

L'évaluation au niveau régional : les démarches d'évaluation des plans régionaux de santé publique

**Florence de Maria
Isabelle Grémy**
Observatoire régional de santé
d'Ile-de-France

La mesure de la performance est devenue un principe pour les politiques de santé publique nationales comme régionales. C'est l'enseignement d'une étude réalisée sur les plans régionaux de santé publique et les stratégies mises en place pour leur évaluation par les différents partenaires locaux.

La politique de santé publique définie par la loi du 9 août 2004 [1] vise l'amélioration de la santé des Français à travers notamment la réduction des inégalités de santé et de la mortalité prématurée. Celles-ci reposent en particulier sur le renforcement de la prévention dans le système de santé comme moyen d'action sur les déterminants de santé.

De la loi de santé publique de 2004 aux plans régionaux de santé publique (PRSP)

La loi fixe à l'année 2008 l'atteinte de cent objectifs nationaux de santé publique — définis en termes de résultats attendus pour la population — et détermine cinq plans stratégiques de santé¹. Sur un schéma similaire, chaque région française est chargée de déterminer et de mettre en œuvre des

objectifs et des programmes régionaux de santé publique rassemblés au sein d'un plan régional de santé publique (PRSP) défini pour cinq ans. Les programmes régionaux de santé publique qui composent chaque PRSP sont ensuite déclinés en actions de terrain visant à atteindre les objectifs régionaux. La définition de ces objectifs est encadrée par la loi : ils résultent à la fois de la déclinaison régionale des cinq plans (nationaux) stratégiques de santé

1. Plan national de lutte contre le cancer, Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Cadre de l'article, méthode et limites

Les résultats présentés sont issus des travaux réalisés en 2009 par l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, en tant que membre d'un comité de pilotage mis en place pour élaborer un séminaire d'évaluation de l'activité du GRSP francilien. Afin d'enrichir la réflexion collective du comité de pilotage, il s'agissait de recenser les principales typologies de fonctionnement des GRSP des autres régions de France métropolitaine, notamment en termes de démarches d'évaluation, à partir

des informations mises en ligne sur les sites internet dédiés aux PRSP, aux GRSP et aux CRS¹. Par conséquent, les informations reflètent les stratégies de mise en ligne retenues dans chacune des régions.

1. Il peut s'agir de sites internet indépendants (dans douze régions de France métropolitaine), d'onglets dédiés présents sur les sites internet des Drass (huit régions) ou, plus rarement, sur des portails internet régionaux de santé publique (deux régions).

et de la prise en compte des spécificités régionales de santé publique.

L'élaboration de ces plans régionaux est pilotée par l'État. Elle doit s'appuyer sur une vaste concertation régionale, en particulier sur le concours des conférences régionales de santé (CRS²) qui rendent un avis sur le projet de plan [2]. Chaque PRSP comprend également un programme d'études et de statistiques défini notamment pour « accompagner les actions engagées et contribuer à évaluer leurs impacts » [2].

La mise en œuvre des PRSP relève d'une nouvelle institution intitulée groupement régional de santé publique (GRSP), rassemblant les représentants régionaux de l'État et de l'Assurance maladie ainsi que les collectivités territoriales volontaires. Ce groupement a notamment pour mission le financement des actions de terrain issues des programmes régionaux composant les PRSP.

L'élaboration et la mise en œuvre des PRSP ont été ressenties différemment selon les régions françaises : de l'« usine à gaz » pour certaines à un exercice de démocratie sanitaire pour d'autres.

L'enjeu fixé par la loi avec l'instauration des PRSP est le renforcement de la pré-

2. Les membres de la conférence régionale de santé (CRS), au nombre de 60 à 120 membres, sont répartis entre six collèges :

- des représentants des communes, des départements et de la région, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire ;
- des représentants des malades et des usagers du système de santé ;
- des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des professionnels médicaux et non médicaux, y compris sociaux, exerçant dans les établissements de santé et dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des professionnels de médecine préventive et de santé publique ;
- des représentants des institutions et établissements publics et privés de santé, des organismes d'observation de la santé et d'enseignement ou de recherche dans les domaines sanitaire ou social, des institutions sociales et médico-sociales, des organismes de prévention, d'éducation pour la santé, une association intervenant dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, des associations à but humanitaire intervenant dans le domaine de la santé ;
- des personnalités qualifiées désignées en raison de leur compétence ;
- des représentants des acteurs économiques désignés au sein de chacun des deux premiers collèges qui composent le conseil économique et social régional.

Ils sont nommés par arrêté du préfet de région, tout comme sont définis les nombres des membres et de chacun des collèges.

vention en région, à travers la mobilisation des acteurs et institutions intervenant en santé publique autour d'objectifs communs, afin de mener une politique cohérente et structurée de santé publique au niveau régional. Les PRSP constituent ainsi des cadres de planification quinquennale des politiques régionales de santé publique.

Des PRSP à leur évaluation

L'évaluation des PRSP est un principe posé par le législateur de 2004. Selon les textes réglementaires, deux institutions participent à cette évaluation :

- les CRS, qui « contribuent à l'évaluation des programmes pluriannuels régionaux de santé publique » et disposent à cet effet d'une instance particulière de type « formation spécialisée » pour « le suivi et l'évaluation du PRSP et des programmes qui le composent au regard des objectifs régionaux de santé publique » [3] ; il semble qu'un quart des CRS aient mis en place une telle formation ;

- les GRSP qui précisent les modalités de suivi et d'évaluation des actions du PRSP [4].

En France, toutes les régions ont élaboré et mis en œuvre des PRSP. Leur structuration est variable selon les régions ; ils sont généralement organisés autour d'axes stratégiques ou prioritaires, déclinés en objectifs généraux puis en objectifs spécifiques ou opérationnels, ensuite en stratégies d'actions ou programmes d'actions. Un programme d'études et de statistiques figure au sein de la plupart des PRSP, tout comme la description d'une démarche d'évaluation. Sa mise en œuvre repose sur les GRSP qui l'ont principalement envisagée selon trois volets qui peuvent se cumuler :

- une évaluation globale des PRSP ;
- une évaluation de l'atteinte des objectifs des PRSP ;
- une évaluation des actions de terrain financées par les GRSP.

L'évaluation globale intermédiaire des PRSP

Rares avant 2008, les évaluations globales considèrent l'ensemble du processus de PRSP — de son élaboration à sa mise en œuvre — et visent plus largement à apprécier le degré d'appropriation du plan par l'ensemble des acteurs.

Depuis avril 2008, ces évaluations bénéficient d'un guide méthodologique

proposé par la direction générale de la Santé (DGS), coordinatrice d'un « guide repère pour les acteurs » [5]. Certains GRSP le mentionnent d'ailleurs comme appui possible à la réflexion sur l'évaluation du PRSP.

Selon les préconisations ministérielles, ce volet s'intéresse aux dynamiques mises en place avec les PRSP plutôt qu'à l'analyse de leur impact sanitaire (faute de recul suffisant). En ce sens, les évaluations globales des PRSP sont qualifiées d'« intermédiaires ».

Les questions évaluatives portent le plus souvent sur [5, 6, 7] :

- les enjeux et la raison d'être des PRSP par exemple « en quoi l'élaboration de l'état des lieux a-t-elle permis de dégager des enjeux de santé publique stratégiques et partagés ? » ;

- leur structuration : en quoi a-t-elle permis de clarifier et de mettre en cohérence l'ensemble des interventions en matière de santé sur le territoire ?... ;

- leur mise en œuvre, notamment en termes d'adéquation des moyens financiers et organisationnels initialement mobilisés au regard des finalités du plan ou de contribution potentielle des actions financées aux objectifs du plan ; le bilan des ressources peut alors se limiter à celles investies par les membres du GRSP ou considérer l'ensemble de celles concourant à la mise en œuvre des PRSP (GRSP et autres institutions) ;

- leurs impacts autres que sanitaires, en particulier sur l'approche territoriale de la politique de santé ou concernant la reconnaissance des PRSP comme un outil de référence, de négociation et de partenariat entre les acteurs de santé publique.

Une instance d'évaluation est fréquemment créée afin de piloter la démarche dont la mise en œuvre repose généralement sur un prestataire recruté par appel d'offres.

C'est dans le cadre de ce volet que les interactions GRSP-CRS sont les plus développées, via leur participation commune au pilotage de l'instance évaluative — allant de la présence de la conférence régionale de santé à un véritable rôle de pilote de cette instance.

L'évaluation de l'atteinte des objectifs des PRSP

Ce volet s'intéresse aux objectifs sanitaires déterminés pour chaque PRSP : il s'agit de définir un corpus d'indicateurs (quantitatifs et/ou qualitatifs), à la fois transversaux

et thématiques, qui permettent de documenter les objectifs des PRSP pour en suivre l'évolution. Ceux-ci ne permettent pas de mesurer l'impact des actions financées par le GRSP [8], d'autres facteurs pouvant entrer en ligne de compte (la survenue de crises par exemple).

Comme pour le volet précédent, les acteurs régionaux en charge de ce volet ont pu s'appuyer sur un outil national [9] réalisé en 2005, présentant les indicateurs permettant le suivi des 100 objectifs nationaux de santé publique issus de la loi du 9 août 2004 [1], renseignés annuellement.

Envisagés dans de nombreux PRSP au niveau d'un axe transversal relatif à l'amélioration de l'observation de la santé ou (plus rarement) déjà décrits précisément — souvent dans le cadre des « programmes d'études et de statistiques » attachés aux PRSP —, ces indicateurs s'appuient sur les observatoires régionaux de la santé (ORS) pour leur définition et leur suivi. Si les GRSP pilotent ce volet, les CRS y participent rarement. L'une d'entre elles regrette l'absence de collaboration sur la définition du cahier des charges relatif aux indicateurs d'observation de la santé et s'interroge sur la possible inertie des indicateurs retenus « *au regard de la durée de vie du plan* » ainsi que sur la prise en compte d'indicateurs de comportement « *qui sont aussi des résultats de l'action [...] même si ces indicateurs sont difficiles à réaliser* » [10].

En termes de mise en œuvre opérationnelle, les dispositifs sollicités diffèrent selon les régions. Ils sont plus ou moins dynamiques : plates-formes d'observation sanitaire et sociale (antérieures ou créées à cet effet), système d'information régionale sur l'état de santé de la population, base locale d'informations statistiques en santé, tableau de bord... Quelques-uns permettent d'obtenir des informations d'échelle territoriale inférieure au département (bassin de santé, canton, pays, communauté d'agglomération, commune).

L'évaluation des actions de terrain financées par les GRSP

Celle-ci concerne principalement les actions financées par un appel à projets annuel. Leur suivi repose sur une auto-évaluation qui constitue fréquemment un des critères de sélection ou de recevabilité de la demande de financement, voire une condition d'éligi-

bilité lors d'un prochain appel à projets dans le cadre d'une demande de renouvellement du financement. Le manque de culture commune en matière d'évaluation et de maîtrise des outils et méthodes représente la principale difficulté pour les acteurs de terrain confrontés à cette auto-évaluation [10]. Pourtant, peu de GRSP fournissent un accompagnement spécifique. Plus rare encore, le retour d'informations sur les auto-évaluations reste une exception.

Par ailleurs, quelques GRSP proposent une évaluation plus approfondie d'un échantillon d'actions financées par leur appel à projets annuel, sélectionnées en fonction de différents critères comme le type d'action ou le montant du financement par exemple. Centrée sur l'amélioration de la qualité des actions, l'évaluation relève alors soit d'un groupe de travail du GRSP ou d'un prestataire extérieur sélectionné sur appel d'offres du GRSP, soit d'une commission spécialisée de la CRS. Ce type d'évaluation qui permet d'associer étroitement les acteurs de terrain à la démarche d'évaluation, non seulement au niveau de la réalisation — *via* les auditions — mais aussi au niveau de la restitution des conclusions de la démarche, constitue certainement une réponse opérationnelle aux difficultés des acteurs de terrain confrontés à l'évaluation de leur action.

Le cas particulier de l'Ile-de-France

Dans la région francilienne, le plan régional de santé publique, défini pour les années 2006-2010, comporte cinq axes prioritaires déclinés en trente objectifs régionaux de santé publique.

La démarche évaluative correspondante a été d'emblée envisagée — lors de l'élaboration du PRSP comme lors de sa mise en œuvre. Si cette démarche a été comprise comme nécessaire et impérative, ainsi d'ailleurs que le prévoyaient les textes, sa mise en œuvre était somme toute assez nouvelle dans le cadre de la programmation régionale en santé publique. Elle a été envisagée selon trois phases qui ont été successivement mises en œuvre par différentes instances :

La première phase d'évaluation (2005-2007) a été construite avant la mise à disposition par la DGS du guide d'évaluation des PRSP [5]. Elle concernait tout à la fois des éléments d'évaluation globale, des éléments méthodologiques de suivi des

objectifs du PRSP (mise en place des outils de mesure nécessaires) et des éléments relatifs aux actions de terrain financées par le GRSP. Cette phase a été essentiellement portée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), puis le GRSP à partir de 2006 (ou sous la conduite de ce groupement et de ses différentes instances). Ainsi ont été élaborés :

- préalablement à la mise en place du PRSP, un bilan des plans et des programmes de santé publique et de prévention [11] existant dans la région ainsi que leurs principaux financeurs ; ce bilan a montré l'extrême hétérogénéité et multiplicité des acteurs, de leurs modes opératoires et des portages juridiques ; il a également mis l'accent sur la faiblesse des financements et surtout sur le manque de visibilité et de coordination des actions menées, des populations et de leur couverture territoriale ;
- un premier exercice de présentation publique du budget d'ensemble du GRSP (autour de trente millions d'euros), envisagé selon la source des financements (État, Assurance maladie, conseil régional...), le mode d'attribution (un tiers pour financer l'appel à projets annuel du GRSP, deux tiers pour les dispositifs structurels³) et selon les objectifs du PRSP (constat d'une prédominance des financements pour la prévention du VIH et des addictions) ;
- ces deux démarches novatrices, réalisées pour la première fois en Ile-de-France, tentaient ainsi d'ébaucher un budget régional de la santé publique et de la prévention et d'apprécier la part — relativement faible — du budget directement gérée par le GRSP destinée aux actions de prévention et de santé publique ;
- la liste [12], les définitions et les modes de calculs des différents indicateurs permettant le suivi des objectifs de santé publique simultanément à l'élaboration du PRSP ; cette phase a mobilisé un nombre considérable d'acteurs — professionnels

3. « La part importante du structurel dans le budget du GRSP est une spécificité francilienne directement en lien avec le contexte régional particulier des années 1980 en matière de toxicomanie et de sida, à l'origine de la mise en place de structures et dispositifs médico-sociaux très spécifiques, financés par des lignes budgétaires particulières : les crédits structurels, gérés par la Drass Ile-de-France. Les crédits structurels sont ainsi des financements "fléchés" : le GRSP semble disposer de peu de marge de manœuvre en ce qui concerne leur attribution. Ils financent le fonctionnement de structures médico-sociales de type associatif, des actions de prévention et aussi de l'hébergement. » [17].

de santé aussi bien qu'acteurs des collectivités territoriales — tant au niveau régional qu'au niveau départemental ou infradépartemental ;

- un nouveau cadre d'auto-évaluation des actions de terrain financées par l'appel à projets du GRSP [13], ciblant, outre des éléments d'activité, des éléments de processus et de résultat de l'action ;

- un outil de suivi des actions de terrain financées par l'appel à projets du GRSP pour l'établissement d'un diagnostic de la prévention en santé publique ; cet outil a permis de connaître, pour l'ensemble des objectifs couverts par l'appel à projets, le nombre d'acteurs de terrain financés ainsi que l'importance respective des objectifs de santé financés.

La deuxième phase de l'évaluation (2007-2008) a été portée par la conférence régionale de santé (CRS) dans le cadre de sa « formation spécialisée suivi et évaluation » (FSSE) prévue par le décret du 8 décembre 2005 [3]. Elle a situé son travail en complémentarité de celui de la première phase d'évaluation. Quatre axes principaux ont guidé les travaux de la FSSE : une évaluation globale de quelques aspects du PRSP, une réflexion sur la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le PRSP et des zooms sur deux thématiques : le grand âge et les addictions. Un rapport [14] assorti de recommandations a été présenté à la conférence régionale de santé en juin 2008. Il plaidait notamment pour une amélioration de la démocratie sanitaire au sein de la région, en formalisant les liens entre CRS et GRSP, et témoignait de la faible prise en compte des inégalités de santé. Enfin, tout en reconnaissant une amélioration de la visibilité et de la transparence des processus d'attribution des financements, il en pointait la lourdeur, la bureaucratie et la faible efficacité. Parallèlement à cette démarche, le GRSP a confié à l'ORS le soin d'établir, objectif par objectif du PRSP, un état des lieux de la santé des Franciliens [15] en début de plan, c'est-à-dire pour l'année 2006. Ce document, publié en mars 2008 et mis en ligne sur l'ensemble des sites internet des services régionaux de l'État, est destiné à être répété après la fin du plan, en 2011-2012.

Une troisième phase (2008-2009) a ensuite été mise en place, largement dictée par le souci de fournir les éléments d'évaluation les plus complets possibles et les plus à jour au préfigurateur de l'agence

régionale de santé (ARS) dès son arrivée. Trois événements et travaux ont ponctué cette dernière phase :

- une démarche d'évaluation de l'activité du GRSP qui a culminé avec un séminaire organisé le 30 septembre 2009, où la parole a été donnée à l'ensemble des acteurs institutionnels territoriaux et usagers ; un document présentant des recommandations pour la future ARS a été réalisé à l'issue de ce séminaire (novembre 2009) ;

- une mise à jour en décembre 2009 du document coordonné par l'ORS [16], intégrant les données les plus récentes,

notamment en matière de démographie (issues du recensement rénové de population 2006) et de mortalité (année 2007) ;

- surtout la mise en œuvre fin 2009 d'une évaluation « intermédiaire » (cf. la partie relative à l'évaluation globale des PRSP), réalisée par un prestataire extérieur, est à ce jour en cours de finalisation. Cette évaluation prend en compte notamment le guide méthodologique de la DGS [5].

La démarche d'évaluation a été une constante préoccupation durant l'élaboration et la mise en œuvre du PRSP en Ile-de-France. Elle est ainsi intervenue très tôt, bien avant la publication du document

Références

1. Loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique.
2. Circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.
3. Décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé.
4. Décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.
5. *Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique – Quelques repères pour les acteurs*. Ministère de la Santé et des Sports, direction générale de la Santé, 2008, 78 p.
6. *Évaluation du plan régional de santé publique des Pays de la Loire (2006-2009)*. GRSP des Pays de la Loire, 2008, 22 p.
7. *Eureval. Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique de la région Centre*. GRSP du Centre, 2009, 88 p.
8. *La Bretagne en santé – Plan régional de santé publique 2006-2010*. Préfecture de région Bretagne, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne, 2006, 183 p.
9. *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités, direction générale de la Santé, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2005, 228 p.
10. Avis de la CRS sur la mise en œuvre du programme régional de santé publique Rhône-Alpes à mi-parcours. In *Actes de la plénière du 18 juin*, conférence régionale de santé Rhône-Alpes, 2008, p. 6-40.
11. *Bilan des plans et des programmes de prévention*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, 2005, 68 p.
12. *Le Programme d'études et de statistiques du PRSP*. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France – groupe PES, 2007, 186p.
13. *Appel à projets 2007 – Guide du promoteur*. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France.
14. *Suivi et évaluation de quelques aspects du PRSP Ile-de-France : l'apport de la conférence régionale de santé*. Conférence régionale de santé d'Ile-de-France – FSSE, 2008, 33 p.
15. *Le plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006*. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008, 180 p.
16. *Le suivi des indicateurs du plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : édition actualisée et complétée*. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009, 236 p.
17. Loi organique n° 2001-692 relative aux lois de finance.

national de référence par la DGS en avril 2008 [5]. À cette époque, les différentes démarches d'évaluation étaient déjà largement engagées dans la région, c'est pourquoi l'évaluation du PRSP francilien au regard de ce bilan peut sembler désordonnée, car elle a été menée précocement et portée par différents acteurs qui n'étaient pas forcément informés des démarches parallèles ou précédentes. Elles ont toutes fait le constat de la faiblesse des budgets, des moyens du GRSP, mettant ainsi en doute la capacité du PRSP à réellement pouvoir infléchir les évolutions des problèmes de santé publique conformément au plan.

Conclusion

Avec la Lof [17] en 2001, l'évaluation des politiques publiques est devenue un outil pour la mesure de la performance. La loi du 9 août 2004 [1] en a fait un principe pour la politique de santé publique et les politiques régionales correspondantes. Cette volonté législative a trouvé un fort écho régional : toutes les régions de France métropolitaine ont développé une ou plusieurs démarches d'évaluation de leur plan régional de santé publique. Nombreuses sont celles qui l'ont inscrite au sein même de leur plan. La plupart des démarches d'évaluation ciblent les principales composantes des plans : objectifs et actions. Toutefois des démarches plus globales tendent à se déployer, certainement en lien avec les travaux de la direction générale de la Santé [5]. Ces démarches sont d'ailleurs probablement celles qui favorisent le plus les échanges entre acteurs et institutions de santé publique. Cette reconnaissance de l'évaluation des politiques publiques de santé publique — affirmée régionalement — doit encourager les agences régionales de santé à poursuivre et renforcer ces démarches. ■

Alcoolologie et Addictologie

2010 ; 32 [1] : 1-88

Éditorial

- Usage de substances par les adolescents : quand s'inquiéter et comment réagir ? *Pierre-André Michaud*

Revue de la littérature

- Les communautés thérapeutiques. Les spécificités d'une expérience française, *Muriel Lascaux, Jean-Pierre Couteron, Georges Van Der Straten, Jean-Michel Delile*

Études originales

- Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés, *Christophe Palle, Martine Daoust, Akim Houchi, Marc Kusterer*
- Évolution des émotions et de la satisfaction corporelle. Suivi de six mois après sevrage d'alcool, *Caroline Besancenet, Serge Sultan*
- Addiction aux opiacés et à la cocaïne au Maroc. Expérience du Centre national de prévention et de recherche en toxicomanie, *Hanane Zaki, Othmane Yassine, Houda Khalloufi, Hanane Taïbi, Jallal Toufiq, Fatima El Omari*

Pratique clinique

- Prévention du sevrage alcoolique aux urgences. Utilisation systématique du score CIWA-Ar, *Frédéric Guillo, Josette Simon*
- Contextes et normes dans la perception de l'alcoolisme, *Grégory Lo Monaco, Christian Guimelli, Maud Hidalgo*

- Schizophrénie et addiction. Étude en milieu hospitalier tunisien, *Mohamed Hadj Ammar, Sami Khammouma, Hichem Bourguiba*
- Troubles psychotiques et abus de cannabis. Étude en milieu hospitalier (République centrafricaine), *André Tabo, Caleb Grégoire Kette, Simliwa Kolou Dassa, Alain Maxime Mouanga, Pascal Mbelesso, Arouna Ouedraogo, René Gualbert Ahyi*

Varia

- Le psychiatre face aux problèmes de toxicomanie en Afrique. Exemple de la République centrafricaine, *André Tabo, Caleb Grégoire Kette, Alain Maxime Mouanga, Simliwa Kolou Dassa, Pascal Mbelesso, Arouna Ouedraogo, René Gualbert Ahyi*

Libres propos de...

- Michel Lejoyeux, *Quand Françoise Sagan se sevrerait du « 875 » ou le roman vrai d'un sevrage littéraire*

Congrès

- 3^e congrès national de la Société française de tabacologie. Tabac et santé, novembre 2009, Brest

Vie de la SFA

- Adhésion. Prochaines réunions

Informations

- Annonces. Agenda. Recherche. Livres.

Alcoolologie et addictologie. P^r Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr