

Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient

Jean-François d'Ivernois
Rémi Gagnayre

Laboratoire de pédagogie de la santé,
UPRES EA 3412, université Paris 13
Rédacteurs de l'article présentant
les travaux de trois équipes
universitaires citées page 59.

Trois centres universitaires, impliqués dans le développement de l'éducation thérapeutique, ont travaillé sur l'évaluation de cette pratique auprès du patient. Présentation de ces travaux et recommandations.

En trente ans, l'éducation thérapeutique est devenue une pratique et un champ d'étude. Des programmes d'éducation ont été mis en œuvre pour des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, l'hémophilie, les maladies cardio-vasculaires, la dermatite atopique...

En effet, les maladies chroniques constituent un formidable défi pour la société puisque l'on estime que, vers 2020, elles représenteront la première cause de mortalité et d'incapacité dans le monde [1]. Leur prise en charge nécessite dorénavant que le patient devienne un partenaire des soignants [2, 3], formé à la gestion de sa maladie [4, 5]. De nombreuses études montrent aujourd'hui, en particulier dans les domaines du diabète et de l'asthme, les effets favorables de l'éducation thérapeutique pour le patient : réduction du nombre d'incidents aigus, retard à l'apparition des complications, développement des compétences d'auto-soins et psycho-sociales, et amélioration de la qualité de vie [6-12]. En 1998, un groupe de travail de l'OMS-Région Europe, constitué à l'initiative des trois centres signataires de cet article, a donné la définition suivante [13] : « L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société. Elle est essentielle pour une autogestion efficace

et pour la qualité des soins des maladies de longue durée, même si les patients souffrant de maladies aiguës ne doivent pas en être exclus. L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient, et doit être conçue pour permettre aux patients (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.). »

Alors que l'éducation thérapeutique tend à prendre une place de plus en plus importante dans les systèmes de soins, des évaluations sont attendues et parfois imposées, sans que les protocoles d'évaluation soient recommandés aux acteurs. Cette situation conduit parfois les acteurs à prendre des décisions sans pour autant que les résultats qu'ils obtiennent reflètent la complexité des transformations qui s'opèrent chez les patients. Parfois, ces résultats attendus ne sont pas atteints car l'évaluation n'est pas appropriée [14].

Ce texte de recommandations porte principalement sur les principes de l'évaluation de l'éducation thérapeutique. Même si certaines propositions concernent les objets, les critères et les indicateurs d'évaluation, les centres ont souhaité partager dans un premier temps une orientation méthodologique et avant tout un état d'esprit conférant à l'évaluation une dimension thérapeutique formative et d'apprentissage.

Définition de l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient

En éducation thérapeutique, évaluer c'est : collecter des informations pertinentes, fiables, valides, les analyser et les comparer à des éléments de référence ou normes. Ces normes peuvent être objectives ou subjectives, internes ou externes à l'éducation thérapeutique en vue de prendre des décisions d'ordre thérapeutique, éducatif, organisationnel, stratégique ou politique.

L'évaluation ne devrait pas être utilisée comme une sanction médicale, éducative, institutionnelle ou sociale, ni être l'expression de toute autre forme de rapport excluant le patient de la situation d'évaluation.

Principes de l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient

L'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient rend compte de processus multifactoriels et interdépendants. Elle relève donc d'une pensée systémique. L'évaluation de l'éducation thérapeutique mobilise des critères et des indicateurs biologiques, cliniques, pédagogiques, psychologiques, sociaux, organisationnels, économiques et politiques.

Ces critères, ces indicateurs évoluent différemment dans le temps. Cette évolution doit être également prise en compte par l'évaluation.

C'est leur mise en lien en termes de questionnement, de décision à prendre qui caractérise la réflexion évaluative, constituant une approche globale qui dépasse par conséquent les procédures d'évaluation factuelles, partielles et standardisées.

Évaluer l'éducation thérapeutique du patient, ce n'est pas seulement mesurer l'atteinte des objectifs fixés, mais aussi ses effets sur un ensemble de transformations dont plusieurs étaient attendues ou non.

Dans le contexte de l'éducation du patient, toute évaluation est également un acte thérapeutique dans la mesure où le patient participe à l'analyse des résultats et aux décisions thérapeutiques et éducatives.

L'évaluation fait partie du processus éducatif, et à ce titre doit être prévue et planifiée dès le début du programme d'éducation. L'analyse des besoins du patient

et particulièrement le diagnostic éducatif participent de l'évaluation de l'éducation thérapeutique dont ils constituent une phase de référence à la co-construction de normes avec le patient, pour asseoir les repères d'une démarche d'éducation.

Le patient devrait participer au choix de moment, des conditions et des outils de son évaluation. De même, le patient devrait être renseigné systématiquement et complètement sur les résultats des différentes évaluations.

Pour éviter tout abus d'interprétation, la signification des résultats devrait être discutée par le patient et les soignants. La validité statistique n'est pas la seule garante de la pertinence d'une lecture ou d'une interprétation.

Par ailleurs, les moyens et outils d'évaluation sont généralement créés et validés dans un contexte spécifique. Ils ne sont pas nécessairement pertinents dans un autre contexte. Trop souvent, la validité porte essentiellement sur leur traduction et moins sur leur pertinence culturelle dans le contexte d'application.

Cela implique que les moyens et outils d'évaluation soient toujours utilisés avec une extrême prudence face à la diversité et la complexité des situations cliniques et éducatives, et qu'il est particulièrement périlleux de réduire un ensemble de transformations observées chez le patient à des scores et des pondérations.

Objets, critères et indicateurs de l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient

Transformations du patient, de sa famille et de son entourage

L'évaluation vise à mettre en valeur objectivement et subjectivement les transformations du patient qui se manifestent sous différentes dimensions (bioclinique, psychologique, sociale et pédagogique) et qui concernent également son entourage (famille, aidant naturel, milieu scolaire, professionnel et de loisir...). Le patient est appelé à produire des critères, des indicateurs qui serviront, comme ceux du soignant, à établir des repères.

Ainsi, la mise en lien de ces critères et de ces indicateurs conduit à repérer une tendance chez le patient des transformations qui s'opèrent. Toute transformation, aussi modeste soit-elle, peut être considérée significative et témoigne d'un

engagement du patient pour préserver ou améliorer sa santé.

- *Le domaine bioclinique*, dans lequel se déclinent les preuves « objectives » des changements intervenus au niveau biologique ou clinique, résulte des modifications de comportement du patient, suite à l'éducation. Ici se retrouvent des indicateurs tels que : le taux d'hémoglobine glyquée des diabétiques, l'index de masse corporelle des obèses, la pression artérielle des hypertendus, les taux de lipides des coronariens, la réduction du nombre de crises et de ré-hospitalisations d'urgence des patients diabétiques, asthmatiques, insuffisants cardiaques, etc., l'amélioration de l'observance (médicamenteuse, nutritionnelle et activité physique) et le retard à l'apparition des complications. Pour importante qu'elle soit (puisque l'éducation est thérapeutique), cette évaluation bioclinique ne peut cependant prétendre au monopole de la preuve de l'efficacité. En effet, la mesure d'un état (aboutissement d'une transformation) ne peut se comprendre et s'interpréter correctement qu'en regard du processus qui y a conduit. C'est la raison pour laquelle il est légitime dans les autres dimensions — pédagogique, psychologique et sociale — de s'intéresser autant au processus qu'au résultat.

- *L'évaluation dans le domaine pédagogique* permet de s'assurer que le patient a appris et que cet apprentissage a créé chez lui des potentialités, des compétences, toutes conditions nécessaires à l'opération d'un changement ultérieur. Les compétences relevant du savoir concernent l'ensemble des connaissances déclaratives et procédurales que le patient peut acquérir sur sa maladie et son traitement. Plusieurs aspects sont importants à évaluer : la construction et l'organisation des connaissances (cartes conceptuelles), la confiance que le patient accorde à ses connaissances (mesure des degrés de certitude...), l'acquisition d'un vocabulaire médical, la compréhension des phénomènes et des mécanismes, l'analyse et l'interprétation des signes et des situations, la résolution de problèmes et les décisions pertinentes pour assurer une sécurité vitale. C'est aussi une meilleure connaissance de soi et de ses besoins, une meilleure gestion du recours aux soins. C'est encore la maîtrise des techniques et gestes d'autosurveillance et de soins par la manipulation d'appareils de mesure et de traitement.

Le patient est aussi amené, par l'éducation, à développer des compétences perceptives, c'est-à-dire une écoute plus fine, plus analytique des messages que lui envoie son corps : perception précoce des petits signes annonciateurs d'une crise (hypoglycémie, crise d'asthme, migraine, par exemple) et la reconnaissance des émotions que la perception de ces signes peut produire. La connaissance que le patient développe sur l'ensemble de ses connaissances est appelée la métacognition. Elle se caractérise par une capacité à l'autoévaluation, à la perception de la maîtrise et de l'autoefficacité, à la planification, à l'anticipation, à l'adaptation des conduites à un autre contexte... La gestion de plusieurs types d'émotions par le patient peut être aussi légitimement considérée comme un résultat de l'éducation thérapeutique. On tentera ici d'évaluer, par exemple, la réduction des peurs liées à la maladie (chute, crise, douleur, mort...) et au traitement, la baisse du niveau de stress et d'anxiété, une moindre crainte d'apprendre (peur de l'échec scolaire), mais, au contraire, l'amélioration de la confiance en soi...

La perception de l'utilité de l'éducation par le patient et sa satisfaction devraient être mesurées systématiquement au terme de chaque séquence d'éducation. Enfin, la renaissance d'un projet éteint par la préoccupation de la maladie ou, au contraire, son émergence grâce au sentiment qu'éprouve le patient de mieux gérer son état constituent un des critères importants de l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

- *L'évaluation psychosociale* apprécie, quant à elle, les modifications de certains aspects de la vie et du vécu du patient. On évalue les changements dans les croyances et les représentations de santé, les déplacements de l'attribution causale, l'évolution de l'image et de l'estime de soi, de la perception d'auto-efficacité et l'amélioration de sa qualité de vie. On cherche, par ailleurs, à vérifier si l'éducation thérapeutique a conduit le patient à une meilleure gestion de sa vie et de sa maladie, l'amenant par là même à réduire son absentéisme, à rompre avec l'isolement social, à changer certains comportements (nutrition, exercice physique, arrêt du tabac, modification de son habitat par exemple).

L'interface sociale, et en particulier la transformation par le patient de son

Équipes universitaires

- Jean-François d'Ivernois (professeur des sciences de l'éducation, directeur), Rémi Gagnayre (professeur des sciences de l'éducation), Claire Marchand (maître de conférences en sciences de l'éducation), Jacqueline Iguenane (docteur en sciences de l'éducation, chargée de mission) : Laboratoire de pédagogie de la santé, UPRES EA 3412-UFR-SMBH Léonard de Vinci, université Paris 13, 93017 Bobigny.
- Alain Deccache (professeur de santé publique, directeur), France Libion (enseignant-chercheur santé publique), Joëlle Berrewaerts (enseignant-chercheur santé publique) : Unité Reso, éducation pour la santé, éducation du patient faculté de médecine, École de santé publique-Université catholique de Louvain Bruxelles (Belgique).
- Jean-Philippe Assal (professeur de diabétologie), Alain Golay (professeur de diabétologie, directeur), Aline Lasserre-Moutet (psychopédagogue) : Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpital cantonal universitaire de Genève (Suisse).

milieu familial en milieu aidant, constitue une nouvelle dimension de l'évaluation de l'éducation thérapeutique. Il peut s'agir d'une retransmission des savoirs qu'il s'est appropriés, l'éduqué se faisant à son tour éducateur ; ce peut être également des changements qu'il opère dans son lieu et mode de vie avec le consentement de la famille. Les apprentissages de la famille reliés directement à une intervention éducative constituent un objet d'évaluation ; c'est le cas tout particulièrement dans l'éducation de l'enfant patient.

Transformations du soignant-éducateur, de l'équipe et des acteurs de santé

L'éducation thérapeutique modifie en profondeur et durablement les valeurs et le rôle des soignants, des équipes de soins, en même temps qu'elle favorise l'implication de nouveaux acteurs de santé comme les associations de patients.

Le changement des valeurs, de représentation que suscite la pratique de l'éducation thérapeutique du patient concerne tout à la fois le regard que le soignant porte sur le patient et la relation qu'il développe avec lui.

Ainsi, le patient doit être considéré par le soignant comme un partenaire compétent, expert de sa maladie. À ce titre, il est important que le patient énonce sa propre norme de santé à partir de laquelle peut se conclure une alliance thérapeutique.

Par ailleurs, cette évaluation devrait porter sur la pratique du soignant, dénotant une tolérance vis-à-vis du temps mis par le patient à modifier ou non son comportement et les fluctuations dans la conduite du traitement telles que des épisodes d'abandon du traitement, de rechute...

Il découle aussi de la problématique des maladies chroniques une transformation de la perception, chez les soignants, des effets dans le temps de leur intervention. Ainsi, les soignants engagés dans l'éducation thérapeutique reconnaissent que les effets de leur éducation peuvent être différés selon le rythme de changement et d'apprentissage du patient et organisent en conséquence un continuum éducatif (suivi et reprise éducatives, maintien du lien avec le patient...).

In fine, c'est le principe de l'autodétermination du patient, accepté par le soignant et l'équipe, qui constitue la finalité qu'ils assignent à l'éducation thérapeutique. Ce principe d'autodétermination s'inscrit dans le mouvement plus général de l'« empowerment ».

Le rapport technique de l'OMS-Europe de 1998, dans son annexe 1, reconnaît plusieurs niveaux de compétence pour les soignants selon qu'ils :

- éduquent le patient dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique existant ;
- initient, développent et mettent en œuvre un programme d'éducation thérapeutique ;
- initient, planifient ou coordonnent plusieurs programmes d'éducation thérapeutique au niveau d'un établissement ou d'un réseau de soins.

D'autres compétences peuvent être évaluées. Une liste de compétences des éducateurs-soignants et des équipes d'éducation est proposée (en annexes 2-3) en lien avec des programmes éducatifs qui font acquérir eux-mêmes des compétences essentielles aux patients.

Les pratiques des éducateurs-soignants

et de l'équipe sont évaluées sur la base de critères tels que :

- cohérence observée entre les valeurs, les intentions pédagogiques et les interventions des soignants-éducateurs au sein de l'équipe ;
- cohérence observée entre les explications, conseils, messages recommandations que délivrent les éducateurs-soignants d'une même équipe ;
- caractère interdisciplinaire de l'équipe et des interventions dans le programme éducatif ;
- connaissances actualisées chez les éducateurs-soignants des théories et concepts de la pédagogie du patient ;
- créativité éducative des éducateurs-soignants et de l'équipe se traduisant par une recherche permanente d'innovation au niveau des techniques et des supports pédagogiques.

Le programme d'éducation thérapeutique, les activités d'éducation, les supports de l'éducation thérapeutique

Toute évaluation de programme éducatif doit comprendre impérativement sa description détaillée, tant sur le plan de ses références théoriques, de ses objectifs, de son organisation pédagogique que des contenus et des caractéristiques des intervenants

(parcours de formation, expérience, par exemple...).

On s'assure que le programme est :

- formalisé, répété régulièrement ;
- remis, expliqué au patient, diffusé au médecin traitant et aux professionnels de santé concernés ;
- personnalisé en tenant compte des besoins des patients (diagnostic éducatif) ;
- intégré aux soins ;
- évolutif, multiforme (groupes de patients, consultation individuelle, éducation à distance...) ;
- qu'il fait appel à des supports, documents et outils éducatifs dont les critères de qualité sont mentionnés en annexe 4 du rapport précité.

Structures d'éducation et coordination avec les soins

Il s'agit à ce niveau d'évaluer la « valence » prévention, et par conséquent le caractère effectif des missions éducatives des structures de soins et de santé :

- Énonciation et affirmation d'une politique d'éducation thérapeutique.
- Garantie de l'accessibilité de l'éducation thérapeutique à tous les patients par l'utilisation le moyen d'outils d'information, y compris les nouvelles technologies de l'éducation et de la communication.

● Mobilisation des ressources humaines et matérielles, créations des fonctionnalités nécessaires.

● Participation des patients, des associations de patients au développement et à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.

● Établissement de liens avec d'autres structures de soins et de santé, mise en réseau des activités d'éducation thérapeutique.

● Meilleure intégration des activités d'éducation thérapeutique dans le bassin de vie.

● Meilleure visibilité, valorisation de l'image et du prestige de la structure.

Stratégies de prévention et économie de la santé

Aux niveaux régional et national, la reconnaissance et le développement de l'éducation thérapeutique s'inscrivent dans une politique qui prend en considération les effets positifs à moyen et long terme de la prévention secondaire et tertiaire.

Les objets de l'évaluation peuvent être, par exemple, les effets à terme de l'éducation thérapeutique :

- Épidémiologiques : morbidité, mortalité, fréquence des complications et retard à leur apparition...

Bibliographie

1. Epping-Jordan J., Bengoa R., Kawar R., Sabate E. « 2001, The challenge of chronic conditions : WHO responds ». *BMJ*, 323 : 947-48.
2. Assal J.-Ph. « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge ». *Encyclop. med. chir.*, Ed Elsevier, Paris, 10-365-A-10, 1997
3. Lorig K. « Partnerships between expert patients and physicians », *The Lancet*, Vol 359, march 9, 2002, 814-815.
4. Lacroix A., Assal J.-Ph. *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*, Paris, Maloine, 2^e ed., 2003.
5. Ivernois (d') J-F, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient — approche pédagogique*, Paris, Maloine, 2^e ed., 2004.
6. Golay A., Bloise D., Maldonato A. « The education of people with diabetes ». In

Textbook of diabetes 13rd ed. Pickup and Williams. 2002, Blackwell publishing.

7. Lorig K., Sobel D. S., Stewart A. L., et al., « Evidence Suggesting that a chronic disease self-management program can improve health Status while reducing hospitalization — a randomized trial », *Medical Care*, Vol. 37, n° 1, pp. 5-14, 1999.
8. Gibson P. G., Coughlan J., Wilson A. J., et al., « Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma », *Cochrane Database Syst rev.* 2000 ; [2] ; CD 001117.
9. Norris S. L., Engelgau M. M., Narayan K. M. « Effectiveness of self - management training in type 2 diabetes : a systematic review of randomized controlled trials ». *Diabetes Care*, 24 : 561-587. 2001.
10. Couturaud F., Frachon I., et al., « L'éducation de l'adulte asthmatique », *Rev Mal Respir*, 2002, 19, 73-85.
11. Berrewaerts J., Libion F., Deccache A.,

Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ?, Ucl - Reso

— Unité d'éducation pour la Santé - Série de dossiers techniques, juillet 2003, 44 p.

12. Ellis SE., Speroff T., Dittus R. S., et al., « Diabetes patient education : a meta-analysis and meta-regression ». *Pat Educ Counsel*, 52 : 97-105, 2004.
13. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Therapeutic patient education - continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, Report of a WHO Working group*, 1998, 73 p.

[14] Deccache A. *Évaluer l'éducation du patient : des modèles différents pour des paradigmes différents*. Actes de la 13^e journée de l'IPCEM, Paris, juin 2003.

- Économiques : durée des hospitalisations, fréquence des ré-hospitalisations, recours aux urgences, meilleures observance médicamenteuse, diététique, d'activité physique, meilleure observance vis-à-vis de l'autosurveillance et des examens périodiques...

- Sociaux, sociétaux : réduction de l'absentéisme scolaire et professionnel, diminution du « nomadisme médical » du patient et de la consommation médicamenteuse désordonnée, engagement du patient dans un réseau associatif, rupture avec l'exclusion et l'isolement...

- Politiques : reconnaissance et valorisation de l'éducation thérapeutique, intégration de l'éducation thérapeutique dans les schémas nationaux et régionaux de soins et d'éducation pour la santé...

Cependant, pour l'ensemble de ces domaines où les effets de l'éducation thérapeutique peuvent se mesurer, il sera nécessaire d'identifier la contribution spécifique de l'éducation thérapeutique du patient dans les changements observés.

Les temps de l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient

L'évaluation porte sur un ensemble de transformations qui se déroulent sur des années et ne renseigne que sur un moment et une situation donnée : elle n'est donc pas exhaustive, ni définitive.

Chaque dimension (biologique, clinique, psychologique, pédagogique, sociale...) évolue différemment. Il peut donc être important de définir des moments d'évaluation spécifiques à chacune de ces dimensions.

Afin d'accompagner la dynamique de changement, toute évaluation doit être réalisée plusieurs fois, incluant une évaluation de départ.

Chaque temps d'évaluation doit participer à soutenir le patient dans une compréhension et une conscientisation des liens existant entre le biologique, le psychopédagogique et le social. L'évaluation permet ainsi de combler les manques liés à une prise en charge professionnelle arti-

ficiellement éclatée et d'aider le patient à percevoir une unité, là où tout le conduit vers une séparation des dimensions qui le constituent.

En raison du caractère évolutif des variables observées et de la nature même de la relation éducative, l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient ne peut conduire à créer des catégories de patients.

Conclusion

L'éducation thérapeutique est une pratique de santé nouvelle, qui doit être évaluée. Mais, de par sa nature distincte d'une intervention pharmacologique, chirurgicale ou de soin, elle s'inscrit dans une autre philosophie qui place le patient au centre du dispositif d'évaluation. Elle prend donc en considération d'autres critères, dans un périmètre élargi associant les domaines bio-cliniques, psycho-sociaux et pédagogiques. Cette évaluation accompagne le patient dans son parcours de vie et rend compte de ses transformations. ■

alcoologie et addictologie

2007 : 29 [1] : 1-104

Éditoriaux

- Quelle place pour l'alcoologie au sein de l'addictologie ? *François Paille*
- De la lutte contre l'alcoolisme à l'addictologie. Quelques conséquences sur l'accès aux soins des malades alcooliques, *Michel Reynaud*
- Décret d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Nos attentes, *Ivan Berlin*

Mémoires

- Types de motivations et engagement du processus

motivationnel chez les personnes dépendantes, *Antonia Simona Csillik, Thierry Le Merdy*

- Réflexions sur l'intervention en addictologie et le bonheur, *André Therrien, Alain Morel*

Mises au point

- Syndrome dysexécutif et addictions, *Thierry Danel, Laurent Karila, Caroline Mézerette*
- Altérations cognitives liées à l'usage de cocaïne. Une revue de la littérature, *Laurent Karila, Clotilde Mahaut, Sarah Coscas,*

Amine Benyamina, William Lowenstein, Jean-Pierre Lépine, Michel Reynaud

Pratique clinique

- Usages de cannabis et performances scolaires. Observations cliniques et commentaires, *Pascal Hachet*
- Tabagisme, santé perçue et tracasseries quotidiens. Une étude auprès d'un échantillon de fumeurs et de non-fumeurs, *Marcel Lourel, Kamel Gana, Anne Hartmann*

Variés

- Splendeur de l'incapacité. Pour tordre le cou à cette prétendue « perte de la liberté » chez l'alcoolique, *Pierre Veissière*
- La prévention « mise à la question » : éducation ou contrôle. II – La prévention des mésusages de l'alcool

et du tabac au risque de la science, *Michel Craplet*

Libres propos de...

- Rodolphe Soullignac, Thomas Will et Riaz Khan, *Toxicomanies, sexualité et constructions sociales*

Congrès

- 21^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société française de tabacologie, 7 octobre 2006, Paris

Vie de la SFA

- Adhésion. Nouveaux membres. Prochaines réunions

Informations

- Annonces.
- Jean Clavreul, 1923-2006
- Société française de tabacologie : bourses de thèses
- Analyse. Livres. Actualités.