailleurs, cela ne présenterait qu'un intérêt limité, compte tenu du caractère hétérogène de l'impact du

tourisme sur les ventes d'alcool dans les régions.

Les données de vente mesurent les quantités vendues et leur évolution. Estimées d'après les statistiques fiscales, ces données peuvent sous-estimer certaines consommations (ventes « au noir », productions locales). Elles permettent d'estimer des consommations moyennes mais ne rendent pas compte des différents types d'usage.

L'ajout d'un indicateur complémentaire sur les quantités consommées déclarées n'a pas été jugé pertinent pour évaluer le suivi de cet objectif portant sur la consommation moyenne d'alcool. Cependant, les consommations déclarées d'alcool sont considérées comme pertinentes pour le suivi de l'objectif n° 2 qui est centré sur la question des consommations à risque.

Tableau récapitulatif des indicateurs retenus par le groupe projet

| Indicateurs | Source, type d'enquête | Désagrégation | Périodicité nécessaire | Niveau régional pertinent/disponible | Travaux nécessaires |
|--|--|---------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| Indicateur principal Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus | OFDT et groupe IDA, en associant l'Insee | Non | Annuelle | Non pertinent | Groupe de travail à renforcer pour coordonner les estimations |

Soit la fiche « Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus » page suivante

Exemple de l'objectif n° 1 (suite)

Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus

| | |
|------------|--|
| Indicateur | Nombre moyen de litres d'alcool pur vendus par habitant de 15 ans et plus |
| Objectif | 1. Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008) |

Description

| | |
|----------------------------------|---|
| Numérateur (N) | Nombre de litres d'alcool pur vendus par an en France |
| Dénominateur (D) | Nombre d'habitants âgés de 15 ans et plus |
| Sous-groupes (strates) | / |
| Décompositions (N) | / |
| Niveau géographique d'agrégation | National : oui ; régional : non (le niveau de d'agrégation régional ne peut pas être produit avec validité. Par ailleurs, cela ne présenterait qu'un intérêt limité, compte tenu du caractère hétérogène de l'impact régional du tourisme). |
| Périodicité de la mesure | Annuelle |
| Indicateurs internationaux | OMS, source Health For All – DataBase 2001 Consommation moyenne d'alcool pur : litres par habitant âgé de 15 ans ou plus Consommation moyenne d'alcool pur : litres par habitant OCDE, source Eco-Santé OCDE 2003 Consommation moyenne d'alcool pur, litres par habitant âgé de 15 ans ou plus UE : la consommation d'alcool pur en litres par habitant est un indicateur recommandé par le projet de liste Echi 2 |
| Dernier résultat connu | Année : 2000 (estimation OFDT) Valeur : 10,9 l d'alcool pur/habitant (estimation OFDT versus 10,5 selon WDT pour la même année) |

Élaboration et qualités

| | |
|--|--|
| Origine (données de base) | Ventes annuelles de boissons alcoolisées estimées à partir des taxes fiscales (déduction des achats transfrontaliers) et prise en compte, pour le cidre, de l'autoconsommation |
| Mode de collecte | |
| Organisme responsable de la collecte | Direction générale des douanes et des droits indirects et Association des brasseurs de France pour la bière |
| Service responsable de la synthèse des données | Groupe IDA et OFDT, en collaboration avec l'Insee |
| Méthodologie | |
| Mode de calcul | Les quantités d'alcool pur sont estimées en fonction de la distribution des ventes des différentes catégories de vin (différents degrés d'alcoolisation). Pour la bière, les quantités d'alcool pur sont estimées à partir de la distribution des ventes des différentes catégories de bières selon leur degré d'alcool (données du marché intérieur fournies par les professionnels). |

Interprétation

| | |
|----------------------------|--|
| Limites et biais connus | On utilise la moyenne des ventes d'alcool comme reflet de la consommation moyenne. |
| Modalités d'interprétation | Pour les ventes, les données sont considérées comme exhaustives car issues des taxes fiscales. |

Plan de construction ou d'amélioration

| | |
|--|---|
| Date de livraison | N + 4 |
| Plan d'amélioration ou de construction de l'indicateur | Amélioration des délais de production Production d'une estimation unique associant les différentes instances concernées associant l'Insee au groupe de travail associant le groupe IDA et l'OFDT |

Commentaire

Indicateur également pris en considération comme indicateur de suivi du Plan quinquennal de la Mildt
L'examen des estimations des bases de données internationales pour une même année montre que les données ne sont pas concordantes (sources multiples produisant des estimations différentes). Il faudra qu'une source unique d'information transmette les données françaises aux bases internationales.

Exemple de l'objectif n° 2 : Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance (seul le tableau récapitulatif des indicateurs retenus est reproduit)

| Indicateurs | Source, type d'enquête | Désagrégation | Périodicité nécessaire | Niveau régional pertinent/disponible | Travaux nécessaires |
|---|---|---|------------------------|---|--|
| Indicateurs principaux | | | | | |
| Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans ou plus) | Test Audit-C (3 q.) Enquêtes déclaratives | Sexe, classes d'âge et PCS Catégories de consommations | Bisannuelle | Pertinent, non disponible | Déterminer l'algorithme |
| Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance (18 ans ou plus) | Test Deta + Audit-C (3 q.) Enquêtes déclaratives | Sexe, classes d'âge et PCS Catégories de consommations | Bisannuelle | Pertinent, non disponible | Idem |
| Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif | Fichier national des accidents de la circulation | Sexe, classes d'âge et catégories d'usagers | Annuelle | Pertinent, disponible | Déterminer la base à retenir pour les données régionales |
| Indicateurs complémentaires | | | | | |
| Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans | OFDT Escapad | Sexe | Bisannuelle | Pertinent, disponible (en regroupant deux enquêtes successives) | |
| Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique | Inserm CépiDc | Sexe et classes d'âge | Annuelle | Pertinent, disponible | |

Soit 5 fiches (non reproduites).

national. Il est apparu nécessaire cependant d'étudier les possibilités de ventilation régionale des indicateurs retenus pour plusieurs raisons. Premièrement, les diversités régionales sont un des facteurs descriptifs et explicatifs de l'état de santé des populations. Ensuite, cela s'inscrit dans le contexte actuel de régionalisation de la santé publique, pour servir à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique et pour pouvoir suivre l'impact spécifique éventuel de politiques instaurées à ce niveau. Enfin, cela est l'occasion d'intégrer des travaux originaux réalisés au niveau des régions en termes de systèmes d'information. L'utilité, au niveau national, de la production d'indicateurs déclinés au niveau de l'ensemble des régions n'est pas cependant systématique, lorsqu'il existe de faibles variations entre régions ou lorsque ces variations découlent de façon simple des caractéristiques démographiques de la population régionale. La pertinence et la possibilité de telles ventilations régionales ont donc été analysées pour l'ensemble des objectifs

par le groupe projet, puis par un groupe de travail *ad hoc*.

Le troisième chapitre présente ainsi sous forme de tableau, pour chaque indicateur défini au niveau national, la pertinence et la disponibilité de l'indicateur au niveau régional, la disponibilité signifiant que les données correspondantes existent pour toutes les régions sauf exception. Dans ce cas, la source de données est indiquée.

Favoriser les comparaisons internationales

Dans une optique de comparabilité internationale, les indicateurs présents au niveau international ont été systématiquement examinés, que ce soit dans des bases de données existantes — bases de données « La santé pour tous » de l'OMS Europe, « New cronos » d'Eurostat, direction générale en charge des Statistiques de la commission européenne, « Éco-santé » de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) — ou en cours de développement dans le cadre des travaux de construction d'un système

européen d'information en santé au niveau de l'Union européenne⁵. La recherche de compatibilité entre les indicateurs à mettre en place pour l'exercice de suivi des objectifs de la loi de santé publique et ceux existant ou à venir au niveau international et en particulier européen relève à la fois d'une position de principe quant à la construction européenne, mais également d'une recherche d'efficacité dans les critères d'évaluation, la situation relative de la France et son évolution par rapport à ses principaux partenaires étant un élément important d'appréciation quant au niveau observé des indicateurs. Ce souci de comparaison internationale dans une optique de jugement était déjà systématiquement présent dans le premier rapport sur l'état de santé du Haut Comité de la santé publique de 1994.

Cet exercice a été le plus productif pour les indicateurs transversaux du premier chapitre. Concernant les objectifs spécifiques, ses résultats sont plus limités

5. Voir dossier dans *adsp* 42 mars 2003.

du fait qu'une proportion non négligeable d'objectifs porte sur des phénomènes très précis qui ne correspondent pas nécessairement aux objectifs définis dans les autres pays ou au niveau international. Certaines thématiques sont cependant déjà bien couvertes par des réseaux d'experts au niveau européen (périnatalité, maladies infectieuses...) et la recherche d'ajustement a pu se faire dans ces cas. Tout ce travail de définition d'indicateurs au niveau français constitue par ailleurs une base pour les discussions à venir dans les groupes internationaux.

Un progrès vers la coordination du système d'information en santé

La santé constitue un des domaines sociaux pour lesquels l'information est la plus dispersée entre une multitude d'acteurs. Cela est particulièrement vrai en France mais se

retrouve dans un grand nombre de pays, ce qui fait que l'on peut y voir un aspect structurel. Dans son premier rapport de 1994 sur la santé en France, dans le groupe thématique sur l'information sur la santé, le Haut Comité de la santé publique mettait particulièrement en exergue le manque de cohérence entre les sources de données et l'absence de politique d'ensemble en ce domaine. Il insistait sur la nécessité d'une prise de conscience politique des besoins de développement et de coordination du système d'information en santé. La présentation d'objectifs quantifiés dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique constitue la réponse positive à cette exigence et a permis la mise en place effective d'une coordination entre l'ensemble des institutions et experts producteurs de données. La Drees, en collaboration avec les producteurs de données,

commencera dès cette année à produire, à partir des définitions opérationnelles, les indicateurs de suivi des objectifs de santé publique. ■

Le groupe de travail

Le groupe de travail qui a réalisé le rapport était composé de :

- Denise Bauer (Drees)
- Alain Fontaine (DGS)
- Evelyne Houdoin (DGS)
- Christine de Peretti (Drees)
- Emmanuelle Salines (Drees)
- Emmanuelle Sarlon (interne en santé publique, Drees)

Avec la collaboration de Florence Canoui (interne en santé publique, Drees)

alcoologie et addictologie

2005 ; 27 [4] : 273-368

Éditorial

- Peut-on parler d'alcoolisme sans dépendance ?
Jean-Paul Descombey

Mémoires

- Cancers des voies aérodigestives supérieures. Importance de leur dépistage systématique lors des cures de sevrage d'alcool, *Olivier Duhamel, Gérard Bel, Victoire Granger, Mohamed Ramdani, Sandra Emery, Évangéline Guzman, Claire Lecam-Savin*
- Syndrome de Wernicke-Korsakoff. Mise en évidence de facteurs de risque chez des patients alcoolodépendants,

Sandra Arpi, Vincent Lustygier, Olivier Le Bon, Catherine Hanak, Emmanuel Streeb, Isodore Pelc, Paul Verbanck

- Adaptation et alcool en situation extrême. Analyse socio-environnementale dans les terres australes et antarctiques françaises, *Karine Weiss, Philippe Carrette*
- Intervenant associatif au sein d'une structure d'alcoologie. Rôle et statut, *Henri Gomez, Anne Harant, Renée Clerc*
- Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers, *Alexandra Trichard, Thierry Danel, Annie Sobaszek*

Pratique clinique

- Plage/Santé. Un dispositif original de prévention vis-à-vis du cannabis, *Catherine Miachon, Max Pavoux*

Mises au point

- Troubles mentaux et troubles liés à une substance psychoactive. Revue de la littérature anglophone, *Didier Acier, Louise Nadeau*
- Morbidité liée au tabagisme. Actualités bibliographiques, *Anne-Laurence Le Faou, Olivier Scemama, Gilbert Lagrue*
- Les addictions, un objet spécifique de la prévention, *Alain Morel*

Congrès

- Prise en charge de l'épilepsie chez les personnes en grande précarité, *novembre 2004, Paris*

Vie de la SFA

- Nouveaux membres. Adhésion.
- 1^{res} Assises nationales de la FFA. La prévention. Quelle politique ? Quelles actions ?
- 2^e Journée francophone des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et les autres substances psychoactives, 29 et 30 septembre 2005, Paris
- Prochaines réunions

Informations

- Annonces. Recherche. Actualités. Livres. Agenda. Index 2005.