

Plan national maladies rares 2005-2008

Dr Alexandra Fourcade
Chargée de mission Plan national maladies rares, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Près de 3 millions de personnes souffrent d'une maladie rare. Une maladie est dite rare si moins d'une personne sur 2000 en est atteinte. Présentation des enjeux, des axes stratégiques du Plan national maladies rares et de son impact sur l'organisation des soins.

Les maladies rares ont été retenues comme une des cinq priorités de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Un plan national a été annoncé par le ministre de la Santé, le ministre de la Recherche et le secrétariat d'État aux Personnes handicapées le 20 novembre 2004. Il résulte d'un processus de concertation très large associant des experts des maladies rares, cliniciens et chercheurs, des représentants des malades, de l'assurance maladie et des ministères de la Santé et de la Recherche.

Articulé autour de dix axes stratégiques, ce plan (disponible sur www.sante.gouv.fr) est mis en œuvre sur la période 2005-2008. L'un des axes majeurs de ce plan prévoit la mise en place de centres de référence labellisés pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares. Ces centres de référence, « têtes de pont » d'une filière de soins spécialisée dans la prise en charge des maladies rares, devraient permettre de structurer progressivement l'offre de soins nationale dans ce domaine, de développer une expertise clinique et de recherche et l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Maladies rares : un enjeu de santé publique

La définition de la « rareté » d'une maladie – moins d'une personne atteinte sur 2000 selon le seuil retenu en Europe – ne doit pas masquer l'importance des enjeux de santé publique que représentent les maladies rares. En France, on estime à plus de 3 mil-

lions de personnes le nombre de patients souffrant de l'une des 7 000 maladies actuellement connues (lire encadré).

Si certaines maladies, comme la drépanocytose, sont rares en métropole, elles sont relativement fréquentes dans les départements et territoires d'outre-mer. Un grand nombre de ces pathologies sont aussi dites « orphelines » parce que les populations concernées ne bénéficient d'aucune réponse thérapeutique.

La majorité des maladies rares sont insuffisamment connues des professionnels de santé. Cette méconnaissance est à l'origine d'une errance diagnostique, source de souffrance pour les malades et leur famille et d'un retard dans leur prise en charge, parfois préjudiciable.

Leur diagnostic précoce et leur suivi nécessitent le recours à des équipes pluridisciplinaires, associant expertise scientifique et compétence médicale, permettant de faire bénéficier au plus vite les malades des progrès de la recherche. Ces équipes spécialisées, en nombre limité, doivent être reconnues et clairement identifiées par les personnes malades et les professionnels de santé.

Les maladies rares sont des maladies le plus souvent graves, chroniques et invalidantes, qui peuvent nécessiter des soins spécialisés, lourds et prolongés. De plus, elles génèrent souvent des handicaps de tout type, parfois très sévères. L'impact sur les familles est majeur et ce sont elles qui se sont mobilisées pour faire reconnaître l'importance de ces maladies longtemps ignorées. Là encore, la méconnaissance

Quelques chiffres

Une maladie est dite rare si moins d'une personne sur 2 000 en est atteinte, soit en France moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée.

On dénombre près de 7 000 maladies rares identifiées, dont 80 % sont d'origine génétique. Cinq nouvelles pathologies sont décrites chaque semaine dans le monde.

6 à 8 % de la population mondiale seraient concernés, de près ou de loin, par ces maladies, soit 4 millions de Français, 27 millions d'Européens et 27 millions d'Américains du Nord.

Une cinquantaine de maladies rares touchent chacune quelques milliers de personnes en France, alors que 500 autres

n'atteignent que quelques centaines, voire quelques dizaines de personnes.

À titre d'exemples, on dénombre en France :

- 15 000 malades atteints de drépanocytose ;
- 8 000 malades atteints de sclérose latérale amyotrophique ;
- 5 000 à 6 000 malades atteints de mucoviscidose ;
- 5 000 malades atteints de myopathie de Duchenne ;
- 400 à 500 malades atteints de leucodystrophie ;
- quelques cas de progéria ou vieillissement précoce (moins de 100 cas dans le monde).

65 % des maladies rares sont graves et invalidantes. Elles sont caractérisées par :

- un début précoce dans la vie, deux fois sur trois avant l'âge de 2 ans ;
- des douleurs chroniques chez un malade sur cinq ;
- la survenue d'un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans la moitié des cas, à l'origine d'une incapacité réduisant l'autonomie dans un cas sur trois ;
- la mise en jeu du pronostic vital dans presque la moitié des cas, les maladies rares expliquant 35 % des décès avant l'âge de 1 an, 10 % entre 1 et 5 ans et 12 % entre 5 et 15 ans. ■

des divers aspects de la maladie par les acteurs sociaux et médico-sociaux peut provoquer des retards dans le recours aux dispositifs d'aides.

C'est pourquoi les mesures d'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont intégré la spécificité des maladies rares.

Si les connaissances sur l'origine de ces maladies ont significativement progressé, notamment par l'identification des gènes qui permet déjà de diagnostiquer formellement plus de 800 maladies, des progrès restent à faire en recherche. L'industrie pharmaceutique constitue aussi une des sources majeures d'innovation avec la mise sur le marché de nouveaux médicaments, qui ont bénéficié des incitations créées par la réglementation européenne sur les médicaments orphelins en décembre 1999.

Une politique volontariste dans ce domaine impliquant l'ensemble des partenaires, notamment industriels et associatifs, doit permettre de poursuivre les efforts engagés grâce à un renforcement des moyens dédiés à la recherche sur les maladies rares, tant en matière de diagnostic que de traitement.

Enfin, les associations de personnes atteintes de maladie rare, et en particulier l'Association française contre les myopathies (AFM), jouent un rôle déterminant dans ce domaine. L'AFM a été à l'initiative d'une prise de conscience collective ; elle

est devenue un acteur et un partenaire incontournable des professionnels de santé, des chercheurs et des pouvoirs publics.

Traduisant cet engagement politique fort, le Plan national Maladies rares propose une série de mesures concrètes, cohérentes et structurantes pour l'organisation de notre système de soins. Elles devraient permettre de répondre aux attentes des malades et de leur entourage.

Dix axes stratégiques

L'amélioration de l'accès des malades au diagnostic et aux soins, à l'information et à l'accompagnement adapté, la nécessité de dynamiser la recherche et de renforcer la formation et l'information des professionnels de santé constituent des enjeux essentiels pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Si des initiatives nombreuses ont été développées, en France, en lien avec les associations de malades, grâce surtout à l'Association française contre les myopathies – création d'une base de données « Orphanet », accessible gratuitement, sur les maladies rares, création d'un Institut de recherche sur les maladies rares, soutien à la recherche clinique et au développement des médicaments orphelins, création de centres d'information téléphonique grand public –, une cohérence d'ensemble est nécessaire.

- **Mieux connaître l'épidémiologie des maladies**

rares par la mise en place, sous l'égide de l'Institut national de veille sanitaire, d'une surveillance qui permettra d'appréhender l'histoire naturelle de ces maladies, d'évaluer les besoins et les parcours des malades au sein du système de soins, de suivre leur évolution et leur qualité de vie.

- **Reconnaître la spécificité des maladies rares** en améliorant leur reconnaissance dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (ALD30). La Haute Autorité de Santé est en charge de l'élaboration de protocoles nationaux de diagnostic et de soins pour les maladies rares actuellement reconnues comme « affections de longues durées » (ALD).

- **Développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public**, notamment par le développement de la base de données « Orphanet », la création de nouveaux outils d'information et l'amélioration de l'information donnée par téléphone sur les maladies rares, sous l'égide de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Des cartes de soins et d'informations des tiers aux patients atteints de maladies rares sont d'ores et déjà disponibles pour six d'entre elles : la mucoviscidose, la drépanocytose, l'hémophilie, l'ostéogenèse imparfaite, le syndrome de Marfan et les maladies neuromusculaires.

- **Former les professionnels de santé à mieux identifier les maladies rares** en intégrant ces

thématiques dans la formation médicale initiale et continue, et en créant des formations à de nouveaux métiers : « conseiller génétique » et « coordonnateur de soins ».

- **Organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostiques** en mettant en place une procédure d'évaluation systématique des programmes de dépistage en population générale, en validant les indications des dépistages individuels (Haute Autorité de santé), et en améliorant la disponibilité des tests diagnostiques de certaines maladies rares via un appel d'offres destiné aux laboratoires de biologie moléculaire. 82 laboratoires de biologie moléculaire ont ainsi été soutenus depuis 2005 pour un montant de 9,1 millions d'euros.

- **Améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge** en instaurant une labellisation nationale des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares : 103 centres de référence ont été labellisés par le ministère de la Santé depuis 2004 pour un montant d'environ 30 millions d'euros.

- **Poursuivre l'effort en faveur des médicaments orphelins**, notamment par l'intégration d'un volet spécifique dans l'accord sectoriel entre l'industrie pharmaceutique et l'État. Les médicaments orphelins sont inscrits sur la liste des molécules innovantes et coûteuses dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité et feront l'objet d'un contrat de bon usage en lien avec les centres de référence labellisés.

- **Répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares** en structurant les liens entre les maisons départementales des personnes handicapées, les centres de référence et les réseaux de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares, notamment par la désignation de référents « maladies rares » dans ces maisons.

- **Promouvoir la recherche sur les maladies rares** en renforçant la priorité « maladies rares » dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et en assurant la coordination des travaux de recherche au sein d'un programme pluriannuel de recherche financé par l'Agence nationale de recherche, en lien avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le ministère de la Recherche, en partenariat avec les acteurs institutionnels, associatifs et industriels sur les années 2005 et 2006, 43 projets de recherche ont bénéficié des crédits du

PHRC pour un montant de plus de 12 millions d'euros.

- **Créer des partenariats nationaux et européens** en pérennisant et développant les missions de la plate-forme maladies rares, notamment par l'identification d'un lieu unique regroupant l'ensemble des partenaires et en développant des partenariats européens dans les domaines suivants : tests biologiques, centres de référence, mutualisation d'expériences professionnelles et associatives. Une première conférence internationale sur les maladies rares s'est tenue à Luxembourg en juin 2005 pour lancer ces partenariats.

La mise en œuvre de ces mesures doit s'étaler sur quatre ans et mobiliser plus de 98 millions d'euros, dont 78 millions d'euros pour le ministère de la Santé et de la Protection sociale et 20 millions d'euros pour le ministère de la Recherche.

Structuration de l'offre de soins

S'il n'existe pas toujours de traitement curatif efficace pour toutes les maladies rares (des recherches actives sont engagées pour les traitements, favorisées par une politique de promotion des médicaments orphelins), des soins précoces et appropriés permettent d'améliorer la qualité de vie et la survie des malades. Dans ce contexte, les patients et leur entourage sont fréquemment confrontés à des difficultés pour l'établissement du diagnostic d'une maladie rare et la mise en place d'une prise en charge adaptée, cohérente et continue.

L'accès aux soins est souvent difficile :

- complexité du parcours du patient, en raison des multiples intervenants concernés par la prise en charge de la pathologie ;
- difficultés d'accès à l'information, tant pour les médecins traitants que pour les patients, sur la pathologie et l'existence de centres disposant d'une expertise sur la maladie ou le groupe de maladies concerné ;
- cloisonnement entre les champs sanitaire, social et médico-social et entre les secteurs libéral et hospitalier pour une approche plus globale de la personne malade dans tous les aspects de sa vie ;
- absence d'identification des interlocuteurs médicaux et paramédicaux de proximité.

Ces difficultés sont à l'origine d'inadéquations pouvant aboutir à des retards au diagnostic et au traitement.

Le Plan national Maladies rares a donc pour objectif de structurer l'organisation de l'offre de soins et d'améliorer sa lisibilité pour les patients et les différents acteurs et structures impliqués dans cette prise en charge. Pour parvenir à cet objectif, il prévoit différentes étapes :

- la reconnaissance des structures d'excellence scientifique et clinique pour les maladies rares à travers une démarche de labellisation de centres de référence pour une (ou un groupe de) maladie(s) rare(s) ;

- la constitution progressive autour de ces centres de référence d'une filière de soins spécialisée permettant au patient de bénéficier, au juste moment, des structures et des personnes adaptées à son niveau de prise en charge.

Centres de référence labellisés maladies rares

Le centre de référence d'une maladie rare ou d'un groupe de maladies rares est un ensemble de compétences pluridisciplinaires hospitalières organisées autour d'équipes médicales hautement spécialisées. Il assure à la fois un rôle d'expertise pour une maladie ou un groupe de maladies rares ayant développé des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine, et un rôle de recours qui lui permet, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre des équipes spécialistes dans le domaine, d'exercer une attraction (inter-régionale, nationale ou internationale) au-delà du bassin de santé de son site d'implantation.

Les centres de référence ont cinq missions :

- faciliter le diagnostic et définir une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social ;
- définir et diffuser des protocoles de prise en charge, en lien avec la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ;
- coordonner les travaux de recherche et participer à la surveillance épidémiologique, en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (InVS) ;
- participer à des actions de formation et d'information pour les professionnels

Labellisation des centres de référence maladies rares

La labellisation est une procédure d'expertise indépendante de désignation des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares. Ces centres, à vocation nationale, répondent à des critères d'excellence scientifique et de compétence médicale. Elle est prononcée par le ministre de la Santé et de la Protection sociale par arrêté pour une durée de cinq ans, après avis du Comité national consultatif de labellisation (CNCL). Ce comité, nommé par le ministre, associe des professionnels de santé experts dans la prise en charge des maladies rares, des représentants des associations de patients, des sociétés savantes et des institutionnels.

Il a pour missions :

- de donner un avis motivé au ministre chargé de la Santé sur l'opportunité de la labellisation des centres de référence, au vu de la conformité des dossiers de candidature à un cahier des charges et de l'adéquation aux besoins de santé ;
- de participer à la mise en place des critères d'évaluation des centres de référence en lien avec la Haute Autorité de santé ;
- d'émettre un avis sur l'opportunité du renouvellement du label.

Par ailleurs, le CNCL peut être saisi pour avis par le ministre pour toute question relative à l'organisation des soins en matière de maladies rares. Composé de 27 membres, il s'appuie sur un bureau constitué d'un représentant de : la conférence des doyens, la conférence des présidents de CME de CHU, la conférence des directeurs généraux de CHU, la Fédération hospitalière de France, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Direction générale de la santé, et

sur un réseau d'évaluateurs associant des experts médicaux des maladies rares, des directeurs d'établissements, des directeurs de soins et des médecins inspecteurs de santé publique.

La labellisation résulte d'un processus en trois étapes :

- appel à projets auprès des CHU mené en collaboration avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) (circulaires DHOS/DGS du 27 mai 2004, du 9 mars 2005 et du 23 janvier 2006) ;
- étude de recevabilité (respect du champ de l'appel d'offres, avis des instances, ARH et Drass) par le bureau du Comité national consultatif de labellisation. En 2004, sur les 213 dossiers reçus par le ministère, 89 ont été retenus pour être évalués par le CNCL. En 2005, ce sont 85 dossiers sur les 124 reçus qui ont été transmis aux évaluateurs. Enfin, en 2006, sur 97 dossiers reçus, 75 ont été analysés par le CNCL ;
- expertise des dossiers et avis du CNCL.

Les dossiers sélectionnés sont adressés à un binôme associant un évaluateur expert des maladies rares et un évaluateur non expert de ce domaine (directeur d'hôpital, directeur de soins infirmiers, médecin inspecteur de santé publique) répondant à des règles d'indépendance par rapport au dossier à évaluer (spécialité et lieu d'exercice).

L'ensemble des évaluations est examiné par le CNCL qui émet un avis sur l'opportunité de labelliser les centres. 103 centres ont été labellisés depuis 2004 (34 en 2004, 33 en 2005 et 36 en 2006, liste disponible sur www.sante.gouv.fr). Un nouvel appel à projets sera lancé en 2007.

Le Plan national Maladies rares prévoit d'accompagner la mise en place des centres de référence par un financement à hauteur de 40 millions d'euros sur la durée du plan. Ce financement doit notamment permettre le recrutement de personnels dédiés aux missions spécifiques de ces centres en termes de définition et de diffusion de protocoles de prise en charge thérapeutiques, d'information et de formation des professionnels de santé, des patients et de leur famille, d'animation et de coordination de réseaux sanitaires et médico-sociaux, et de surveillance épidémiologique.

La liste des centres labellisés est portée à la connaissance des professionnels de santé et des patients *via* les sites du ministère de la Santé et de la Protection sociale et *via* « Orphanet ».

Les centres ainsi labellisés constituent progressivement un réseau d'expertise national pour les tutelles et les organismes d'assurance maladie sur les maladies rares.

Une évaluation est prévue à la fin de la troisième année de fonctionnement des centres et à la fin de la période de labellisation. Les modalités de cette évaluation sont en cours d'élaboration par la Haute Autorité de santé.

La démarche de labellisation engagée par la France s'inscrit dans un cadre européen puisqu'une réflexion est en cours au niveau de la Commission européenne pour mettre en place des centres de référence européens. Les maladies rares, compte tenu de leur spécificité et de l'expérience acquise notamment par la France, ont été retenues comme premier domaine d'application de cette démarche. ■

de santé, les malades et leurs familles, en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;

- animer et coordonner les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux ;
- être des interlocuteurs privilégiés pour les tutelles et les associations de malades.

La désignation des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares est réalisée dans le cadre d'une procédure de labellisation nationale (lire encadré). Elle repose sur une expertise indépendante et s'appuie sur un cahier des charges précis. Le label est attribué par le ministre chargé de la Santé pour une durée de cinq ans.

Le nombre des centres de référence labellisés sera limité car ils ont vocation à être :

- des « têtes de pont » d'une filière de soins spécialisée associant des structures hospitalières, des acteurs sanitaires et sociaux extrahospitaliers de proximité qui vont coordonner la prise en charge des malades au plus près de leur vie quotidienne ;

Typologie de groupes de maladies rares retenue pour l'appel à projets « centres de référence maladies rares »*

- Maladies auto-immunes et maladies systémiques rares
- Maladies cardio-vasculaires rares
- Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique
- Maladies dermatologiques rares
- Maladies endocriniennes rares
- Maladies hépato-gastro-entérologiques rares
- Maladies hématologiques non malignes rares
- Maladies héréditaires du métabolisme
- Maladies neurologiques rares
- Maladies neuromusculaires
- Maladies pulmonaires rares
- Maladies sensorielles rares regroupant les maladies ophtalmologiques rares et les surdités congénitales et génétiques
- Maladies rénales rares
- Maladies osseuses rares
- Déficiences immunitaires rares
- Maladies de la trame conjonctive
- Autres maladies rares

* Cette liste exclut les cancers et les maladies infectieuses rares. Les cancers rares font l'objet d'un appel d'offres spécifique de l'Institut national du cancer en 2006.

● garants de l'expertise (recherche clinique, bonnes pratiques...) afin d'assurer la diffusion des connaissances et l'harmonisation des pratiques entre les différentes structures de prise en charge.

La plupart de ces centres, qui sont tous hospitalo-universitaires, ont une vocation nationale ou interrégionale. L'objectif est de couvrir à l'échéance du plan les principaux groupes de maladies rares. Une typologie de dix-huit groupes de maladies rares a été établie pour permettre une première ébauche des besoins en nombre de centres de référence à l'échéance du plan.

La plupart de ces centres ont une vocation nationale ou interrégionale et, en fonction de la prévalence de la maladie rare, le nombre de centres peut varier d'un seul centre national pour une maladie très rare, à entre cinq et sept centres pour des maladies rares plus fréquentes. Le Plan national Maladies rares prévoit ainsi une montée en charge progressive du nombre de centres de référence sur la durée du plan, ce qui devrait permettre de labelliser d'ici fin 2008 une centaine de centres de

référence pour assurer la prise en charge des maladies rares.

Un financement de 40 millions d'euros accompagnera la mise en place de ces centres.

Ces centres constituent des acteurs majeurs dans la mise en œuvre d'autres mesures du plan, relatives notamment à l'amélioration des connaissances sur les maladies rares (dont la mise en place d'une surveillance épidémiologique de ces maladies), à la qualité de la prise en charge par la production de référentiels et de recommandations de pratiques cliniques en lien avec la Haute Autorité de santé, et à l'information sur les maladies rares, en lien avec les associations de malades, la base de données « Orphanet » et l'Inpes.

Organisation de la filière de soins

La mise en place des centres de référence labellisés constitue une première étape dans l'organisation de la filière de soins pour les patients. Les centres de référence labellisés se différencient des centres de prise en charge car ils apportent des connaissances nouvelles qui bénéfi-

cient à l'ensemble de la filière. Ils n'ont pas vocation à prendre en charge tous les malades atteints de maladies rares, mais doivent organiser autour d'eux la filière de prise en charge en lien avec des structures régionales ou interrégionales.

Ils se distinguent à ce titre des centres cliniques universitaires de qualité qui ont vocation à travailler en lien étroit avec les centres de référence labellisés, notamment pour orienter des malades dont le diagnostic est particulièrement complexe. Réciproquement, les centres labellisés devront organiser progressivement le maillage territorial avec les structures de prise en charge afin de compléter le dispositif. Ainsi, le dispositif proposé dans le cadre du Plan national Maladies rares doit permettre de structurer une organisation graduée de l'offre de soins associant :

- un niveau d'expertise le plus souvent interrégional ou national (les centres de référence labellisés) qui permet le diagnostic des cas complexes (activité de recours), la définition des référentiels et protocoles thérapeutiques, la surveillance épidémiologique et la coordination des activités de recherche (activité de référence) ;

- un niveau de prise en charge le plus souvent régional permettant d'établir un diagnostic dans le cas des maladies rares les plus courantes, de mettre en œuvre une thérapeutique quand elle est disponible et d'organiser la prise en charge en lien avec les centres de référence labellisés et les acteurs et structures sanitaires et médico-sociales. La structuration de la filière de soins pour les maladies rares doit faire l'objet d'une circulaire avant la fin 2006, précisant le rôle des « centres de compétence » dans la prise en charge des malades en lien avec les centres de référence.

La coordination entre ces différents niveaux devra progressivement être formalisée par des conventions entre les structures et les personnes qui constituent la filière de soins. La coordination des acteurs et structures pour la prise en charge de certaines maladies rares pourra être assurée dans le cadre de réseaux de santé. C'est déjà le cas dans certaines régions pour la mucoviscidose. De cette manière, la filière de soins et le réseau de santé vont jouer des rôles complémentaires, chacun conservant sa spécificité et ses propres objectifs.

L'objectif final de cette organisation des soins recommandée par le plan national Maladies rares est la capacité à développer, autour des centres de référence labellisés, un réseau de correspondants au sein des services de CHU ou de grandes régions françaises, qui travaillera en étroite liaison avec le centre de référence. Cette organisation doit permettre d'apporter au malade une prise en charge globale intégrant l'ensemble des étapes diagnostique, thérapeutique,

d'accompagnement et d'orientation vers l'ensemble des acteurs et structures, y compris dans les domaines social et médico-social. Les centres de référence doivent aussi avoir la capacité d'animer des travaux de recherche de niveau national, européen ou international et de coordonner au travers d'actions concrètes la mise en place d'outils partagés permettant d'améliorer la connaissance de ces maladies, au travers notamment de la surveillance

épidémiologique, d'harmoniser les pratiques entre les différentes structures de prise en charge et de travailler en étroite collaboration avec les associations de patient. ■

alcoologie et addictologie

2006 ; 28 [3] : 205-292

Éditorial

- Nous sommes-nous trompés de cible ?
Paul Kiritzé-Topor

Mémoires

- Inventaire de Christo : conséquences de la dépendance. Traduction et utilisation,
Annabelle Morge, Michel Lejoyeux
- Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité,
François Vabret, Tiphaine Houet, Michel Dreyfus, Annie Davy
- Consommation de psychotropes et persistance du trouble des conduites chez les adolescents,
Myriam Laventure, Michèle Déry, Robert Pauzé

Mise au point

- L'entretien motivationnel. II – Les aspects techniques,
Michael Lukasiewicz, Amine Benyamina, Magalie Frenoy-Peres, Michel Reynaud

Pratique clinique

- Phénotype psychocomportemental d'alcoolodépendants exposés à l'alcool *in utero*,
Caroline Mézerette, Laurent Karila, Natacha Fouilhoux, Philippe-Jean Parquet, Michel Goudemand, Thierry Danel
- Entre l'accueil de rue et le soin,
Pierre Poloméni, Jean Nouchi, Olivier Comeau-Montasse, Abdessatar Gasmî
- Sevrage tabagique. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise de décision. Cas clinique,
Philippe Guichenez, Gilbert Germaini, Charly Cungi
- Technival d'Eure-et-Loir, août 2005 : les urgences psychiatriques,
Jacqueline Rangaraj, Jean-Louis Simon, Olivier Bais

Varia

- Alcool fort et sexe faible. Une lecture psychanalytique de Charles Bukowski,
Sophie Gantois-Semet

Libres propos de...

- Frédérique Gardien, Henri Gomez,
La prévention de l'alcoolodépendance

Congrès

- 29^e réunion annuelle de la RSA, juin 2006, Baltimore
- 7^{es} rencontres nationales Femme et Tabac, mai 2006, Angers

Vie de la SFA

- Travail et conduites addictives, 19 mai 2006, Nancy
- Nouveaux membres. Adhésion. Prochaines réunions. Groupes

Informations

- Traitements de substitution aux opiacés : comment améliorer la prise en charge ?
Serge Hefez
- Actualités. Recherche. Livres. Agenda. Annonces