



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

RAPPORT D'ACTIVITÉ

L'Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

2 0 0 6 - 2 0 0 7

Créé au début des années 80 dans le cadre de la décentralisation, l'Observatoire Régional de la Santé dirigé par le Docteur Yolande OBADIA et présidé par Monsieur Michel VAUZELLE, Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, est l'un des 26 Observatoires Régionaux de la Santé regroupés dans une fédération nationale, la FNORS.

La principale mission de l'ORS est l'aide à la décision à travers l'observation et la mise à disposition d'informations sur la santé de la population régionale.

Les missions de l'ORS et de ses équipes...

Parce qu'on ne peut élaborer une politique de santé publique et établir des priorités à l'échelle d'un territoire sans connaître l'état de santé de la population qui y réside, parce qu'on ne souffre et ne meurt pas de la même manière selon son milieu de vie, il est indispensable de disposer d'informations précises sur les besoins et les problèmes de santé de la population. C'est à cette mission que répond l'ORS.

L'activité de l'Observatoire s'organise autour de deux pôles : l'un consacré à l'observation et à la valorisation des connaissances sur la santé de la population régionale ; l'autre aux activités de recherche et à la production de connaissances nouvelles.

En partenariat privilégié avec une unité de recherche INSERM (U379) et avec l'Institut Fédératif de Recherches « Sciences Humaines, Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (IFR SHESS-AM), l'ORS regroupe des chargés d'études, des chercheurs de l'INSERM ou du CNRS, des docteurs, soit au total une équipe de 70 personnes de formation pluridisciplinaire (médecins épidémiologistes, économistes, sociologues, statisticiens, démographes).

La valorisation des connaissances...

L'ORS collecte et analyse des données produites par de nombreux organismes partenaires pour élaborer des documents synthétiques (baromètres, tableaux de bord...) et mettre à disposition des données de cadrage sur la santé des habitants de la Région.

Afin d'être encore plus réactif et de rendre ces informations accessibles à un large public de professionnels de la santé et de décideurs, l'ORS a mis en place une banque de données originale qui offre une cartographie de l'état de santé régional par territoire : **www.sirsepaca.org**



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

L'Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

La production de connaissances nouvelles...

L'ORS initie et réalise de nombreuses enquêtes sur le territoire régional et participe à des enquêtes nationales et internationales. Ces travaux de recherche donnent lieu à publication dans les revues scientifiques. L'équipe de l'ORS intervient dans des congrès nationaux et internationaux et produit des expertises pour les acteurs régionaux et nationaux en matière de soins et de prévention.

L'animation de réseaux...

Sollicité pour animer des groupes de travail, l'ORS participe à de nombreux réseaux tant au niveau régional que national et européen, en particulier autour d'études sur le VIH, les hépatites, les toxicomanies ou le cancer.

Le partage de ses acquis...

Parce qu'il est indispensable de partager l'information, l'Observatoire diffuse largement ses données en multipliant les outils : tableaux de bord sanitaires généraux (à l'échelle de différents territoires, ex. ville de Marseille et ses arrondissements) ou thématiques (santé-environnement, santé-travail, santé mentale), annuaires de santé, édition d'ouvrages de référence, lettre de valorisation de ses travaux de recherche « RegardSanté » et bulletin d'information sur la santé de la population régionale « RepèreSanté », site spécifique dédié aux maladies professionnelles : www.sistepaca.org

L'ORS contribue également à la formation d'étudiants en DEA, DESS, doctorats de santé publique et sciences sociales et organise des formations continues.

L'aide à la décision...

L'ORS a réuni autour de lui des cliniciens et des chercheurs dans un Conseil Scientifique présidé par le Pr Pierre-Jean Weiller, officiellement mandaté par l'ensemble des collectivités locales pour répondre aux attentes des politiques d'aujourd'hui et anticiper les besoins futurs de la santé publique.

L'ORS représente aujourd'hui un outil indispensable
de la santé publique régionale et

**une ressource objective et fiable,
reconnue par le monde de la santé
et de la recherche.**



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

L'Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les thématiques étudiées...

L'Observatoire mène des études dans divers domaines de la santé publique, allant des principales pathologies aux facteurs de risques, à l'offre et la consommation de soins :

- Les cancers et leurs répercussions à long terme ;
- Les problèmes de santé mentale ;
- Les maladies transmissibles (VIH, hépatite c) avec des projets nationaux et dans les pays du sud, sur la qualité de vie et l'accès aux traitements ;
- Les conduites addictives, la toxicomanie et les traitements de substitution ;
- La dépendance et les problématiques liées au vieillissement ;
- Les pratiques médicales en médecine générale de ville ;
- Les problèmes de santé liés aux conditions de travail ou à l'environnement ;
- La santé des jeunes et notamment celle des étudiants.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

A C T I V I T É 2 0 0 6 - 2 0 0 7

I. Veille sanitaire et synthèses sur la santé observée dans la Région	5
--	---

II. Activités d'études et de recherche	17
--	----

III. Partenariat scientifique	79
-------------------------------	----

IV. Activités d'enseignement et de formation	87
--	----

V. Activités administrative et technique	91
--	----

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

I. VEILLE SANITAIRE ET SYNTHÈSES SUR LA SANTÉ OBSERVÉE DANS LA RÉGION

1> Maintenance et évolution de SCORE-SANTE (VEILLE SANITAIRE).....	5
2> Analyse des causes médicales de décès par pays (DRASS/TERRITOIRES)....	6
3> Tableau de bord sur la santé des jeunes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (TB SANTE JEUNES PACA).....	7
4> Tableau de bord régional « santé, sécurité, conditions de travail », édition 2006 (TB SANTE TRAVAIL).....	8
5> Tableau de bord sur la santé mentale chez les jeunes résidant en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (TBSM JEUNES).....	9
6> Tableau de bord « La santé observée sur le territoire du Syndicat d'Agglomération Nouvelle Ouest-Provence » (TB SAN OUEST-PROVENCE).....	10
7> "RegardSanté" : la lettre de valorisation des travaux de recherche.....	11
8> "RepèreSanté" : le bulletin d'information qui met en perspective les données statistiques sur l'état de santé régional.....	12
9> Le nouveau Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRS&PACA : www.sirsepaca.org).....	13
10> Collaboration avec le Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS/SANTE).....	14
11> Le site Internet et la base documentaire (www.orspaca.org).....	15

1. Maintenance et évolution de SCORE-SANTE

Sigle : VEILLE SANITAIRE

Début : 2000

Objectif(s)

SCORE-SANTE est un site commun d'observation en santé qui met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population à l'échelle des Régions et des Départements français : (www.fnors.org/Score/accueil.htm). Il a notamment pour objectif de faciliter le suivi des politiques régionales et nationales de santé publique.

Problématique

SCORE-SANTE a été créé en 2000 à l'initiative des différentes institutions impliquées dans la gestion du système de santé ; son développement a été confié au réseau des ORS, par l'intermédiaire de la FNORS. En 2006, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens (COM 2006-2008), SCORE-SANTE a été relancé avec une nouvelle dynamique : outre la mise à jour des indicateurs disponibles, une intégration de nouvelles données sera réalisée d'ici 2008 (indicateurs de la nouvelle loi de santé publique de 2004 en particulier). Afin d'améliorer l'information sur l'état de santé des populations, il est également prévu de mettre à disposition des indicateurs à des échelons géographiques différents. La nouvelle version de SCORE-SANTE donnera ainsi accès à une cinquantaine d'indicateurs à l'échelle des cantons. De plus, un module informatique, permettant à chaque ORS de développer une base de données infra régionale spécifique à sa Région, va être mis en place.

Méthodes

La mise à jour de SCORE-SANTÉ est répartie entre plusieurs ORS. Elle consiste à organiser le recueil des données avec les producteurs, les valider, calculer les indicateurs et les intégrer dans la base. L'intégration des nouvelles données comprendra une veille permanente des données nouvellement produites et leur expertise.

Résultats

En 2006, l'ORS PACA a réactualisé les thèmes « Usages de drogues illicites » et « Sida » dont il a la charge depuis 2000. Après une décennie de forte hausse de la consommation de cannabis, les dernières données semblent indiquer une stabilisation de sa consommation. Une diffusion croissante des consommations d'hallucinogènes et de stimulants (notamment la cocaïne et l'ecstasy) est observée. Chez les consommateurs d'opiacés et de cocaïne, le mode d'injection intraveineuse, à l'origine des principaux dommages sanitaires, semble aujourd'hui en régression. Concernant l'épidémie de sida, la diminution amorcée dès 1995, du nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année se poursuit, de façon plus marquée en 2003 et 2004 que sur la période 1998-2002. Le nombre annuel de cas de sida a diminué régulièrement jusqu'en 2004 chez les usagers de drogues et continue à diminuer en 2004 chez les homosexuels. Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, il s'est stabilisé depuis 1997.

Perspectives 2007

Une mise à jour de SCORE-SANTE sera réalisée en 2007 par 15 ORS.

Commanditaire

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) / Direction Générale de la Santé dans le cadre d'une Convention d'Objectifs et de Moyens 2006-2008.

Partenaires

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Direction de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget (DAGPB) ; Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Institut National de Veille Sanitaire (InVS) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) ; Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES).



2. Analyse des causes médicales de décès par pays

Sigle : DRASS/TERRITOIRES

Début : 2006

Objectif(s)

- Disposer pour chaque territoire de santé et de proximité défini en Région PACA dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS-III), d'une description de la mortalité par cause permettant de caractériser le territoire par rapport à la Région et la moyenne nationale ;
- Décrire l'évolution de la mortalité par cause et par territoire ;
- Souligner les points essentiels sur chacun des territoires qui peuvent être mis en lien avec les programmes du Plan régional de santé publique.

Problématique

La nouvelle loi de santé publique de 2004 a instauré la mise en place de Plans Régionaux de Santé Publique destinés à déterminer les priorités régionales tout en tenant compte des plans nationaux et à mettre en œuvre les politiques de santé publique. L'élaboration des PRSP a conduit à la définition de territoires de santé et de proximité, qui représentent un découpage commun à l'organisation hospitalière et aux actions de santé publique. Dans la construction de ces territoires, il a été tenu compte des limites des pays et des communautés d'agglomérations, puis de façon complémentaire des constats habituels sur l'attractivité des principaux pôles de la Région. Dans ce contexte, il paraissait indispensable de dresser un bilan des problématiques sanitaires de chaque territoire, en s'appuyant notamment sur l'analyse de la mortalité.

Méthodes

L'analyse de la mortalité a été réalisée à partir de la statistique annuelle des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDc_IFR69 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Compte tenu de la taille des territoires géographiques étudiés et des données disponibles, l'analyse a été réalisée sur un regroupement de plusieurs années (1995-1999). Outre la mortalité générale et la mortalité prématurée, l'analyse a porté sur une cinquantaine de causes de décès (pathologies et comportements). Pour chaque cause, plusieurs types d'indicateurs ont été construits afin de permettre une comparaison avec les niveaux régional et national.

Par ailleurs, pour chaque territoire de santé, une synthèse des résultats a été rédigée afin de distinguer les caractéristiques de ce territoire.

Résultats

L'analyse quantitative de la mortalité sur la période 1995-1999 a été réalisée pour les 25 territoires de proximité et les 9 territoires de santé de la Région. Une synthèse des résultats a été rédigée sur la majorité des territoires de santé.

Les résultats ont été mis à disposition sur Internet sous forme de tableaux et de cartes interactives.

Perspectives 2007

L'analyse de la mortalité par territoire sera complétée en termes d'évolution.

Commanditaire

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région



3. Tableau de bord sur la santé des jeunes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : TB SANTE JEUNES PACA

Début : 2005

Objectif(s)

Réaliser un tableau de bord sur l'état de santé des jeunes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, à partir des diverses sources de données disponibles, avec des comparaisons par rapport aux autres Régions françaises.

Problématique

La loi de santé publique promulguée en 2004 fait supporter de nouvelles responsabilités à l'échelon régional, dans la mise en oeuvre et le suivi des politiques de santé publique, en particulier dans le domaine de la prévention et vis-à-vis de groupes spécifiques par leurs facteurs de risques ou de vulnérabilités. Les jeunes font partie de ces groupes et c'est la raison pour laquelle le présent projet vise à mieux connaître l'état de santé des jeunes de 12 à 25 ans de la Région PACA, en explorant des thématiques variées : mortalité, consommation de soins, usages de drogues licites (tabac et alcool) et illicites (principalement le cannabis), imprudences au volant, problèmes psychologiques, contraception et interruptions volontaires de grossesse, etc...

Méthodes

Il s'agit de réunir les informations provenant des diverses sources disponibles (données institutionnelles et données d'enquêtes) et de procéder à leur traitement. Des analyses secondaires des données d'enquêtes déclaratives issues d'extractions régionales d'enquêtes nationales ont été effectuées et ont permis des comparaisons avec le niveau national.

Résultats

A partir des données collectées et des analyses réalisées, 10 « RepèreSanté » ont été rédigés sur les thématiques suivantes : le contexte socio-démographique et le mode de vie, la mortalité, la consommation de soins, les affections de longue durée, la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool, les accidents, la santé des sportifs de haut niveau, la sexualité.

Ces résultats ont été présentés aux professionnels de la Région, spécialistes des questions de santé des jeunes.

Perspectives 2007

Cet état des lieux sur la santé des jeunes de la Région PACA sera complété afin d'aborder des thématiques nouvelles et en particulier les problèmes liés à la santé mentale.

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région



4. Tableau de bord régional « santé, sécurité, conditions de travail », édition 2006

Sigle : TB SANTÉ TRAVAIL

Début : 2005

Objectif(s)

Ce tableau de bord vise à favoriser la diffusion des connaissances sur les problèmes de santé travail dans la Région auprès des pouvoirs publics et de l'ensemble des acteurs.

Problématique

Les maladies professionnelles constituent un véritable problème de santé publique en France, bien qu'une partie d'entre elles ne soit pas reconnue. Le tableau de bord « santé, sécurité, et conditions de travail » présente un état des lieux des données existantes sur les maladies professionnelles et les accidents du travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Mis en place en 1999, à la demande de la DRTEFP, celui-ci a été réactualisé en 2003 et 2006.

Méthodologie

Les données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ont été recueillies auprès de différentes institutions afin de suivre l'évolution des principaux indicateurs. Cette version fait suite à la version du tableau de bord 2003 dont les données les plus récentes remontaient à 2002. Dans cette nouvelle version, les évolutions des principaux indicateurs sont suivies jusqu'en 2004, voire 2005 pour certains.

Cette version 2006, propose en plus, une version plus complète consultable sur Internet, une présentation de certains indicateurs par zone d'emploi, des encadrés sur différents problèmes émergents ou sur des actions régionales en santé-travail.

Résultats

Trois problèmes émergents ont été identifiés dans ce tableau de bord : les risques liés aux nanoparticules manufacturées, ceux liés aux fibres céramiques réfractaires et la souffrance morale au travail.

Sur la période 2002 à 2004, il semble que l'on assiste à une légère remontée des accidents du travail graves (avec incapacité permanente) en Région PACA. Un doublement du taux de fréquence des troubles musculosquelettiques indemnisés a été observé entre 2000 et 2005.

La comparaison des données recueillies dans le cadre des enquêtes SUMER 1994 et 2003 semble indiquer, à secteur d'activité constant, un accroissement des contraintes organisationnelles et une progression de la manutention manuelle. Mais elle indique également un recul du travail répétitif.

Selon l'enquête SUMER 2003 un tiers des salariés exposés au bruit dans leurs activités professionnelles n'était pas protégé. Une surdité sur cinq était reconnue chez des salariés de moins de 40 ans en 2003 en Région PACA, 13,5 % des salariés étaient exposés à des substances carcinogènes et 4,5 % les manipulaient sans protection.

Entre 2000 et 2005, le nombre annuel de cancers reconnus liés à l'amiante est passé de 100 à 145 (avec un maximum à 150 en 2004).

Commanditaire

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP)

Partenaires

Act Méditerranée ; Association de la Médecine du Travail des Alpes-Maritimes (AMETRA 06) ; Caisse d'Assurance Maladie des professions indépendantes de la Côte d'Azur ; Cellule InterRégionale d'Epidémiologie (CIRE-Sud) ; Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud-Est (CRAMSE) ; Direction Régionale du Service Médicale (DRSM) de la CNAMTS ; Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Faculté de Médecine de Marseille, Service hospitalo-universitaire de médecine et santé au travail ; Institut Paoli-Calmettes (IPC), Centre régional de lutte contre le cancer, Marseille ; Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH 13) ; Service médical régional, régime particulier de Sécurité Sociale des industries électriques et gazières ; Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricole PACA-Corse (SRITEPSA PACA-Corse) ; Société de santé au travail, de toxicologie, d'ergonomie des Régions PACA-Corse.



5. Tableau de bord sur la santé mentale chez les jeunes résidant en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : TBSM JEUNES

Début : 2007

Objectif(s)

Le tableau de bord sur la « santé mentale » des jeunes en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur a pour objectif général la réalisation d'un état des lieux des problèmes de santé mentale chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans de la Région.

Problématique

La conférence régionale de santé de 2002 a montré que la santé mentale constitue l'une des priorités de santé publique dans la Région PACA. La phase d'élaboration du Plan Régional de Santé Publique a également attiré l'attention, au travers des consultations organisées, sur la nécessité de prendre en compte la souffrance psychique. Cette question préoccupe également le Conseil Régional qui a choisi d'axer sa politique et ses actions dans le domaine de la santé, sur les jeunes.

Méthodes

Une collecte des données existantes produites par divers organismes nationaux et régionaux sera tout d'abord réalisée. En fonction des données disponibles, ce tableau de bord fournira des informations sur diverses catégories de pathologies et divers aspects de la santé mentale (dépression, comportement suicidaire, etc. en termes de mortalité et/ou de morbidité) selon divers groupes de population (filles, garçons, adolescents, jeunes adultes...). Le tableau de bord fera également un état des lieux du recours aux soins (consommation de médicaments, visites de spécialistes) et de l'offre de soins dans ce domaine en Région PACA (répartition des rôles entre les différents organismes et structures).

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région



6. Tableau de bord « La santé observée sur le territoire du syndicat d'agglomération nouvelle Ouest-Provence »

Sigle : TB SAN OUEST-PROVENCE

Début : 2006

Objectif(s)

L'objectif principal de ce tableau de bord est d'effectuer un état des lieux des problèmes de santé et de l'offre de soins sur le territoire du Syndicat d'Agglomération Nouvelle Ouest Provence (SAN Ouest Provence). Il constituera un outil d'aide à la décision pour les élus de cette zone.

Problématique

Le SAN Ouest Provence est aujourd'hui composé de six communes de l'ouest des Bouches-du-Rhône (Cornillon-Confoux, Fos-sur-Mer, Grans, Istres, Miramas, Port-Saint-Louis-du-Rhône) regroupant, en 1999, près de 89 000 habitants. Dans ce territoire situé à l'ouest de l'étang de Berre, l'activité est fortement influencée par la zone industrielle et portuaire de l'ouest des Bouches-du-Rhône et le taux de chômage, de 19 % en 1999, était aussi élevé que dans le département. Dans le contexte du projet d'installation d'une unité d'incinération d'ordures ménagères à Fos-sur-Mer, le SAN Ouest Provence a fait des questions relatives à la santé de la population une de ses priorités et souhaite approfondir la connaissance de la situation sanitaire sur cette zone. Dans ce cadre, le SAN Ouest Provence souhaite réaliser un état des lieux général sur la santé de la population afin de mieux connaître la situation actuelle et d'identifier les principaux enjeux en terme d'amélioration des connaissances et de suivi de la situation sanitaire.

Méthodes

La méthodologie suivie sera celle définie par la Fédération Nationale des ORS (FNORS), en l'adaptant à l'échelle de ce territoire. A partir des données existantes et disponibles, produites par les organismes partenaires de l'ORS PACA, des indicateurs seront construits à l'échelle du territoire du SAN et éventuellement à l'échelle communale, selon les données disponibles. Si possible, des comparaisons géographiques (avec les niveaux départemental, régional et national) et temporelles seront effectuées. Des données « qualitatives » pourront également être recueillies auprès de certains acteurs locaux afin de mettre en perspective les résultats statistiques ou de documenter des problématiques pour lesquelles des données statistiques ne pourraient être obtenues.

Diverses thématiques seront abordées : la démographie, l'activité et l'emploi, la précarité, l'offre et la consommation de soins, la mère et l'enfant, les personnes âgées, les personnes handicapées, les pathologies et facteurs de risque (les maladies cardio-vasculaires, les cancers, la consommation d'alcool, de tabac, les suicides, etc.), la santé environnement (qualité de l'eau, de l'air, des sols, les risques anthropiques, infectieux et naturels...).

Echéancier

Le projet a débuté en novembre 2006. La collecte et la validation des données sera réalisée entre novembre 2006 et mars 2007. L'analyse et la mise en forme des données devraient se terminer en juillet 2007 et le rendu du tableau de bord final ainsi que la restitution des résultats devraient avoir lieu en septembre 2007.

Commanditaire

Syndicat d'Agglomération Nouvelle Ouest-Provence (SAN Ouest-Provence)



7. « RegardSanté » : la lettre de valorisation des travaux de recherche

Objectif(s)

L'objectif de cette publication est de diffuser, en français, les principaux résultats des recherches du site ORS-INSERM UMR 379 ayant donné lieu à publication dans des revues scientifiques.

Problématique

Les résultats des études réalisées dans le cadre du partenariat de recherche entre l'ORS PACA, l'INSERM UMR 379 et l'Institut Fédératif de Recherche « Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (IFR SHESS-AM) sont fréquemment publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture, le plus souvent anglophones. Afin de diffuser les résultats de ces recherches auprès d'un public plus large (décideurs, acteurs), l'ORS PACA et l'INSERM UMR 379 publient une lettre de valorisation « RegardSanté ».

Méthodes

« RegardSanté » est en général une lettre de 4 pages qui présente de manière synthétique les principaux résultats des études publiées par l'ORS-INSERM UMR 379. « RegardSanté » est imprimé en 1 000 exemplaires et diffusé auprès des professionnels de santé publique de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'à l'ensemble des partenaires régionaux et nationaux. Il est également disponible sur le site Internet de l'ORS PACA.

Echéancier

Chaque année, plusieurs « RegardSanté » sont publiés, en fonction des études en cours et des publications réalisées. A ce jour 13 numéros ont été publiés :

- N°13 : *Prévalence des problèmes de poids, habitudes alimentaires et activité physique en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur : résultats de l'enquête décennale santé 2002-2003 (Octobre 2005) ;*
- N°12 : *Tableau de bord régional santé-environnement en Provence-Alpes-Côte d'Azur : principaux résultats et retour d'expérience (Septembre 2005) ;*
- N°11 : *Fin de vie et soins palliatifs en France : communication du pronostic, recours aux morphiniques et attitudes à l'égard des soins palliatifs. Résultats de l'enquête 'Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs - 2002' (Septembre 2005) ;*
- N°10 : *Les déterminants des prix des médicaments antirétroviraux dans les pays du Sud : analyses économiques et implications pour les politiques publiques d'approvisionnement (Septembre 2005) ;*
- N°9 : *Disposition des médecins à prescrire en dénomination commune internationale : résultats du panel des médecins généralistes de ville de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2003 (Septembre 2005) ;*
- N°8 : *La santé des usagers de drogues infectés par le virus du sida (Mars 2005) ;*
- N°7 : *La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité : résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Mars 2005) ;*
- N°6 : *La prise en charge en médecine générale de ville des patients handicapés ; résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Septembre 2005) ;*
- N°5 : *Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine : connaissances, conséquences psycho-sociales, enjeux, stratégie de recherche, préparation, outils et méthodes (Octobre 2004) ;*
- N°4 : *La prescription de Buprénorphine Haut Dosage en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône : déterminants de la prescription, prise en charge des patients et profil des médecins prescripteurs (Octobre 2004) ;*
- N°3 : *Sport santé, une étude sur les jeunes sportifs ayant une pratique intensive en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Septembre 2003) ;*
- N°2 : *Apport des enquêtes socio-comportementales pour la prise en charge clinique des patients infectés par le VIH (Juillet 2003) ;*
- N°1 : *Les soins palliatifs en France : Accès aux soins, expérience des médecins, usage de morphiniques et opinions sur l'euthanasie (Juin 2003).*

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ;
Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région.



8. « RepèreSanté » : le bulletin d'information qui met en perspective les données statistiques sur l'état de santé régional

Objectif(s)

L'objectif de cette publication est de valoriser et mettre en perspective les données statistiques sur la santé de la population régionale. Elle vise à améliorer la diffusion des connaissances sur l'état de santé régional auprès des acteurs locaux, des professionnels de la santé et de la population.

Problématique

En 2006, dans le cadre du développement de ses activités d'observation de la santé et de valorisation des données régionales, l'ORS PACA a créé un bulletin d'information sur la santé de la population régionale, intitulé « RepèreSanté ».

En complément de « RegardSanté » qui présente les résultats de travaux de recherche publiés dans des revues scientifiques, « RepèreSanté » fournit des informations chiffrées sur l'état de santé de la population régionale, avec des analyses descriptives, des comparaisons avec la situation nationale et l'étude des évolutions.

Méthodes

Ce bulletin présente les résultats des travaux d'observation menés dans le cadre du réseau partenarial de l'ORS et de son partenariat avec l'unité 379 de l'INSERM. Les données proviennent de bases de données nationales ou régionales (système d'enregistrement des causes de décès, base de remboursement de l'Assurance maladie...) ou d'enquêtes menées auprès de la population.

Les résultats sont synthétisés et mis en perspective au regard des résultats nationaux et des problématiques actuelles.

Ce bulletin de 4 pages est imprimé en 1 000 exemplaires et diffusé aux professionnels de santé publique de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'à l'ensemble des partenaires régionaux. Il est également disponible sur le site Internet de l'ORS PACA.

Echéancier

Chaque année, plusieurs bulletins sont publiés.

En 2006, 10 « RepèreSanté » ont été réalisés sur différents aspects de la santé des jeunes :

- N°1 : *Les jeunes en Provence-Alpes-Côte d'Azur : démographie, modes de vie, éducation et activité*
- N°2 : *La mortalité des jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°3 : *Le recours aux soins des jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°4 : *Les affections de longue durée chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°5 : *Les jeunes de 12-25 ans et le tabac en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°6 : *L'usage de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°7 : *Les usages d'alcool à 12-25 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°8 : *Les accidents chez les jeunes de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°9 : *Sport et Santé : le cas des jeunes sportifs de haut niveau de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*
- N°10 : *Sexualité, contraception, IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Perspectives 2007

En 2007, une autre série de « RepèreSanté » sera publiée sur d'autres thématiques de la santé des jeunes et notamment les problèmes de santé mentale, les problèmes de poids, les habitudes alimentaires et d'activité physique. Outre la santé des jeunes, d'autres problématiques pourront être abordées en fonction des données disponibles.

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région.



9. Le nouveau Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : www.sirsepaca.org)

Sigle : SIRSE

Début : 2006

Objectif(s)

SIRSé Provence-Alpes-Côte d'Azur est un système d'information dont l'objectif principal est de mettre à disposition de tous (décideurs, professionnels de santé, associations...), sur Internet, des informations sur l'état de santé de la population régionale et sur certains de ses déterminants (comportements, offre de soins, environnement...) à l'échelle de différents échelons territoriaux (grandes communes, cantons, zones d'emploi, territoires définis dans le cadre du Plan régional de santé publique).

Il vise à faciliter l'accès aux données sous forme de cartes interactives et de tableaux et fournit des informations sur les indicateurs et les sources des données (définitions, limites et précautions à prendre pour l'interprétation des résultats).

Problématique

Dans le contexte de la nouvelle loi de santé publique (2004) et de la mise en place des Plans régionaux de santé publique, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infrarégionale présente un intérêt croissant, tant pour la définition des priorités d'action que pour l'évaluation des actions mises en œuvre. L'Observatoire Régional de la Santé a souhaité développer un outil mettant à disposition de telles informations sous une forme interactive.

Méthodes

A partir des bases de données existantes et des travaux réalisés par les ORS (tableaux de bord généraux sur la santé, tableaux de bord thématiques), une liste des indicateurs disponibles et pertinents à intégrer dans SIRSé a été établie : données sur l'état de santé général, sur une cinquantaine de pathologies (les cancers, les maladies cardio-vasculaires, etc.) et sur certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation et accidents de la vie courante, etc.) notamment.

Une première série d'indicateurs de mortalité a été calculée, selon une méthodologie tenant compte des données disponibles et des caractéristiques des territoires étudiés (nombre d'habitants).

Résultats

SIRSé PACA est accessible depuis octobre 2006 sur le site Internet « www.sirsepaca.org ». L'année 2006 a été consacrée à la conception et au développement du SIRSé PACA. Fin 2006, il met à disposition les principaux indicateurs sociodémographiques et des indicateurs sur la mortalité générale prématurée ainsi que sur une cinquantaine de pathologies, à l'échelle des cantons, des zones d'emploi, des territoires de santé et de proximité de la Région.

Perspectives 2007

SIRSé PACA sera progressivement enrichi afin d'améliorer la connaissance des problèmes de santé à l'échelle de différents territoires infrarégionaux. Des indicateurs portant sur les thématiques suivantes seront notamment intégrés : consommation de médicaments traceurs de certaines pathologies, affections de longue durée...

Pour répondre aux besoins des différents acteurs et professionnels, il est également envisagé de diversifier le type d'informations mises à disposition sur SIRSé et notamment de mettre en ligne des synthèses par territoire.

Une « enquête » auprès des utilisateurs du SIRSé PACA sera également menée afin de recueillir leurs remarques et suggestions pour l'amélioration de ce système d'information.

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région.



10. Collaboration avec le Dispositif Régional d'Observation Sociale

Sigle : DROS / SANTE

Début : 2005

Contexte

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 a fait de la lutte contre les exclusions un impératif national et une priorité politique. En application de ces principes et pour répondre à la montée des phénomènes de pauvreté et de précarité, l'Etat et la Région ont inscrit, dans le Contrat de Plan, la création d'un Dispositif Régional d'Observation Sociale. Ce dispositif a été créé à l'initiative de l'Etat et de la Région et grâce au volontarisme de la Caisse d'Allocations Familiales des Bouches-du-Rhône qui en assure le portage opérationnel. Cet observatoire repose sur la coordination d'acteurs publics et associatifs dans l'objectif d'une connaissance fine et partagée de la réalité locale.

Résultats de la collaboration

- Rédaction d'un chapitre de l'Atlas Social

En 2005, le DROS avec l'aide de multiples partenaires a préparé et publié un atlas social sur la Région PACA intitulé « Les aspects territoriaux de la pauvreté et de la précarité ». Ce document vise à réaliser un état des lieux de la réalité régionale des phénomènes de précarisation et d'exclusion sociales. Dans cet atlas, le chapitre « Un environnement sanitaire favorable mais des inégalités » a été préparé en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé PACA.

Ce chapitre montre que l'état de santé des habitants de la Région est globalement bon, au regard des moyennes nationales de mortalité. Néanmoins, certains indicateurs conduisent à nuancer le constat, ce malgré une offre de soins importante : le SIDA, la tuberculose, l'évolution de l'obésité, sont des problèmes sanitaires importants en Région PACA, révélateurs, par ailleurs, de précarité sociale. Cette synthèse met également en évidence de fortes disparités territoriales qui caractérisent la Région à la fois en matière de mortalité, d'offre et de consommation de soins.

- Intervention lors du colloque « *Trajectoires de la précarité professionnelle et sociale en Région PACA* »

Le 10 octobre 2006, le DROS, avec le concours de l'INSEE a organisé un colloque sur les « Trajectoires de la précarité professionnelle et sociale en Région PACA ». A l'occasion de cette manifestation, l'ORS a réalisé des analyses secondaires à partir de l'enquête décennale santé (EDS) sur la santé des ménages pauvres. Ces résultats, présentés lors du colloque, ont été publiés dans le Sud INSEE Essentiel n°97 d'octobre 2006 : « La santé des ménages pauvres en PACA » (Direction Régionale de l'INSEE).

Ces analyses complémentaires ont montré qu'en matière de santé, la Région PACA se distingue très peu de l'ensemble de la France. L'état de santé déclaré ne semble pas lié au niveau de revenu, en Région comme en France, sauf pour quelques maladies spécifiques : les troubles mentaux et du comportement et les maladies de l'appareil digestif. En particulier, ce travail a montré que les difficultés financières ou familiales favorisent le développement d'une dépression. Les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, quand elles sont malades, déclarent plus souvent souffrir de plusieurs maladies que les populations plus favorisées.

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région.



11. Le site Internet et la base documentaire de l'ORS PACA (www.orspaca.org)

Objectif(s)

L'ORS PACA rassemble et analyse des données produites par de nombreux organismes afin d'élaborer des synthèses (tableaux de bord...) et de présenter des données de cadrage sur la santé des habitants de la Région. Il réalise également des enquêtes sur divers problèmes de santé de la population régionale.

La valorisation et la diffusion de ces connaissances constituent un des objectifs de l'ORS PACA.

Problématique

Parce qu'il est indispensable de partager l'information, l'ORS PACA s'est doté depuis fin 2000 d'un site Internet permettant aux professionnels de santé et aux décideurs de disposer d'informations sur l'état de santé de la population régionale et de connaître ses particularités.

Résultats

Afin d'améliorer l'utilisation du site Internet et de l'enrichir de nouvelles rubriques, une refonte du site a été réalisée au cours de l'année 2006. Ce site est désormais composé de 6 rubriques :

1. Actualités

Cette rubrique présente les dernières publications scientifiques du site de l'ORS-INSERM, les derniers numéros de « RegardSanté » et « RepèreSanté » et les participations de ses membres à des congrès ou des colloques.

2. Présentation de l'ORS

Cette rubrique présente les missions de l'ORS et met à disposition du public les rapports d'activité, ainsi qu'un organigramme de la structure avec les coordonnées de tous ses membres.

3. Publications et tableaux de bord

Cette rubrique présente les bulletins de l'ORS (RegardSanté et RepèreSanté) dont le texte peut être téléchargé.

Par ailleurs, depuis octobre 2006, le site comporte un outil de recherche multicritères pour interroger la base documentaire de l'ORS depuis 1990. La recherche peut s'effectuer à partir d'une recherche libre ou d'un formulaire de recherche multicritère permettant de sélectionner : le type de document (tableau de bord, rapport d'étude, article ...), le thème d'étude (pathologie, population, comportement...) et l'année. Pour chaque référence bibliographique, une fiche détaillée est proposée. A l'issue de la recherche, l'internaute peut obtenir le document soit en le téléchargeant directement s'il est disponible, soit en cliquant sur un lien le dirigeant vers un site où se trouve le document, soit en adressant un mail à l'ORS pour faire une demande particulière.

4. Etat de santé régional : SIRSéPACA

Cette rubrique permet d'accéder directement au Système d'Information Régional en Santé de l'ORS PACA.

5. Santé travail : SISTEPACA

Cette rubrique permet d'accéder directement au Système Interactif Santé Travail Environnement régional en santé de l'ORS PACA.

6. Liens

Cette page est consacrée aux adresses des sites Internet des partenaires de l'ORS, regroupés sous trois rubriques :

- La FNORS et les ORS ;
- Les sites régionaux ;
- Les sites nationaux et internationaux.

Echéancier

- L'année 2006 a été consacrée à la refonte du site et à la création de la base documentaire ;
- Le nouveau site a été mis en ligne en octobre 2006.

Partenaire

1 égal 2



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2006 - 2007

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Offre et demande de soins	17
■ Environnement et habitudes de vie	29
■ Santé des jeunes	37
■ Santé mentale	41
■ Cancer	49
■ Soins palliatifs	55
■ Maladies transmissibles - Infection à VIH	57
■ Maladies transmissibles - Infection à VIH dans les pays du Sud	67
■ Maladies transmissibles - Co-infection VIH-VHC	75

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Offre et demande de soins

17

1> Exploitation de l'Enquête Décennale Santé de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (2002-2003) (EDS INSEE).....	17
2> Observation des pathologies de la population régionale à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé (EDS PATHOLOGIES)	18
3> La santé des ménages "pauvres" de la Région à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé (EDS PRECARITE).....	19
4> Vieillesse, santé et sociétés une approche micro/macroéconomique (EQUIPE AVENIR 2006-2009).....	20
5> Observatoire de la pratique médicale par le suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en Région PACA (PANEL MEDECINS MG PACA).....	21
6> Extension de l'Observatoire des pratiques en médecine générale à cinq Régions françaises (PANEL MEDECINS - 5 REGIONS FRANÇAISES).....	22
7> Pratiques de prévention des médecins généralistes à partir du Panel Médecins Généralistes PACA (PANEL MEDECINS - PREVENTION).....	23
8> Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes (SANTÉ PUBLIQUE EN MÉDECINE LIBÉRALE).....	24
9> Économie politique de la prescription médicale : le médecin généraliste, la politique du médicament et la délégation d'une mission de service public en matière de bon usage des médicaments (PANEL MEDECINS - POLITIQUE MÉDICAMENT MG).....	25
10> Économie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile (CONSOMMATION DE SOINS ET VIEILLESSE).....	26
11> Analyse des besoins d'aide satisfaits et non satisfaits en milieu carcéral (HID PRISONS).....	27
12> Viabilité d'un réseau de prise en charge de la prévention des maladies bucco-dentaires du réseau GIPS pratiquant un forfait-prévention (RESEAU GIPS).....	28

1. Exploitation de l'Enquête Décennale Santé de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (2002-2003)

Sigle : EDS INSEE

Début : 2001

Objectif(s)

- Etablir un panorama social de la morbidité des populations ;
- Evaluer les fondements de la consommation de soins des populations ;
- Prévoir l'évolution de cette consommation compte tenu des projections démographiques et épidémiologiques associées au vieillissement.

Problématique

La connaissance de l'état de santé des populations, de leur consommation et de leur parcours de soins est d'une importance cruciale pour la définition des priorités de politique de santé et l'évaluation de leurs effets. L'Enquête Décennale Santé (EDS) 2002-2003, qui regroupe environ 35 000 individus, constitue la source de données la plus complète disponible en France aujourd'hui. L'ORS PACA est membre du comité d'exploitation de l'EDS, il a participé à la définition du questionnaire et aux travaux visant à constituer un sur-échantillon régional PACA. Il est, de ce fait, partie prenante des différents projets nationaux de mise en valeur de l'EDS.

Méthodes

L'EDS 2002-2003 est disponible sur tables de données SAS. En collaboration avec l'INSEE, les travaux consistent d'abord, à maintenir la base, à la nettoyer, à créer des formes conviviales d'extraction et d'interrogation. Puis, diverses analyses secondaires peuvent être menées : Etudes épidémiologiques, Analyses statistiques et économétriques, Micro-simulation.

Echéancier

Les travaux s'étaleront jusqu'en 2008, date à laquelle une autre grande enquête santé sera réalisée.

Résultats

En 2006, 2 séries de travaux ont été réalisées :

- La problématique « Santé au travail » avec l'analyse des différents indicateurs de contraintes ressenties au travail et de leurs retentissements sur la santé ;
- La problématique « Santé pauvreté » (se référer à la fiche DROS).

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Partenaires

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) ; Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistique (DREES) ; Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM).



2. Observation des pathologies de la population régionale à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé

Sigle : EDS PATHOLOGIES

Début : 2005

Objectif(s)

Recueil et observation des pathologies des résidents de la Région PACA, comparaison avec la France et lien avec la structure socioéconomiques de la Région.

Problématique

La connaissance de l'état de santé des populations, de leur consommation et de leur parcours de soins est d'une importance cruciale pour la définition des priorités de politique de santé et l'évaluation de leurs effets. L'Enquête Décennale Santé (EDS) 2002-2003, qui regroupe environ 40 000 individus, constitue la source de données la plus complète disponible en France aujourd'hui. L'ORS PACA est membre du comité d'exploitation de l'EDS, il a participé à la définition du questionnaire et aux travaux visant à constituer un sur-échantillon régional PACA.

L'enquête décennale santé 2002-2003 permettra d'établir, de façon générale un panorama social de la morbidité des populations. L'extension régionale autorise des comparaisons par groupe de pathologies. Si des différences notables devaient apparaître, une interprétation serait à trouver.

Méthodes

Statistique d'enquête, économétrie.

Echéancier

Développements possibles 2007-2008.

Résultats

La table « maladies » (pathologies associées aux individus de l'enquête) a été reçue en décembre 2005. Les premiers travaux ont été réalisés sur le sujet : pathologies des populations pauvres (Sud INSEE Essentiel 97).

Perspectives 2007

Les « maladies professionnelles » et les « troubles mentaux » ont été repérés comme des champs de recherche particulièrement intéressants pour des comparaisons PACA / France.

Une méthode statistique originale « la méthode des petits domaines » pourrait être développée afin d'obtenir à partir du suréchantillon régional, des données épidémiologiques représentatives, y compris au niveau départemental.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Direction Régionale de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Provence-Alpes-Côte d'Azur (INSEE PACA).



3. La santé des ménages “pauvres” de la Région à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé

Sigle : EDS PRÉCARITÉ

Début : 2006

Objectif(s)

Des analyses secondaires à partir de l'Enquête Décennale Santé (EDS) visaient à observer la question spécifique de la santé des ménages pauvres.

Problématique

Les ménages « pauvres » sont répertoriés par leur situation en deçà d'un niveau conventionnel de revenu par unité de consommation. La santé des individus appartenant à ces ménages doit être observée de façon spécifique : les plus précaires étant réputés souffrir de problèmes de santé plus nombreux ou plus graves, d'après de nombreuses études réalisées dans différents pays et à différentes dates. L'enquête décennale santé est l'une des rares opérations statistiques permettant d'observer en France la relation santé - revenu (précisément : le « gradient » de l'état de santé des individus par rapport à leur revenu), aux niveaux national et régional. Les questions sont : cette relation existe-t-elle en France, connaissant les particularités de notre système de santé ? Se décline-t-elle de manière identique en Région ?

Méthodes

Statistique d'enquête, économétrie.

Résultats

Cette analyse a montré qu'en matière de santé, la Région PACA se distingue très peu de l'ensemble de la France. L'état de santé, mesuré par les déclarations des individus enquêtés, ne semble pas nettement lié au niveau de revenu, en Région comme en France, sauf pour quelques maladies spécifiques : les troubles mentaux et du comportement et les maladies de l'appareil digestif. En particulier, ce travail a montré que les difficultés financières ou familiales favorisent le développement d'une dépression. Enfin, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, quand elles sont malades, déclarent plus souvent souffrir de plusieurs maladies que les populations plus favorisées.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Partenaires

Direction Régionale de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE PACA) ; Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS).



4. Vieillesse, santé et sociétés une approche micro/macroéconomique

Sigle : EQUIPE AVENIR 2006-2009

Début : 2006

Présentation de l'étude

Les activités de recherche de l'équipe 3 de l'ORS seront liées à celles de l'INSERM U379 et du GREQAM (CNRS 6579) par un thème général : dépense de santé et vieillissement des populations.

La construction d'un « modèle de microsimulation » entend doter le site ORS PACA d'un véritable outil de prévision des évolutions longues de la dépense maladie dues au vieillissement.

La pierre angulaire de ce travail consiste à construire le modèle de simulation sur la base de données fournies par l'Enquête Décennale Santé. Les outils de modélisation appliquée sont :

- La théorie microéconomique, notamment l'économie publique, versants « théorie des contrats » d'une part et « finance publique » d'autre part ;
- L'économétrie des données d'enquête, prêtant notamment attention aux problèmes de biais de sélection et à leur correction ;
- L'analyse des données d'enquête pour identifier des profils types représentatifs des grandes pathologies chroniques ;
- La démographie et l'épidémiologie : pour déterminer les évolutions de la population (y compris les naissances) et connaître les taux de survie et la matrice de transition entre les différents états de santé ;
- Des méthodes de simulations informatiques ; le calage sur marge ; le bootstrap ; l'adaptation pour l'Enquête Décennale Santé de l'environnement informatique MISME (JAVA) permettant de gérer la base de données en microsimulation.

Le modèle greffé sur l'enquête décennale santé partirait d'un vecteur d'états épidémiologiques individuels, états sur lesquels les agents évoluent de période en période par des simulations informatiques. La prise en compte de ces états épidémiologiques est la seule manière de dépasser les incertitudes économétriques sur le coût réel du vieillissement : vit-on vieux en bonne santé ? Ou bien, vit-on vieux en développant de multiples pathologies et de fréquents recours aux soins ? On parlera alors de « disease-oriented model », par opposition à des modèles qui ne prendraient en compte que le profil économique des dépenses par âge, sans les maladies sous-jacentes à celui-ci. A chaque état, on pourra ensuite associer un coût-type de prise en charge, calculé dans l'Enquête Décennale selon les caractéristiques individuelles des personnes (par exemple, la cohorte d'origine, le revenu du ménage ou le fait d'avoir une assurance complémentaire). On mettra bien sûr l'accent sur des pathologies liées au « grand âge » et qui engendrent une prise en charge longue de l'Incapacité et de la Dépendance.

Commanditaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Conseil Général des Bouches-du-Rhône ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur (sous financement de l'exploitation de l'Enquête Décennale Santé).



5. Observatoire de la pratique médicale par le suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en Région PACA

Sigle : PANEL MEDECINS - MG PACA

Début : 2002

Objectif(s)

Les médecins généralistes constituent un rouage central de l'organisation et de la production sanitaires. Connaître leurs pratiques et en comprendre les déterminants est essentiel pour proposer des pistes d'amélioration des soins aux patients.

Problématique

Un panel de médecins généralistes libéraux a été mis en place en 2002 en PACA pour constituer un observatoire de la pratique généraliste. Il s'agit d'observer les attitudes et opinions des médecins et leur évolution afin de contribuer à l'élaboration de référentiels positifs par l'amélioration des connaissances sur les pratiques médicales.

Méthodes

Le panel compte 600 médecins représentatifs des médecins généralistes libéraux de la Région PACA.

Trois vagues d'enquêtes ont été réalisées sur la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) (en mars et novembre 2002 et en mai 2003). Une autre vague a porté sur la prise en charge du handicap (en novembre 2002), la suivante sur la prise en charge de l'obésité (en mai 2003) et enfin deux sur l'activité des médecins (en mars 2002 et novembre 2003).

Résultats

Une vague 6 « Prévention et missions de santé publique » a été réalisée. Un indicateur de pratique de prévention est en cours de construction, permettant de mieux appréhender cette dimension de l'activité des médecins généralistes.

Perspectives 2007

En 2007, outre la continuation des efforts de valorisation des résultats des vagues d'enquêtes sous la forme d'articles scientifiques, l'activité sera consacrée à l'extension de l'expérience du panel Médecins Généralistes PACA à quatre autres Régions françaises, sous l'égide et le soutien de la DREES du Ministère de la Santé (Voir fiche étude « Un observatoire des pratiques en médecine générale dans 5 Régions françaises »).

Commanditaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) / Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)

Partenaire

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA)



6. Extension de l'Observatoire des pratiques en médecine générale à cinq Régions françaises

Sigle : PANEL MEDECINS - 5 REGIONS FRANÇAISES

Début : 2007

Objectif(s)

Ce projet s'inspire de l'expérience menée en Région PACA sur 600 médecins généralistes. Il étend l'expérience à 4 nouvelles Régions : Bourgogne, Bretagne, Centre, Pays de la Loire.

Entre début 2007 et fin 2008, 5 vagues d'enquête seront menées auprès d'un panel de médecins généralistes appartenant aux 4 Régions citées, en plus de la Région PACA.

Problématique

- Identifier, mesurer et analyser l'activité et la prescription en médecine générale ;
- Identifier, mesurer et analyser la variabilité de certaines pratiques médicales (prise en charge de certaines pathologies ou missions de santé publique).

Méthodes

Cinq vagues d'enquêtes sont prévues, alternant enquêtes longitudinales et enquêtes transversales. Les enquêtes longitudinales porteront sur l'activité des médecins généralistes (volume d'activité, composition de l'activité, durée de travail, organisation du travail, modalités d'exercice,...). Elles pourront inclure des indicateurs de type baromètre permettant d'évaluer la réaction des médecins à des mesures particulières de santé publique ou leur attitude en situation de crise sanitaire. Les questions posées pourront porter directement sur l'opinion des médecins quant à leur propre activité, à la description de cette dernière (ex : positionnement par rapport aux généralistes, à la réforme du médecin traitant, connaissance des procédures en cas de grippe aviaire, de SRAS ; part approximative de l'activité consacrée à tel ou tel sujet, traitement « type » que donnerait le médecin dans telle ou telle situation...), ou sur l'exercice (souhait de cesser son activité, de recruter un collaborateur, réactions vis-à-vis d'un mode de rémunération alternatif, implication dans le dossier médical partagé...).

Echéancier

- 2006-2008 : 5 vagues d'enquête ;
- 2007-2010 : traitement et analyse des données récoltées.

Résultats

- Etude de faisabilité ;
- Identification des Régions ;
- Mise en place du plan d'échantillonnage et réalisation du premier questionnaire.

Perspectives 2007

- Réalisation de deux vagues d'enquête ;
- Premières analyses des données prévues à l'été 2007.

Commanditaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; Ministère de la Santé et des Solidarités ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Partenaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; Observatoires Régionaux de la Santé des Régions Bourgogne, Bretagne, Centre, Pays de la Loire ; Unions Régionales des Médecins Libéraux des cinq Régions concernées.



7. Pratiques de prévention des médecins généralistes à partir du Panel Médecins Généralistes PACA

Sigle : PANEL MEDECINS - PREVENTION

Début : 2005

Objectif(s)

Depuis août 2004 et les deux lois relatives à la réforme de l'assurance maladie et la politique de santé publique, le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les pratiques des médecins généralistes s'est modifié. Ils héritent d'une plus grande responsabilité en termes de santé publique, ceci afin de mettre davantage l'accent sur la dimension préventive de leur démarche et de les faire participer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés par la loi. Cette évolution du contexte légal nous incite à étudier de manière approfondie les pratiques des médecins généralistes dans les différents domaines de la prévention.

Problématique

Nous cherchons à déterminer les variables de contexte et les caractéristiques propres aux médecins qui ont une influence majeure sur les actions de prévention menées auprès de leurs patients. Des portraits types de médecins « impliqués » sont à établir, de même que les caractéristiques saillantes des médecins les plus « réfractaires » au principe.

Méthodes

L'enquête réalisée en 2006 sur le Panel de médecins généralistes en PACA, centrée sur le sujet des pratiques de prévention, représente une opportunité inédite d'observer et d'analyser les actions de prévention des médecins généralistes, dans une population représentative de médecins. Un indicateur de pratique de prévention (score) est en cours de construction, permettant de mieux appréhender cette dimension de l'activité des médecins généralistes.

Résultats

La vague 6 « Prévention et missions de santé publique » a été réalisée en avril 2006. A partir des 16 questions relatives aux pratiques de prévention, nous avons construit un « score » de fréquence des pratiques de prévention. Parmi les 16 questions contribuant au score, les actions de prévention les plus fréquemment mises en oeuvre sont les suivantes :

- Demander aux patients s'ils fument (96,8 % des médecins interrogés) ;
- Proposer une mammographie de dépistage du cancer du sein pour les 50-75 ans tous les deux ans (95,9 %) ;
- Demander aux patients fumeurs s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer (89,5 %) ;
- Repérer les éventuels effets iatrogènes des poly-prescriptions chez les personnes âgées (87,3 %).

A l'opposé, les actions de prévention les moins fréquemment déclarées sont :

- Utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie (seulement 12,9 % des médecins interrogés) ;
- Proposer une consultation annuelle de prévention (18,1 %) ;
- Proposer l'utilisation d'un carnet alimentaire chez les patients obèses (27,7 %) ;
- Proposer une information aux patients sur les risques de l'automédication (46,1 %).

Commanditaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) / Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)

Partenaire

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA)



8. Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes

Sigle : SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE LIBERALE

Début : 2006

Objectif(s)

L'étude consiste à analyser la « culture de santé publique » des médecins généralistes libéraux à l'aide d'outils statistiques et économétriques.

Problématique

Dans l'esprit d'une littérature nouvelle en économie publique, centrée sur les motivations « intrinsèques », on privilégiera une évaluation des *représentations* des médecins : Quelle est la *recevabilité*, auprès des médecins libéraux, de l'idée de « participation aux programmes de santé publique » ? Quelle était leur participation par le passé ? Quelle sera leur participation à venir, dans le cadre des « contrats de bonne pratique des soins » prévus par la loi (Article L162-12-20 du code de la Sécurité Sociale) ?

Méthodologie

L'étude comporte un protocole en deux parties :

- Phase 1

Enquête « Action de prévention, santé publique et opinions des médecins libéraux face aux réformes du système de santé » auprès du panel de 600 médecins généralistes libéraux de la Région PACA (Panel MG PACA, vague 6, KABP) : questionnaire, enquête, analyse.

Comparaison des résultats avec certaines des variables communes du Baromètre médecins généralistes 2003 de l'INPES.

- Phase 2

Réplication de l'enquête « Action de prévention, santé publique et opinions des médecins libéraux face aux réformes du système de santé » en population nationale de médecins généralistes (Baromètre Médecins de l'INPES) et analyse. L'intérêt d'une telle démarche est bien évidemment d'obtenir non seulement les chiffres (%) « d'adhésion » des médecins au principe de leur participation à la politique de santé publique, mais également de pouvoir rapporter cette « propension à adhérer » aux *caractéristiques personnelles et professionnelles* des médecins. Grâce à la dimension longitudinale du Panel MG PACA, des portraits types de médecins « impliqués » pourront être établis, de même que les caractéristiques saillantes des médecins les plus « réfractaires » au principe.

Résultats

L'enquête auprès des médecins généralistes de la Région PACA a été réalisée. Les premiers travaux d'analyse sont en cours.

Perspectives 2007

Participation à plusieurs colloques, diffusion des premiers résultats lors d'un atelier de travail organisé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Commanditaires

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ; Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).



9. Economie politique de la prescription médicale : le médecin généraliste, la politique du médicament et la délégation d'une mission de service public en matière de bon usage des médicaments

Sigle : PANEL MEDECINS - POLITIQUE MEDICAMENT MG

Début : 2005

Objectif(s)

Analyser la recevabilité d'une délégation de mission de service public en médecine libérale concernant le bon usage des médicaments.

Problématique

A ce jour, la « politique du médicament » a surtout consisté en France à responsabiliser les consommateurs, c'est-à-dire les patients avec des déremboursements. L'ORS PACA, aidé de l'outil que constitue le Panel MG PACA de 600 médecins libéraux, propose d'étudier un jeu de politiques publiques qui solliciterait à l'inverse la participation des « prescripteurs », essentiellement les médecins généralistes, qui sont les orienteurs des patients dans le système de soins et ont donc une forte responsabilité dans la définition du panier de soins.

Ces considérations ne pourront se faire sans réflexion sur le rôle étendu du médecin généraliste, devenu « traitant », et accompagnateur des patients dans leur trajectoire de soins : dans quelle mesure cette politique du médecin-traitant, souhaitée par les récentes lois relatives à la santé publique (août 2004) et à la réforme de l'assurance maladie (août 2004), est-elle recevable par la profession médicale et viable sur le plan économique ?

Méthodes

- Questionnaire, enquête, analyse descriptive de l'enquête ;
- Econométrie, modélisation économique du jeu de contraintes pesant sur l'exercice médical libéral.

Perspectives 2007

L'élaboration d'une éventuelle modélisation économique de « l'activité de prescription » en médecine libérale aura lieu en 2007. Une thèse de doctorat en sciences économiques est actuellement développée au sein de l'ORS et de l'INSERM U379 sur une thématique similaire qui inclut les pratiques de prescription, à savoir la « qualité des soins, vue comme une information non contractualisable ».

Commanditaire

Ministère de la recherche (Action Concertée Incitative 'Normes pratiques et régulations des politiques publiques')

Partenaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence Alpes-d'Azur (URML PACA) ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).



10. Économie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile

Sigle : CONSOMMATION DE SOINS ET VIEILLISSEMENT

Début : 2007

Objectif(s)

- La recherche entend d'abord tirer bénéfice des modèles épidémiologiques sur le processus de dépendance des personnes âgées pour mieux comprendre pourquoi et quand les personnes âgées peuvent être amenées à avoir besoin d'aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Le travail évaluera de façon horaire puis monétaire l'aide humaine dont les personnes âgées déclarent avoir besoin et si ces besoins sont satisfaits.
- Ensuite, la recherche aura à traiter de problèmes méthodologiques strictement liés au premier objectif, reposant sur les biais de participation et de sélection. En effet, dans les enquêtes en population, a fortiori portant sur la santé et le handicap des individus, il existe une forte présomption d'endogénéité de la manière-même dont les individus répondent (seuls ou aidés) à leur état de santé.
- Enfin, la caractéristique principale du secteur de l'aide informelle apportée par les enfants et les familles aux personnes âgées, est à la fois incontournable et déconsidérée. La recherche explicitera la nature des motivations des aidants informels (altruisme pur ou impur, anticipation d'héritages, comparaison implicite des coûts d'opportunité de la provision d'aide en nature au montant du paiement d'aide professionnelle). Une valeur économique de l'aide informelle sera calculée, en la reliant par exemple à la composition de la famille, au statut socioéconomique et bien sûr à l'état de santé, à l'aide d'un ensemble de méthodes parmi lesquelles l'évaluation contingente.

Problématique et méthodologie

La recherche comprend à la fois une modélisation de théorie économique et une partie appliquée. Sur le plan théorique, elle a pour finalité d'expliquer les phénomènes de rationnement de la demande de services et de soins aussi bien que de construire des modèles d'utilité intergénérationnelle impliquant de l'altruisme ou de la rationalité économique pour appréhender la nature de l'aide fournie par les enfants à leurs parents. Sur le plan empirique, les données utilisées seront en un premier temps tirées de l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), conduite de 1998 à 2001 par l'INSEE. Cette enquête a, en outre, examiné les conséquences des problèmes de santé sur le fonctionnement physique et psychologique des personnes vivant à domicile. La partie appliquée exploitera aussi les données de l'enquête Handicap-Santé à venir, qui doit synthétiser à partir de 2007 les deux enquêtes nationales menées dans le passé par l'INSEE, l'enquête HID et l'Enquête Décennale Santé (EDS).

Echéancier

La recherche est planifiée sur trois ans (2007-2009).

Perspectives

Cette recherche prend place dans un contexte général de choix nationaux potentiellement contrastés entre, d'un part les décisions individuelles de contracter des assurances privées contre la dépendance et d'autre part l'assurance-dépendance publique obligatoire et universelle (comme aux Pays-Bas, en Allemagne et au Japon). Il y a une attente forte, notamment en France, en matière d'enseignements pour la politique sociale. Par conséquent, les résultats de cette recherche sont susceptibles d'être d'un grand intérêt pour le dimensionnement des politiques publiques comme des initiatives privées. La forte preuve de besoins d'aide non-satisfaits ou sous-satisfaits pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne, sanctionne en effet le rationnement global de la demande de services et de soins adressés aux personnes âgées par l'offre des aidants formels et informels.

Considérer seulement l'aide effectivement fournie par ces derniers pour évaluer les véritables besoins des personnes dépendantes, sans égard aucun au fait de savoir si tous les besoins exprimés sont satisfaits, fait courir le risque d'une sous-évaluation de l'importance des besoins d'aide des populations âgées et de conduire à des politiques sociales sous-dimensionnées ou des primes d'assurance insuffisantes.

Commanditaire

Agence Nationale de la Recherche (Programme jeunes chercheuses et jeunes chercheurs 2006)



11. Analyse des besoins d'aide satisfaits et non satisfaits en milieu carcéral

Sigle : HID PRISONS

Début : 2005

Objectif(s)

- Évaluer les incapacités, les besoins d'aide et les besoins non satisfaits rencontrés par les personnes détenues ;
- Analyser les facteurs médicaux, socioéconomiques et carcéraux associés à ces situations ;
- Comparer la situation en milieu carcéral à la situation en population générale.

Problématique

L'analyse des caractéristiques des personnes incarcérées montre que la majorité d'entre elles cumule des traits de précarité : absence d'emploi, d'ancrage familial, faible niveau d'instruction. De plus, la prison reçoit majoritairement des individus déjà démunis et mal soignés à l'extérieur et peut aggraver les pathologies. Cette étude apportera des informations utiles pour la planification sanitaire des actions à destination de la population carcérale handicapée et devrait permettre d'évaluer la mesure dans laquelle les besoins d'aide sont ou non satisfaits en milieu carcéral.

Méthodes

Les travaux utilisent les données de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) Prisons menée en 2001. Des prévalences des handicaps pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (toilette, habillage...) et du besoin d'aide insuffisamment satisfait ont été mesurées, au sein de la population masculine de 18 à 64 ans. Des modèles probit bivarié avec sélection d'échantillon permettent d'estimer à la fois les facteurs associés au besoin d'aide et au besoin d'aide non ou insuffisamment satisfait. Les données de l'enquête HID 99 concernant les hommes de 18 à 64 ans sont considérées pour les comparaisons entre les milieux libre et carcéral.

Echéancier

L'étude est en cours. Le rapport intermédiaire a été remis aux commanditaires en décembre 2005. Fin de l'étude en décembre 2006.

Résultats

Près de 42 % des hommes incarcérés déclarent avoir des difficultés pour la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne et 11 % ont une incapacité sévère ou un besoin d'aide, contre respectivement 11 et 4,5 % à domicile. Face à ces handicaps, l'aide n'est pas suffisante dans près de quatre cas sur dix en prison, soit deux fois plus souvent qu'à domicile, à structures d'âge et de catégorie socio-professionnelle identiques. La déclaration d'un besoin d'aide est essentiellement associée à différents types de déficiences et au sureffectif de l'établissement. Avoir un besoin non satisfait est plus probable lorsque les détenus sont jeunes, illettrés, ouvriers ou sans activité et incarcérés depuis plus de cinq ans. La comparaison des deux milieux de vie montre l'accroissement de la probabilité d'un besoin d'aide avec l'âge, l'illettrisme, une catégorie socio-professionnelle modeste, un mauvais état de santé et le taux d'occupation de la prison. C'est l'isolement social et familial ainsi que le fait de vivre en prison plutôt qu'à domicile qui ont l'effet le plus significatif sur la probabilité d'expression d'un besoin d'aide non satisfait.

Ces résultats ont été valorisés par deux communications aux congrès de l'ADELF et par une publication scientifique dans la RESP.

Commanditaire

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Mission Recherche (MiRe), Appel d'offres 2004 HID-PRISONS.



12. Viabilité d'un réseau de prise en charge de la prévention des maladies bucco-dentaires du réseau GIPS pratiquant un forfait-prévention

Sigle : RESEAU GIPS

Début : 2005

Objectif(s)

L'objectif de la mission est d'évaluer la viabilité économique d'un réseau de soin prenant en charge la prévention des maladies bucco-dentaires (évaluation externe dans le cadre d'un financement Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) / Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie d'Ile de France (URCAM Ile de France)).

Problématique

Ce réseau de praticiens, réunissant des dentistes de ville, propose d'organiser la prise en charge des maladies parodontales sous la forme d'une rémunération spécifique (un forfait). Ce système de rémunération pourrait créer pour les praticiens une incitation nouvelle à la prévention (via un nouveau partage des coûts des pathologies et une internalisation partielle du risque patient). L'expérimentation menée par le réseau GIPS porte sur une pathologie bucco-dentaire, les maladies parodontales, qui ne fait aujourd'hui l'objet d'aucune prise en charge et pour laquelle prévention/maintenance sont les facteurs clés de succès à moyen et long terme. L'amélioration du panier de « soins de prévention », reçu par les patients est à documenter et à argumenter.

Cette étude pourrait préfigurer de travaux à mener sur la Médecine Générale, dans le cas d'une mutation comparable.

Méthodes

- Questionnaire, enquête (praticiens+patients), analyse ;
- Description et analyse qualitative du fonctionnement du réseau.

Résultats

Les résultats principaux de l'enquête qualitative sont les suivants : cette expérimentation a changé les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant le fait de remplir le dossier médical de suivi du patient pour 70 % d'entre eux, l'échange des difficultés avec les collègues membres du réseau pour 57,9 % d'entre eux et la réaction plus rapide face aux besoins de leurs patients pour 75 % d'entre eux. En revanche, les pratiques d'échange d'information avec les patients n'ont pas été modifiées pour 73,7 % des praticiens. Une très grande majorité des médecins pensent que ces rémunérations spécifiques sont une reconnaissance monétaire du travail qu'ils avaient déjà l'habitude d'effectuer, mais aussi, une possibilité de prendre en charge les maladies parodontales d'un public dépourvu d'une bonne assurance. C'est aussi à un moindre degré une incitation nécessaire à l'amélioration de la qualité des pratiques. Mais pour 65 % des répondants, les rémunérations spécifiques n'ont pas permis une meilleure prise en charge des épisodes aigus de la maladie. Pour les répondants, les changements de pratiques viennent essentiellement des protocoles thérapeutiques mis en œuvre au sein du réseau GIPS, de la participation aux formations au sein du réseau et à un moindre degré de la possibilité de percevoir une rémunération spécifique pour assurer le suivi continu des patients.

- Documentation des modalités de l'amélioration des pratiques suite à l'expérience dite « rémunérations spécifiques », discussion du système de rémunération mis en place par le réseau ;
- Rédaction d'une partie du rapport d'évaluation à remettre à l'ARH/URCAM Ile-de-France.

Commanditaire

Réseau GIPS (sous financement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation/Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville).

Partenaire

Eliane Santé (Paris)



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Environnement et habitudes de vie 29

- 1> Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement
Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA).....29
- 2> Connaissance, attitudes et pratiques des médecins généralistes et
spécialistes en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine
des maladies liées au travail (CAP SANTE TRAVAIL).....31
- 3> Le tabagisme comme conduite déviante :
comprendre la résistance des fumeurs à la prévention à partir
des enquêtes disponibles (TABAC ET PREVENTION).....32
- 4> Evaluation de la formation au sevrage tabagique de médecins
généralistes de ville (FORMATION TABAC MG).....33
- 5> Habitudes alimentaires et lien avec la prévalence de l'obésité en
Région à partir de l'Enquête Décennale Santé (EDS ALIMENTATION).....34
- 6> Relations entre niveau socio-économique, stress chronique
et obésité abdominale (STRESS OBESITE).....35

1. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : SISTEPACA

Début : 2004

Objectif(s)

- Améliorer les connaissances sur les pratiques, les attentes et les besoins des médecins généralistes ou spécialistes, dans le domaine santé-travail au niveau régional ;
- Elargir le réseau SISTEPACA et le consolider ;
- Elaborer des procédures d'échanges entre médecins praticiens et services de santé au travail ;
- Proposer des outils et des méthodes d'information et d'aide aux médecins praticiens ;
- Valoriser la démarche SISTEPACA auprès des préventeurs, des CHSCT, des professionnels de santé et du public.

Problématique

Devant la sous-déclaration des maladies professionnelles et l'insuffisance de mesures de prévention en santé travail, l'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, de mettre en place un système d'information des médecins praticiens, pour les sensibiliser au repérage des maladies liées au travail et aider à leur prise en charge. A la demande des médecins, ce système a été élargi aux problèmes de santé liés à l'environnement.

Méthodes

1. Organiser des réunions mensuelles du groupe de travail SISTEPACA composé de médecins du travail, d'un médecin conseil, de médecins inspecteurs régionaux et de médecins de l'ORS PACA ;
2. Alimenter et mettre à jour le site internet www.sistepaca.org ;
3. Organiser des rencontres pluridisciplinaires entre médecins praticiens, médecins du travail et médecin conseil, lors de séances de formation médicale ;
4. Proposer aux médecins praticiens un soutien de spécialistes pour faire le lien entre maladie et travail, grâce au forum internet, au logiciel de notification de cas ou par les moyens de communication habituels.

Résultats

1. Poursuite des réunions mensuelles du groupe de travail SISTEPACA ;
2. Le site Internet est complété <http://www.sistepaca.org> :
 - Fiches mises en ligne « Souffrance morale au travail », « Surdité d'origine professionnelle » et « Bruit » ; en cours, fiches sur les dermatoses professionnelles allergiques et sur les agents biologiques ; mise en ligne de la brochure d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie ; mise à jour des rubriques d'information ;
 - Bilan de fréquentation : environ 2000 accès par semaine (300 hôtes distincts) ;
 - Obtention de l'accord CNIL pour utiliser le logiciel de notification de cas.
Bilan : 89 cas saisis dont 52 cas déclarés en maladie professionnelle au 20/10/06 ;
3. Les réunions d'échanges pluridisciplinaires santé-travail sont poursuivies en 2006 : Avignon (avril et décembre), Toulon (juillet), Nice (octobre), Marseille (décembre).
 - Développement d'un partenariat avec la Société de médecine et santé au travail PACA-Corse.
 - Assises de la prévention : organisation d'un débat sur la souffrance morale au travail (novembre 2006)
4. Promotion du SISTEPACA : auprès des services médicaux de santé au travail de la Région, auprès d'institutions (CRAMSE, CRAMIF, URML, DRASS, ACT Méditerranée), par des conférences de presse (2)
5. Animation du réseau SISTEPACA : appel des médecins ayant participé aux réunions d'échanges (généralistes et urologues) par l'équipe logistique de l'ORS pour connaître les problèmes santé-travail rencontrés après les réunions et apporter une aide concrète.



Perspectives 2007

- Consolider et étendre le réseau ;
- Renforcer les collaborations institutionnelles ;
- Mener des actions ciblées à un niveau territorial (à partir de problèmes identifiés par les médecins du travail ou d'autres acteurs de prévention) ou axées sur une pathologie précise (ex : surdité) visant les médecins. Poursuivre l'action sur les tumeurs de vessie d'origine professionnelle (participation du SISTEPACA à un colloque de l'INRS en mars 2007) ;
- Poursuivre la promotion de la démarche SISTEPACA ;
- Maintenir et mettre à jour le site internet.

Commanditaires

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Collaborations

- Services de santé au travail : Dr P Armand, Dr D Charrier, Dr K Coulibaly, Dr F Hérault- Bardin, Dr G Iarmarcovai, Dr B de Labrusse, Dr G Péguin, Dr A Viola, Dr S Etienne, l'AIST83, Dr B Vigneron, Dr M Pelser, l'APAMETRA06, la Société de médecine et de santé au travail PACA ;
- Inspection médicale régionale du travail et de la main d'œuvre : Dr MH Cervantès, Dr JL Fumery, Dr C Kaltwasser ;
- Consultation de pathologie professionnelle : Dr MP Lehucher-Michel ;
- Direction Régionale du Service Médical : Dr D Bévilacqua ;
- Service d'urologie Hôpitaux Sud de Marseille : Pr F Bladou, Pr C Coulange, Pr E Lechevallier, Pr D Rossi, Pr G Serment / Association Française d'Urologie, responsable du comité de cancérologie : Dr JL Davin ;
- Services de Pneumologie : Pr D Charpin (hôpital Nord), Pr P Astoul (hôpital Sainte Marguerite), Dr Pommier de Santi CH Toulon-La Seyne, Dr Guy René Boyer (Institut Arnault Tzanck 06), Association des pneumologues libéraux de Côte d'Azur ;
- Associations de FMC : Associations AMGCC (13), AMIVAR (83), FMC des Iles d'Or (83), GroMATou (83), La Mandréenne (13), FMC des centres de santé (13), Association Médicale Intercontinentale (13), l'Escoleta (84), les associations de FMC Nice Nord (06), Nice Centre (06), Nice Ouest (06), Nice Est (06), Nice Littoral (06), Nice Azur (06), RAMBAM (06), AMFMC (06), Association niçoise de FMC (06), AFMON (06) ;
- PDITH13 : Mme M Brohan-Sulzer ;
- AGEFIPH : Mme Patricia Marengo ;
- Association de malades : Mme Louise Mare, Association Le Cap, Mme Monique Nowack, ARDEVA, M ; Chapelet, ACAT 83, Mrs Michel Taquet et Georges Marchon, Association SOS amiante 06.



2. Connaissance, attitudes et pratiques des médecins généralistes et spécialistes en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine des maladies liées au travail

Sigle : CAP SANTE TRAVAIL

Début : 2006

Objectif(s)

- Objectif principal : décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins praticiens en santé-travail ;
- Objectifs secondaires : étudier la perception du rôle des médecins praticiens, généralistes ou spécialistes, dans le domaine santé-travail ; analyser les barrières vis-à-vis de leur participation au repérage et à la déclaration des maladies d'origine professionnelle ; évaluer leurs besoins et leurs attentes en santé-travail par rapport à leurs pratiques de soins.

Problématique

La santé au travail constitue un problème de santé publique majeur en France et en région PACA. Le nombre d'accidents du travail tend à remonter en France après une longue période de baisse et le nombre de maladies professionnelles reconnues est à la hausse. Malgré cela, il existe une forte sous-déclaration des maladies professionnelles, notamment pour les cancers professionnels. La sous-évaluation des maladies liées au travail par les médecins praticiens constitue un des facteurs importants de sous-déclaration des maladies d'origine professionnelle mais très peu d'études ont exploré les attitudes et pratiques des médecins praticiens dans le domaine santé-travail, en France ou ailleurs.

Méthodes

- Première étape qualitative : 19 entretiens menés par un sociologue auprès de médecins et d'acteurs en santé-travail afin de construire le questionnaire pour l'évaluation quantitative du phénomène ;
- Deuxième étape quantitative : enquête téléphonique par questionnaire de type « Knowledge, Attitudes, Behaviors and Practices » (KABP) auprès d'un échantillon représentatif de 400 médecins généralistes libéraux et de 200 spécialistes en Région PACA (rhumatologues et pneumologues).

Résultats

L'enquête qualitative a montré que les médecins praticiens sont souvent placés face à une situation de dilemme lors d'une déclaration de maladie professionnelle : d'un côté, la crainte de ses répercussions professionnelles et sociales, de l'autre, le souci de faire valoir les droits du salarié. Le cloisonnement entre médecine de soins et acteurs de la prévention des risques professionnels ne les aide pas à la résolution de ces situations.

Perspectives 2007

Les résultats de cette double enquête qualitative et quantitative seront articulés avec un projet d'intervention visant à améliorer la participation des médecins à la détection et la signalisation des maladies professionnelles en Région PACA (projet Siste : Système Interactif Santé-Travail Environnement).

Commanditaires

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale - Direction des relations du travail /Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE)/Institut de Veille Sanitaire (Appel à propositions de recherche «Santé et Travail» 2004).

Partenaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Université de Provence (Aix-Marseille I) ; Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).



3. Le tabagisme comme conduite déviante : comprendre la résistance des fumeurs à la prévention à partir des enquêtes disponibles

Sigle : TABAC ET PREVENTION

Début : 2006

Objectif(s)

- Quels sont les effets des prix et des campagnes de prévention sur le tabagisme ? (analyse rétrospective 1965-2005) ;
- Comment les non-fumeurs perçoivent-ils les fumeurs, et comment cette perception, qui peut nourrir une stigmatisation à l'égard des fumeurs, a-t-elle évolué depuis dix ans ? (analyse comparative des Baromètres Santé 1995 et 2004) ;
- Comment les fumeurs construisent-ils leur « carrière morale » ? Comment justifient-ils leur pratique, en niant ou en relativisant les risques du tabagisme pour la santé, en mettant en avant les besoins que satisferait le tabagisme ?

Problématique

Il s'agit de réaliser des analyses secondaires, principalement à partir des enquêtes du CFES/INPES, pour mieux comprendre les déterminants du tabagisme et la résistance des fumeurs aux politiques antitabac en inscrivant cette recherche dans un cadre conceptuel issu de la sociologie de la déviance, qui conduit à mettre l'accent sur les croyances qui permettent aux fumeurs de nier ou de relativiser les risques induits par leur pratique.

Méthodes

Analyses secondaires des enquêtes quantitatives suivantes : enquêtes CADIS-MAIF-OFDT 2000 (enquête nationale auto-administrée en milieu scolaire), ORSIF 2000 (enquête en population générale en Ile-de-France), Cancer INPES 2005, Baromètres Santé 1995 et 2005 (enquêtes nationales en population générale).

Résultats

Concevoir les conduites à risque en général et le tabagisme en particulier comme des comportements déviants permet de comprendre comment les fumeurs rationalisent leur conduite. Les justifications des fumeurs ont été étudiées en population adolescente puis en population générale. Chez les adolescents, ces justifications mettent l'accent sur les bénéfices psychologiques du tabagisme, et sont corrélées avec la réussite scolaire. En population adulte, ces justifications se diversifient selon les « trajectoires tabagiques », et sont en revanche peu corrélées avec le niveau scolaire. En outre, il apparaît que le projet d'arrêter de fumer est corrélé à certaines formes de déni du risque. Enfin, l'étude du déni du risque tabagique permet de mieux comprendre l'impact très relatif de la hausse des prix sur les évolutions de la prévalence tabagique au sein de différentes cohortes.

Commanditaire

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)



4. Évaluation de la formation au sevrage tabagique de médecins généralistes de ville

Sigle : FORMATION TABAC MG

Début : 2006

Objectif(s)

Évaluer les lieux des pratiques de sevrage tabagique mises en œuvre par les médecins généralistes de ville, en Région PACA. Ces pratiques feront l'objet d'une comparaison avant-après, après la mise en œuvre d'une formation auprès des médecins sur le sevrage tabagique.

Problématique

L'usage de tabac représente une des causes les plus importantes de mortalité prématurée et de morbidité en France. La loi de Santé Publique de 2004 a mis l'accent sur la nécessité de renforcer la prévention dans la politique de santé publique en France et d'impliquer, pour cela, les médecins généralistes de ville. La Direction de la santé publique de la Mairie de Marseille va, en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), amorcer un processus de formation des médecins généralistes de ville à Marseille sur le sevrage tabagique. Il s'agit, entre autres, de les initier à une technique recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et dite de conseil minimal.

Méthodes

L'ORS PACA a réalisé une évaluation, lors d'une enquête qui s'est déroulée courant 2006 auprès des médecins du panel de Médecins Généralistes de ville de la Région PACA. Il s'agit d'une première évaluation sur les pratiques des médecins en matière de sevrage tabagique (questionnaire d'environ dix questions élaboré avec l'URML et la Direction Santé Environnement). Lors de cette première évaluation, il a été proposé aux médecins du panel résidant à Marseille de participer à cette formation.

Résultats

Un questionnaire a été préparé et adjoint à la sixième vague du panel. Les résultats ont montré que la très grande majorité des médecins demandent à leurs patients souvent à très souvent s'ils fument (96,8 %) et s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer (89,6 %) ; 29,4 % n'offrent pas de brochure d'aide à leurs patients pour arrêter de fumer, mais 73 % évaluent leur degré de dépendance lorsqu'ils les prennent en charge et la moitié utilise un outil de dépistage pour cela. Les médecins prenant en charge un patient pour sevrage tabagique travaillent sans le soutien d'une structure spécialisée le plus souvent.

Echéancier

Une formation sur le sevrage tabagique devrait être mise en place en 2007 auprès des médecins de Marseille. Ses modalités et contenu sont en cours de discussion avec l'URML et le département de santé publique de la Mairie de Marseille.

Perspective(s)

Dans un second temps, lors d'une vague ultérieure auprès des médecins du panel, un second questionnaire (une dizaine de questions) sera proposé aux médecins résidant à Marseille, ayant suivi la formation ou non, afin d'évaluer si les pratiques de sevrage tabagique ont évolué de façon différente chez ceux ayant suivi la formation et chez ceux ne l'ayant pas suivie.

Commanditaires

Ville de Marseille ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).

Partenaire

Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).



5. Habitudes alimentaires et lien avec la prévalence de l'obésité en Région à partir de l'Enquête Décennale Santé

Sigle : EDS ALIMENTATION

Début : 2005

Objectif(s)

Une analyse des habitudes alimentaires des résidents de la Région PACA et de leur lien avec la prévalence de l'obésité.

Problématique

L'obésité constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur et commun à de nombreux pays. Elle augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, certains cancers, problèmes articulaires, etc.) et a également un fort retentissement sur le bien-être psychosocial de l'individu (stigmatisation, mésestime de soi, etc.). Face à ce nouveau problème de santé publique, une étude a été proposée par l'ORS sur la prévalence des problèmes de poids, les habitudes alimentaires et l'activité physique des habitants de la Région PACA. Deux questions centrales ont animé la recherche : à quoi est dû l'avantage dont bénéficie la Région PACA en matière de surpoids et d'obésité ? Peut-on le considérer comme durable ?

Méthodes

Statistique d'enquête, économétrie.

Résultats

Selon l'EDS 2003, 39,4 % des hommes et 26,5 % des femmes de la Région PACA présentaient une surcharge pondérale, soit des proportions inférieures à celles observées au niveau national, quels que soient l'âge et le statut socioprofessionnel. Cependant, il s'avère que l'avantage régional est principalement dû à une différence de prévalence dans les classes d'âge les plus élevées, la situation se rapprochant du niveau national chez les jeunes. Les habitudes alimentaires des habitants de la Région PACA apparaissent encore nettement marquées par le modèle méditerranéen, avec une consommation de poisson, de fruits et de légumes verts plus fréquente et une consommation de viande et de charcuterie moins fréquente qu'en France. Néanmoins, ces différences sont atténuées chez les jeunes par rapport aux personnes plus âgées et la consommation quotidienne de produits de restauration rapide et de boissons sucrées chez les jeunes est même plus courante en PACA qu'en France. Au vu des résultats, nous pouvons évoquer un certain effritement du modèle méditerranéen avec une tendance à l'uniformisation des habitudes alimentaires des jeunes de la Région sur le niveau national.

Perspectives 2007

Parmi les nombreuses questions restant à traiter, une analyse du « type d'habitat » (et/ou des secteurs de résidence) comme facteur de surcharge pondérale et/ou d'obésité pourrait susciter une nouvelle vague de travaux à l'ORS PACA.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Partenaire

Direction Régionale de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Provence-Alpes-Côte d'Azur (INSEE PACA)



6. Relations entre niveau socio-économique, stress chronique et obésité abdominale

Sigle : STRESS OBESITE

Début : 2005

Objectif(s)

Ce projet de recherche vise à :

- Etudier les relations entre obésité abdominale et obésité glutéo-fémorale d'une part et exposition au stress chronique et caractéristiques socio-économiques d'autre part, en tenant compte des apports et dépenses énergétiques ;
- Rechercher une corrélation entre ces phénotypes d'obésité et les niveaux et profils de sécrétion de cortisol ;
- Vérifier si les liens éventuels entre facteurs stress chronique et obésité abdominale peuvent s'expliquer par les profils de sécrétion de cortisol.

Problématique

L'obésité abdominale, caractérisée par le dépôt de graisse autour des viscères abdominaux, expose à des complications métaboliques et cardio-vasculaires sévères. Une relation inverse entre le niveau socio-économique et la prévalence de l'obésité est démontrée chez la femme. Ceci a aussi été observé pour le syndrome métabolique. Parmi les facteurs pouvant expliquer cette relation, le rôle du stress chronique est évoqué : les premières hypothèses viennent du rôle du stress dans la stimulation de la sécrétion de cortisol et de la similarité des signes cliniques de l'obésité abdominale commune et de celle observée dans l'hypercorticisme. De plus, des travaux expérimentaux chez le singe et quelques études cliniques suggèrent que la stimulation de l'axe corticotrope est un des mécanismes par lequel le stress chronique pourrait faciliter le développement de l'obésité abdominale. Mais les études chez l'homme comportent des limites méthodologiques, concernant, notamment, l'évaluation du stress chronique. De plus, aucune n'a été réalisée chez les femmes.

Méthodes

Trois groupes (poids normal, obésité abdominale, obésité glutéo-fémorale) de 50 femmes (20-65 ans) seront comparés. Seront évalués : les indicateurs anthropométriques, la consommation alimentaire, l'activité physique, les caractéristiques socio-économiques, l'exposition au stress chronique (échelle des tracas de la vie quotidienne), la détresse psychologique (GHQ 12), les stratégies d'ajustement stress (Ways of coping check list), les paramètres biologiques standards et les valeurs de cortisol salivaire au cours d'une journée.

Echéancier

Le recrutement des sujets et le recueil des données ont débuté en février 2005.

Résultats de l'année 2006

En 2006, quelques modifications ont été apportées au protocole de l'enquête (âge d'inclusion abaissé à 20 ans et ajout de prélèvements urinaires), après accord du CCP-PRB (Comité consultatif pour la protection des personnes se prêtant aux recherches biomédicales).

Fin 2006, 64 sujets ont été inclus : 27 dans le groupe « poids normal », 22 dans le groupe « obésité abdominale » et 15 dans le groupe « obésité glutéo-fémorale ».

Par ailleurs, l'année 2006 a été consacrée à la recherche de financement et à la mise en place d'une stratégie de communication visant à faciliter le recrutement des sujets (sensibilisation des médecins du travail, de médecins généralistes...). Le recrutement des sujets et le recueil des données devaient se terminer en 2007. Suivront ensuite l'exploitation des données et la valorisation des résultats (rédaction d'articles et publication).

Commanditaire

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM - Hôpital Nord - Pr Charles Oliver)



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Santé des jeunes

37

- 1> Mise en place d'une cohorte d'enfants scolarisés dans les écoles maternelle pour l'évaluation du dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs (COHORTE EVAL MATER).....37
- 2> Evaluation de la mise en place d'un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants en maternelle (EVAL MATER).....38
- 3> Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (BAROMETRE ETUDIANTS).....39
- 4> Etude de la survenue des blessures dans une cohorte de sportifs de haut niveau dans la Région PACA ; facteurs de risque et impact psychosocial (COHORTE SPORTIFS).....40

1. Mise en place d'une cohorte d'enfants scolarisés dans les écoles maternelle pour l'évaluation du dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs

Sigle : COHORTE EVAL MATER

Début : 2004

Objectif(s)

L'objectif de cette étude est de compléter l'évaluation des performances des tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs du nouveau bilan de santé EVAL MATER en suivant le devenir d'une cohorte d'enfants examinés en petite ou moyenne section en 2002-2003.

Problématique

Une standardisation du bilan de santé en maternelle entre 3 et 4 ans a été effectuée dans le cadre du projet EVAL MATER et de nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs développés. Cet outil a été testé par des médecins de Protection Maternelle et Infantile auprès d'un échantillon représentatif de 2660 enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA en 2002-2003. L'ORS PACA a suivi un sous-groupe de ces enfants jusqu'en 2004-2005.

Méthode

Suivi d'un groupe de 231 enfants constitué de 104 enfants issus de l'échantillon représentatif inscrits dans les écoles maternelles de Marseille, examinés par les services de PMI et par les orthophonistes en 2002-2003 et un groupe de 127 enfants supplémentaires issus de l'échantillon des enfants tirés au sort inscrits dans les écoles maternelles de Marseille et examinés par les services de PMI en 2002-2003 à l'aide du nouveau bilan de santé (soit 400 enfants).

Résultats

Parmi les 231 enfants suivis pendant 1 an et demi, 51 (22,1 %) ont été perdus de vue et 19 (10,6 %) enfants n'ont pas été examinés à l'aide du BSEDS. Les analyses ont donc été réalisées sur 161 enfants (69,7 %) dont 45,3% étaient des filles et 39,8 % étaient scolarisés dans des écoles maternelles situées dans des Zones d'Education Prioritaires (ZEP). Quel que soit l'âge de l'enfant, les scores construits à l'aide des résultats du BSEDS (scores de phonologie, de langage en réception et en production) par les enfants de la cohorte sont comparables à ceux des enfants de l'Académie de Grenoble (comparaisons des moyennes, des écarts types et des centiles). Toutefois, des différences ont été observées pour les questionnaires enseignants : pour les enfants âgés de plus de 5 ans et 4 mois, le pourcentage d'échecs des enfants de la cohorte est plus élevé que ceux de l'Académie de Grenoble pour les items sur le comportement à l'école et le langage. L'inverse est observé pour les items sur la motricité. Les analyses du questionnaire de prise en charge ont montré que parmi les 67 enfants qui étaient à revoir pour un trouble du langage par le médecin de PMI après le bilan de santé en 2002-2003, 40 (59,7 %) ont effectivement été revus. Parmi les enfants non revus, 5 n'étaient pas venus à la convocation du médecin de PMI, 9 avaient fait des progrès en langage pendant l'année scolaire, 5 étaient suivis par un spécialiste et pour 8 enfants, le motif était inconnu. Parmi les 45 enfants à revoir pour un trouble psychomoteur, 33 (73,3 %) ont été revus par les services de PMI, 3 ne sont pas venus à la convocation du médecin et pour 9 enfants, le motif n'était pas renseigné.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence Alpes Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) / Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information(s) Sanitaire(s) (FNPEIS) ; Direction Générale de la Santé (DGS).

Partenaires

La Protection Maternelle et Infantile des 6 Conseils Généraux de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Centre de référence des troubles du langage ; Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (Dr Zorman) ; Service de neurologie pédiatrique spécialisé dans les troubles d'apprentissage de l'hôpital de la Timone (Pr Mancini, Dr Livet).



2. Evaluation de la mise en place d'un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants en maternelle

Sigle : EVAL MATER

Début : 2000

Objectif(s)

Afin de suivre le dispositif de mise en place d'Eval Mater au sein de la Région PACA, l'ORS PACA a proposé :

- De recueillir divers indicateurs selon un protocole pré-établi en commun accord avec le comité de pilotage ;
- D'étudier la faisabilité d'un système d'information régional sur la santé des enfants en maternelle.

Problématique

Au cours des années 2000 à 2005, un nouveau bilan de santé intégrant de nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs a été élaboré par le groupe de travail composé des médecins responsables des 6 services de PMI de la Région PACA, du service de neurologie pédiatrique impliqué dans les troubles d'apprentissage de l'hôpital de la Timone et de l'Observatoire Régional de la Santé. Ce nouveau bilan de santé pour des enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi intitulé "Eval Mater" a été élaboré dans le cadre du Programme Régional de Santé « Santé des enfants et des jeunes » pour améliorer le dépistage des troubles du langage et psychomoteurs à l'école maternelle. La mise en place d'un système d'information régional sur la santé des enfants en maternelle pourrait être la prochaine étape.

Méthodes

- Suivi de la mise en place d'Eval Mater : élaboration d'une grille de recueil des indicateurs qui seront recueillis par école maternelle avant (année scolaire 2004-2005) et après (année scolaire 2005-2006) la mise en place d'Eval Mater pour comparer les résultats ;
- Faisabilité d'un système d'information régional sur la santé : il s'est agi d'identifier les contraintes vis-à-vis du développement d'un tel système afin que les données recueillies sur la santé des enfants en maternelle, puis saisies au niveau des départements, puissent faire l'objet d'une mise en commun régionale.

Echéancier

- Faisabilité d'un système d'information régional : fin 2006 ;
- Le premier trimestre 2007 sera consacré à l'analyse des grilles de recueil des indicateurs transmis par les services de PMI des Conseils Généraux de la Région PACA.

Résultats

Des réunions entre l'ORS et les services de PMI des Conseils Généraux des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône ont permis de faire un bilan des outils informatiques existants (prestataire, logiciel utilisé, architecture des logiciels,...), de faire une synthèse des informations recueillies en routine par chaque service et de faire une analyse des besoins et des attentes de chacun des deux Conseils Généraux. Une rencontre entre l'ORS et le service de prévention en faveur des élèves de l'Inspection Académique des Bouches-du-Rhône a été l'occasion d'évaluer les procédures d'échanges des bilans de santé entre les services de PMI et les services de la santé scolaire. Le bilan de ces rencontres a fait l'objet d'un rapport présentant des pistes de réflexion et des recommandations concernant la mise en place d'un système d'information régional sur la santé des enfants. L'analyse des grilles de recueil des indicateurs sera faite en 2007.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) / Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information(s) Sanitaire(s) (FNPEIS).

Partenaires

Protection Maternelle et Infantile des 6 Conseils Généraux de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PMI) ; Société 1 égal 2.



3. Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : BAROMETRE ETUDIANTS

Début : 2005

Objectif(s)

- Décrire les conditions et modes de vie des étudiants de la Région PACA, leur formation (filières suivies, inscription à un concours...) et leurs comportements de santé ;
- Déterminer la prévalence de la souffrance psychologique et celle de différents troubles de santé mentale (dépression, anxiété, troubles des conduites alimentaires...) et étudier les facteurs sociaux associés.

Problématique

L'état de santé, les habitudes et les préoccupations liées à la santé des étudiants de la Région PACA sont peu documentés malgré l'importance de ces éléments pour la mise en place et le suivi d'une politique sanitaire et de prévention. Deux priorités semblent émerger :

- Une dégradation des comportements de santé et une moindre conscience des comportements susceptibles d'entraîner des conséquences graves pour la santé ;
- Un mal être "spécifique" des étudiants.

Une étude, au niveau régional, devrait permettre de fournir des données de cadrage et améliorer les connaissances sur les comportements, perceptions et problèmes de santé des étudiants.

Méthodes

Une enquête transversale a été réalisée de novembre 2005 à juin 2006 auprès d'un échantillon représentatif de 2557 étudiants de 1^{ère} année, âgés de 18 à 30 ans, inscrits pour la première fois dans les différentes filières des universités des académies d'Aix-Marseille et de Nice. Le recueil des informations pour le volet « modes de vie et santé des étudiants » a été réalisé dans les services de médecine préventive universitaire de la Région à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme complété sous la supervision d'un enquêteur professionnel. Pour les étudiants absents le jour de la visite médicale, les données ont été recueillies, soit par téléphone par la même équipe d'enquêteurs, soit par voie postale. Les données du volet « troubles de la santé mentale » ont été recueillies par téléphone à l'aide d'un outil diagnostic (Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI SF)) auprès d'un sous-groupe d'étudiants issus de l'échantillon représentatif.

Parmi les étudiants tirés au sort, 1773 étudiants ont complété le questionnaire, 72 (2,8 %) étaient inéligibles (critères d'inclusion non remplis ou critère(s) d'exclusion présent(s)), 87 étudiants ont refusé de participer (3,4 %), 152 étaient injoignables au téléphone après dix tentatives de contact (5,9 %) et pour 194, le numéro de téléphone était erroné¹ (7,6 %). Le taux de réponse est de 82,9 % (numéros de téléphone erronés et étudiants injoignables exclus). Le nombre d'interview à l'aide du CIDI SF est de 997, avec un taux de réponse de 87,9 %.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Partenaires

Services de Médecine Préventive Universitaire Provence-Alpes-Côte d'Azur (SMPU PACA) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Université de Provence, Université de la Méditerranée, Université Paul Cézanne, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse, Université de Nice Sophia-Antipolis et Université du Sud Toulon Var.

¹L'enquête téléphonique a été conduite auprès des 1546 étudiants qui ne sont pas venus au SMPU.



4. Étude de la survenue des blessures dans une cohorte de sportifs de haut niveau dans la Région PACA ; facteurs de risque et impact psychosocial

Sigle : COHORTE SPORTIFS

Début : 2005

Objectif(s)

Les principaux objectifs de cette étude sont :

- D'évaluer l'incidence des blessures lors de la pratique d'un sport à haut niveau ;
- D'étudier leurs répercussions psychosociales sur la qualité de vie des athlètes ;
- De mesurer les facteurs de vulnérabilité des sportifs vis-à-vis de la survenue de ces blessures et de leurs conséquences.

Problématique

Les recherches publiées sur l'incidence, la nature et la gravité des blessures posent un certain nombre de problèmes méthodologiques : pour certaines enquêtes, la notion de pratique intensive n'est pas souvent différenciée de celle de pratique « récréative » et l'impact de la structure d'encadrement n'est pas clairement défini. En dehors de la charge d'entraînement, d'autres facteurs posent question chez les sportifs de haut niveau. En particulier, si le rôle des antécédents de blessures semble avoir été montré, des recherches sur la consommation, voire la sur-consommation de médicaments pour supporter les entraînements et les compétitions, sont nécessaires à explorer.

Méthodes

Suivi d'une cohorte de 150 sportifs inscrits dans les pôles France et Espoirs de la Région durant une saison sportive (d'octobre 2006 à juin 2007). Cette cohorte est constituée de tous les athlètes âgés de 16 à 24 ans inscrits dans les pôles d'athlétisme, de gymnastique, de hand-ball, de judo et de volley de la Région PACA. Plusieurs outils seront proposés au sportif durant l'année : à *l'inclusion*, à *l'occasion d'une blessure*, *tous les 3 mois* et à *la fin du suivi* (fin de la saison sportive ou sortie de la cohorte). Les données seront recueillies à l'aide d'auto-questionnaires ou par téléphone et, pour les blessures, par le médecin ou le kinésithérapeute du pôle.

Echéancier

- Construction et test des questionnaires trimestriels et de fin de suivi : dernier trimestre 2006 ;
- Début de l'enquête, en octobre 2006 et suivi des sportifs jusqu'en juin 2007 ;
- Restitution des résultats au cours du premier trimestre 2008.

Résultats

Une enquête pilote a été réalisée de février à mai 2006 pour vérifier l'acceptabilité et la perception de la fiche blessure et donner une définition de cette dernière. Parmi les 122 sportifs inclus dans l'étude pilote et suivis pendant 4 mois, 51 fiches blessures ont été complétées par les médecins du pôle correspondant à 40 athlètes blessés (32,8 %). Ce pourcentage est significativement plus élevé dans le pôle d'athlétisme que dans le pôle de judo ou de hand-ball. Parmi les fiches blessures analysées, 46,7 % se sont passées pendant l'entraînement dans le pôle. La moitié des blessures a fait l'objet d'un examen complémentaire (radiographie, échographie, scanner...) et elles ont été plus souvent prises en charge par l'équipe médicale du pôle qu'en dehors du pôle : 44,7 % et 36,2 % des blessures ont été prises en charge par les kinésithérapeutes et les médecins du pôle respectivement, contre 19,1 % par les spécialistes hors pôle. Le questionnaire d'inclusion a été construit en collaboration avec le médecin conseiller de la DRDJS, les équipes médicales présentes dans les pôles (médecin et kinésithérapeutes) et les entraîneurs. Il a été testé, en septembre 2006, auprès de 10 athlètes du pôle de natation.

Commanditaires

Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports (DRDJS) ; Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)- Appel à projet de recherche MILDT/INSERM 2004 ; Française des Jeux ; Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (MJSVA).

Partenaires

Les équipes médicales, les entraîneurs et les responsables des pôles France et Espoirs de la Région PACA.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Santé mentale

41

- 1> Définition et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes, une approche pragmatique (DEFINITION HANDICAP PSYCHIQUE).....41
- 2> Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre du panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la Région PACA (PANEL DEPRESSION).....42
- 3> Etude exploratrice : violences en direction des personnes souffrant de troubles psychiques (patients et ex-patients) (VIOLENCES ET TROUBLES PSYCHIQUES).....43
- 4> Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille : tableau de bord sur les problèmes de santé mentale à Marseille (SANTE MENTALE MARSEILLE - TBSM).....45
- 5> Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille : Enquête qualitative «troubles de santé mentale : trajectoire de vie et de soins» (SANTE MENTALE MARSEILLE - ENQUETE QUALITATIVE).....46
- 6> Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille : Répertoire des structures confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales sur Marseille (SANTE MENTALE MARSEILLE - REPERTOIRE).....47

1. Définition et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes, une approche pragmatique

Sigle : DEFINITION HANDICAP PSYCHIQUE

Début : Janvier 2006

Objectif(s)

Appréhender le « handicap psychique » et les notions et approches connexes utilisées dans d'autres pays, sur 3 volets :

- Revue de la littérature sur les définitions et contextes d'usage de notions concernant le retentissement des maladies mentales ;
- Recherche de terrain permettant d'appréhender comment les sujets souffrants et leur entourage perçoivent et agissent par rapport à ce retentissement ;
- Esquisse d'un projet ultérieur de comparaison aux niveaux politiques et des pratiques.

Problématique

Nous faisons l'hypothèse que les manières dont sont pensés et traités les retentissements dans la vie quotidienne des troubles mentaux et l'interaction avec l'environnement des personnes qui en souffrent, reflètent les philosophies de justice, les modèles d'inclusion et/ou de solidarité sociales et les notions de la personne à l'œuvre, une société donnée. En même temps, la notion de handicap psychique étant récente, nous nous efforçons d'identifier à quoi elle correspond dans la vie des personnes. Les sujets « en situation de handicap psychique » sont-ils émergents ? Quelles représentations ont-ils des conséquences de leur maladie ? Que signifie pour eux l'égalité des chances ? Enfin, quels sont les enjeux d'une notion de politique par rapport à une autre notion ? Les modes d'appropriation pratique de la notion de handicap psychique sur le terrain reste pour nous une question empirique.

Méthodes

Revue de la littérature : identification des notions connexes, comparaison par rapport aux enjeux et aux contextes (national, système de soin psychiatrique et socio-médical, paradigmes de protection sociale, inclusion/solidarité, équité-égalité-participation, « personne »).

Volet de terrain :

- Identification des contextes contrastés quant au degré de prise en charge des personnes diagnostiquées avec une maladie mentale depuis au moins 2 ans, en collaboration avec le Pr Lançon et le Dr Girard ;
- Développement d'outils pour appréhender les représentations, pratiques et place de la maladie et de ces retentissements dans les trajectoires des sujets ;
- Observation et passation d'entretiens et/ou focus groupe auprès de 40 sujets ;
- Analyse des résultats. Les données de terrain seront analysées avec l'aide du logiciel Atlas T/i.

Résultats

La revue de la littérature est en cours. Le passage en revue des documents législatifs et administratifs et de la littérature scientifique permettra de comprendre les définitions données de la notion de « Handicap Psychique » depuis qu'il apparaît dans la législation française, pour la première fois, dans la loi de Loi du 11 février 2005. Cette revue essaie de saisir les enjeux de cette nouvelle catégorie, par rapport au système de soins psychiatrique et socio-médical, aux paradigmes de protection sociale et aux notions d'inclusion/solidarité, d'équité-égalité-participation et de « personne ». Nous avons commencé l'identification des terrains possibles pour le deuxième volet.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques/Mission Recherche (Appel à projets MiRe-DREES « Handicap Psychique et troubles psychiatriques ») ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).



2. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre du panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la Région PACA

Sigle : PANEL DEPRESSION

Début : 2004

Objectif(s)

- Mesurer l'adéquation entre prise en charge en médecine de ville et besoin de soins du patient présentant un Episode Dépressif Majeur (EDM) ;
- Evaluer les variations des pratiques de prescription des antidépresseurs et identifier leurs déterminants.

Problématique

Il existe un hiatus important entre une consommation excessive d'antidépresseurs et une prise en charge de la dépression insuffisante. Une partie non-négligeable des personnes souffrant d'un Episode Dépressif Majeur (EDM) ne reçoit pas le traitement antidépresseur dont elle aurait besoin. Des écarts de prescription fréquents et en augmentation sont constatés par rapport aux recommandations de bonnes pratiques. Des traitements antidépresseurs sont parfois prescrits pour des personnes ne souffrant pas d'un EDM.

Ce constat soulève la question de l'adéquation entre les besoins de soins des patients souffrant d'EDM et les modes de prise en charge proposés en médecine générale.

Méthodes

L'étude a été effectuée au sein du panel de médecins généralistes de ville de la Région PACA. Une première vague d'enquête sur les « connaissances, attitudes et pratiques des médecins face à la santé mentale » a été réalisée en mai 2004. Puis une seconde vague d'enquête a été effectuée entre juin et octobre 2004 selon une méthodologie permettant de documenter chaque initiation consécutive de traitement antidépresseur durant cette période.

Résultats

Cinq cent quarante-deux médecins ont répondu à l'enquête (taux de réponse de plus de 90 %) et 144 volontaires ont participé activement à l'enquête par questionnaires patients. L'étude a montré que, face à la souffrance psychique et au besoin de soin de leurs patients, les médecins généralistes de ville ne semblent pas suffisamment armés pour repérer et diagnostiquer l'EDM, les troubles anxieux, la co-morbidité psychiatrique, les idées suicidaires. Il existe notamment un sur-diagnostic des épisodes dépressifs majeurs qui coexiste avec un sous-diagnostic (dépressions masquées) et un sous-repérage des idées suicidaires : les déterminants de ce sous-repérage sont liés à la formation du médecin, au temps de consultation qu'il consacre au patient et à la symptomatologie du patient. La co-prescription d'anxiolytiques avec des antidépresseurs est aussi très fréquente : elle concerne 60 % des patients et sa fréquence est plus importante lorsque le patient est en activité, lorsque le médecin est un homme, lorsqu'il ne se sent pas efficace dans la prise en charge de l'EDM et qu'il repère des idées suicidaires.

Commanditaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA)/ Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ; Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES)/ Mission Recherche (MiRe) ; Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

Partenaire

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA)



3. Étude exploratrice : violences en direction des personnes souffrant de troubles psychiques (patients et ex-patients)

Sigle : VIOLENCES ET TROUBLES PSYCHIQUES

Début : février 2006

Objectif(s)

Comblar les lacunes en matière de connaissances de la violence en direction des personnes souffrant de troubles mentaux. Les objectifs spécifiques :

- Réaliser une revue de la littérature scientifique ;
- Déterminer s'il existe en France des statistiques pouvant indiquer la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients psychiatriques ;
- Identifier des réseaux d'acteurs susceptibles de participer à une recherche en la matière ;
- Déterminer la faisabilité des recherches et/ou études dans ce domaine ;
- Développer les bases d'un protocole de recherche.

Problématique

Les personnes souffrant de troubles mentaux ont beaucoup plus de risques d'être victimes de la violence que le reste de la population. Les violences subies peuvent entraîner des traumatismes physiques, de la détresse, des idées suicidaires, aggraver les troubles psychiques, déclencher des comportements nocifs et augmenter le risque, chez certains, de commettre à leur tour des actes de violence. Pourtant, ces violences et leurs conséquences restent un phénomène plus ou moins invisible et un défi en matière de santé publique. Le peu de recherches identifiées dans d'autres pays sont certes éclairantes mais se situent dans d'autres contextes sociopolitiques et culturels. En France, les statistiques et études en la matière sont inexistantes.

Méthodes

- La revue de la littérature scientifique sur la violence en direction des personnes souffrant de troubles psychiques a été réalisée à travers trois champs : sociologie et anthropologie de la violence ; les études quantitatives sur la violence en direction des personnes souffrant de troubles psychiques ; les études ethnographiques sur les personnes souffrant de maladie mentale. La littérature a été identifiée à partir de MedLine et par une recherche manuelle.
- La démarche a consisté à évaluer, d'une part les possibilités d'exploitation secondaires de base de données constituées sur des questions proches ou des indicateurs assez grossiers, d'autre part les conditions de réalisations d'enquêtes propres.

Résultats

La revue de la littérature révèle un taux toujours plus élevé de victimation violente et non-violente chez les personnes souffrant de trouble mental grave que chez les autres. Au sein des populations ayant un trouble mental grave, c'est le contexte (pauvreté, sans domicile fixe) ainsi que l'abus d'alcool ou de drogues qui reviennent comme facteurs de risque. La question de la violence envers les personnes souffrant de troubles mentaux graves est soulevée dans la littérature comme chez les acteurs interviewés dans deux principaux cadres conceptuels :

1. Celui des situations de violences de la vie quotidienne et qui surgissent dans des lieux souvent ordinaires. Les personnes ayant des troubles psychiques sont considérées comme un groupe vulnérable à la victimation générale, au même titre que d'autres groupes (les personnes handicapées, les personnes très âgées, les enfants, etc). Ce discours est en cours de construction en France, où les pouvoirs publics ont impulsé des dispositifs de prévention de la maltraitance envers les adultes vulnérables, définis comme les personnes handicapées et les personnes âgées.

2. Dans le second cadre de réflexion, c'est en tant que patients, engagés dans des relations avec des soignants dans un contexte psychiatrique, que les personnes sont victimes. On rejoint ici un thème qui fait l'objet, depuis peu, d'une politique publique, celui de la maltraitance envers les personnes handicapées ou âgées. Cependant, le contexte psychiatrique induit certaines spécificités. Les rôles d'auteur et de victime y sont en effet particulièrement instables et il est question en permanence de la légitimité des traitements et des actions venant de l'équipe psychiatrique. Il devient alors encore plus pertinent de considérer les situations dans lesquelles survient la violence plutôt que de traiter des actes de façon isolée.

Au total, nous avons rencontré ou, nous nous sommes longuement entretenus par téléphone avec plus d'une trentaine d'acteurs, susceptibles de produire des informations sur des violences ou d'en recueillir, et des acteurs pouvant être amenés à en observer, et ceci à tout niveau d'intervention : national, régional, départemental ou local. La plus grande limite de l'approche judiciaire est le risque accru de sous-déclaration et la difficulté d'obtenir des informations sur les caractéristiques des victimes. L'entrée par les victimes en population générale pose le problème d'une faible proportion ayant des troubles psychiatriques graves. D'ailleurs, il est très probable que les modalités de passation de ces enquêtes conduisent à exclure des répondants, les personnes ayant les troubles psychiques les plus graves et le mode de vie le plus précaire, et qui sont également les plus vulnérables à la violence. Les enquêtes de victimation ciblées, qui s'adresseraient uniquement ou essentiellement à une population ayant des troubles psychiques, telle que les majeurs protégés, les résidents de certains établissements sociaux ou médico-sociaux, ou des lieux de travail protégé par exemple, sont donc une option à privilégier. Elles donneraient une estimation plus fine de la fréquence et de la nature des violences subies par les personnes ayant des troubles psychiques, qui actuellement fait cruellement défaut en France. Quant à l'utilisation des dispositifs et des procédures mis en place pour recenser la violence et la maltraitance dans les établissements de soin en psychiatrie, ils constituent une source très partielle d'accès à la violence envers les personnes ayant des troubles psychiques. Ils sont en effet inégalement connus et relayés par les professionnels ; par ailleurs les patients sont inégalement informés de leur existence. Cependant, tous les interlocuteurs qui nous ont fait part de leur expérience dans les services de psychiatrie, attestent de l'existence de phénomènes de violence en direction des patients, d'où l'intérêt d'adresser un tableau plus juste de ces situations, par des méthodes qualitatives. Les objectifs 3-5 sont actuellement en cours.

Perspectives 2007

Avant la fin de l'année 2006, nous aurons identifié des réseaux d'acteurs susceptibles de participer à une recherche en la matière (Paris, Marseille, Brest). Nous allons aussi développer les bases d'un protocole d'une future recherche soit à partir des établissements de soin, soit dans les lieux de vie des personnes souffrant de trouble mental grave.

Commanditaires

Ministère de la santé et des solidarités/ Direction Générale de la Santé (DGS) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).



4. État des lieux sur les problèmes de santé mentale : tableau de bord sur les problèmes de santé mentale à Marseille

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - TBSM

Début : 2006

Objectif(s)

Le tableau de bord sur les problèmes de « santé mentale » à Marseille est réalisé dans le cadre d'un état des lieux global des problèmes de santé mentale sur ce territoire. Celui-ci comprend deux autres approches : un inventaire et une description des structures ressources et une enquête qualitative auprès des usagers et des professionnels impliqués.

Problématique

En introduction du programme 13 du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), il est mentionné que, dans toutes les consultations locales réalisées en Région PACA en 2004 préalablement à ce plan, la souffrance psychique a toujours été pointée comme une priorité à prendre en compte. La Ville de Marseille est également confrontée à des problématiques très diversifiées touchant à la santé mentale. Afin de développer, dans un esprit partenarial, une politique d'action en la matière, elle a souhaité s'appuyer sur une démarche d'état des lieux.

Méthodes

Le tableau de bord santé mentale comprendra deux grandes parties :

- Une analyse des données statistiques disponibles sur l'offre de soins (offre hospitalière publique et privée et offre libérale), l'utilisation du système de soins (hospitalisations, consommation de médicaments, visites de spécialistes) et le recours aux prestations sociales (affections de longue durée, invalidités...);
- Une revue de la littérature épidémiologique pertinente dans le domaine qui permettra de mettre en perspective les résultats observés au travers des divers indicateurs recueillis et fournira un éclairage sur la prévalence et les principaux déterminants des problèmes de santé mentale.

Résultats

A Marseille, l'offre globale de soins en psychiatrie est beaucoup plus élevée que la moyenne nationale, en raison d'une forte implantation du secteur privé. Au sein de la commune, il existe de fortes disparités, tant du point de vue de l'offre publique (différences entre les secteurs de psychiatrie générale) que de l'offre libérale (concentration des psychiatres libéraux dans le centre et le sud de la commune).

Selon les rapports de secteurs les plus récents, près de 15 000 patients ont été pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale à Marseille en 2003. Plus de 80 % de ces patients ont été pris en charge en ambulatoire, dans les centres médico-psychologiques principalement et 25 % étaient hospitalisés à temps plein.

Par ailleurs, en 2005, près d'un Marseillais sur 4 a été remboursé pour un médicament psychotrope (données du régime général), soit légèrement plus que dans le département et la Région. Il s'agissait principalement d'anxiolytiques (14,9 % de la population), d'antidépresseurs (9,4 %) et d'hypnotiques (8,6 %). La consommation de psychotropes est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée ou bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire que dans la population générale.

D'autre part, une revue de la littérature sur les définitions, les outils et l'épidémiologie des principaux troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire, suicides) a été partiellement rédigée.

Commanditaire

Ville de Marseille



5. État des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille. Enquête qualitative : « troubles de santé mentale : trajectoire de vie et de soins »

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - ENQUETE QUALITATIVE
Début : 2006

Objectif(s)

Analyser le fonctionnement du système d'aide et de prise en charge, que ce soit au niveau du soin ou du social, pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ceci se décline en 3 sous-objectifs :

- Prendre en compte les descriptions à la fois des usagers et des professionnels pour comprendre au mieux comment sont construits les espaces de contraintes et de ressources que sont les systèmes de soins ou d'aide sociale ;
- Travailler autour des représentations que chacun des acteurs en jeu peut avoir des structures et des différentes professions, tant sur le plan des missions qui leur sont attribuées, que des populations qui leur sont dédiées ;
- Relativiser la place des institutions légitimes dans le champ et mieux comprendre, par un questionnement suffisamment large, les ressources que les usagers mobilisent au-delà de celles attendues.

Problématique

Il s'agit d'avoir des éléments sur la rencontre entre un système, ses propres contraintes et règles de fonctionnement et un individu caractérisé lui aussi par un certain nombre de contraintes mais aussi de ressources. C'est dans l'interaction entre ces 2 dimensions que vont pouvoir se construire les trajectoires des personnes, chacune étant bien évidemment spécifique. L'étude approfondie de l'une d'entre elles peut toutefois éclairer sur les possibles « constructions » entre la demande ou le besoin d'un individu, de ses proches ou même de sa communauté et les ressources que constituent les institutions, les associations ou les structures de prise en charge. Dans cette démarche, une attention particulière sera portée aux normes pratiques des structures (c'est-à-dire à la façon dont les structures fonctionnent concrètement et non pas à la façon dont il est prévu qu'elles fonctionnent) mais aussi à la dimension de la construction sociale du trouble (c'est-à-dire à tous les processus de désignation des troubles, qu'ils soient le fait de professionnels, de l'entourage ou de la personne les expérimentant elle-même, désignation qui détermine en partie les prises en charge).

Méthodes

La méthode retenue se base sur des entretiens semi-directifs auprès d'une pluralité d'acteurs sociaux. Le recueil s'organise en plusieurs temps :

- D'abord auprès des « usagers » eux-mêmes, en leur demandant de reconstituer leur trajectoire de vie en insistant sur les formes de soutien qu'ils ont pu mobiliser ainsi que sur ce qui a pu aggraver leur situation. Il est prévu de recueillir 8 trajectoires de vie, correspondant à 8 situations types définies a priori avec l'aide de professionnels. Ce sont donc des trajectoires extrêmement variées que nous souhaitons explorer ;
- Dans un second temps, les trajectoires, rendues anonymes, seront présentées, lors de réunion de « focus groups », à différents types de professionnels. Pour chaque cas, seront invitées des personnes exerçant des professions qui auront été évoquées lors du récit de l'usager (psychiatre, psychologue, assistant social, médecin généraliste...). Ces professionnels seront ainsi amenés à donner leur avis sur le système de prise en charge, au regard du cas précis exposé.

Perspectives 2007

Finalisation du recueil de données pour la reconstitution des cas.

Organisation de « focus groups ». Analyse des données et rédaction du rapport final.

Commanditaire

Ville de Marseille



6. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale : Répertoire des structures confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales sur Marseille

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - REPERTOIRE

Début : 2006

Objectif(s)

Il s'agit de recenser les structures de soins, sociales ou médico-sociales sur la ville de Marseille confrontées à des personnes ayant des souffrances psychiques ou des maladies mentales et de décrire la façon dont elles fonctionnent et notamment les moyens qu'elles mobilisent pour faire face à ces problèmes.

Problématique

La ville de Marseille a missionné l'Observatoire Régional de la Santé PACA pour réaliser un état des lieux des problèmes de santé mentale sur son territoire. Un des volets de cet état des lieux est le recensement des structures de soins, sociales ou médico-sociales, associatives, interstitielles et confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales chez les personnes qui les sollicitent ou qu'elles rencontrent.

Méthodes

Plusieurs bases de données, sites Internet, et annuaires (« Allô Parents Marseille », « Annuaire social de la mairie de Marseille », AMPTA, CIRDD, annuaires sanitaires et sociaux fournis par la DDASS) sont utilisés pour recenser les différentes structures qui seront intégrées dans cette démarche. Le groupe de Suivi Technique complète également la liste qui est ensuite vérifiée pour être mise à jour (adresses, coordonnées téléphoniques, organigrammes...).

Dans un second temps, un questionnaire sera adressé à ces structures afin de mieux connaître leurs missions, leur fonctionnement, les moyens qu'elles mobilisent pour répondre le cas échéant à des problèmes de santé mentale et les difficultés qu'elles rencontrent.

Echéancier

La finalisation de ce répertoire est prévue pour le premier trimestre 2007.

Commanditaire

Ville de Marseille

Partenaires

CMP Belle de Mai ; Association de réadaptation sociale ; Habitat alternatif et social ; Les sentinelles Egalité ; Armée du Salut ; Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS 13) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) ; Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions ; Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) ; Fédération Nationale des Associations de Patients et (Ex) Patients «Psy» (FNAPPSY) ; Solidarité et réhabilitation ; UHU Saint Jean de Dieu.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Cancer

49

- 1> Participation à l'enquête sur les connaissances et attitudes de la population face au cancer, et faisabilité d'un baromètre cancer pour l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (BAROMETRE CANCER INPES).....49
- 2> Représentations du cancer et des personnes atteintes, réactions face au message préventif et déni du risque : le cas du tabagisme (TABAC ET CANCER).....50
- 3> Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique (cancer drees).....51
- 4> Etude Longitudinale de l'impact psychosocial des pathologies du sein chez les femmes de 40 ans et moins des Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (ELLIPSE 40).....52
- 5> Etude longitudinale sur l'impact psychosocial des pathologies du sein chez les femmes de 65 à 80 ans dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône et du Var (ELLIPSE 65).....53

1. Participation à l'enquête sur les connaissances et attitudes de la population face au cancer, et faisabilité d'un baromètre cancer pour l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Sigle : BAROMETRE CANCER INPES

Début : 2005

Objectif(s)

Etudier les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes, les freins et les leviers du recours au dépistage, ainsi que les comportements et les attitudes dans quelques domaines sensibles pour la prévention du cancer. Etudier les préférences des individus à l'égard des politiques publiques dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du cancer.

Problématique

Le Plan Cancer prévoit un renforcement des sciences sociales dans son domaine. Cela passe notamment par la compréhension par le plus grand nombre des représentations sociales associées au cancer, (et pas uniquement les patients ou leurs proches). Comment le public se représente-il la maladie et les personnes atteintes ? Que pense-t-il des facteurs de risques du cancer ? Comment ces opinions s'articulent-elles (ou non) avec les comportements effectifs (usages de tabac, d'alcool, alimentation, exposition au soleil) ? Quelles attitudes se font jour à l'égard du dépistage, de la prise en charge ? Enfin que pensent les Français à l'égard des orientations et des priorités de la politique publique de lutte contre le cancer ?

Méthodes

Enquête téléphonique par questionnaire fermé auprès d'un échantillon aléatoire national représentatif de la population française des 16 ans et plus, à partir d'hypothèses de recherche, sociologiques et économiques.

Echéancier

- Préparation de la conférence de presse pour la sortie nationale des résultats fin 2006 ;
- Valorisation scientifique en 2007.

Résultats

L'ouvrage qui présente les résultats de l'enquête est achevé, il sera publié début décembre. L'ORS a assuré l'analyse et la rédaction des quatre premiers chapitres :

1. Ce que les Français pensent du cancer : opinions, risques perçus et causes présumées.
2. Les Français, le tabac et le cancer : comportements, opinions et perceptions des risques.
3. Les Français, l'alcool et le cancer : comportements, opinions et perceptions des risques.
4. Les Français, le soleil et le cancer : comportements, opinions et perceptions des risques.

En complément, un travail de relecture a été opéré pour aider à la rédaction des autres chapitres.

Perspectives 2007

Plusieurs articles seront rédigés et soumis pour publication dans des revues scientifiques à comité de lecture dès le début de l'année 2007. Ils aborderont les thèmes suivants : étiologie profane des cancers et comportements de prévention, croyances à l'égard du soleil et du cancer de la peau, déni du risque tabagique, relativisation des risques associés à l'abus d'alcool.

Commanditaire

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

Partenaires

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Institut National du Cancer (INCA) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 357 (INSERM U357) ; Institut de Veille Sanitaire (InVS) ; Ligue contre le Cancer, Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) ; Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT).

2. Représentations du cancer et des personnes atteintes, réactions face au message préventif et déni du risque : le cas du tabagisme

Sigle : TABAC ET CANCER

Début : 2006

Objectif(s)

- Etudier les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes en population générale ;
- Etudier les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes comme ressource cognitive pour le déni du risque parmi les fumeurs ;
- Déterminer quel est l'impact du discours préventif sur les représentations du cancer et des personnes atteintes, y compris la possibilité d'effets inattendus.

Problématique

Explorer les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes au sein de la population générale, en mettant l'accent sur le caractère fonctionnel de ces représentations, et sur les matériaux cognitifs qu'elles mobilisent, et en combinant pour cela des matériaux empiriques qualitatifs et quantitatifs.

Méthodes

Outre un travail bibliographique en cours, trois dispositifs empiriques complémentaires sont prévus. D'abord, une enquête quantitative téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de 4000 personnes, représentatives de la population française des 16 ans et plus. Cette enquête, financée par l'INPES, et dont le terrain s'est déroulé au printemps 2005, aborde les représentations du cancer sous les divers angles listés plus haut dans le premier objectif (relations avec les médecins, chances de guérison, attitudes à l'égard des proches, causes du cancer...). Au regard du second objectif, cette enquête explore aussi le déni du risque de cancer, pour le tabac et pour l'alcool. Ensuite, des entretiens semi-directifs avec des fumeurs (environ 40 entretiens au total).

Echéancier

Le projet de recherche devait initialement durer un an (d'octobre 2005 à octobre 2006). Toutefois, des problèmes administratifs entre les directions de l'INSERM et de l'INCA ont reporté son début au mois de mars 2006. La fin du projet est prévue pour mi-2007.

Résultats

La revue bibliographique est achevée, l'analyse secondaire des données quantitatives de l'INPES est en cours, le recueil des données qualitatives est également en cours.

Deux articles ont été rédigés, un en anglais (paru dans *Social Science & Medicine*) et un en français (soumis à *Promotion & Education*), pour aborder d'un point de vue général la question des représentations du risque, du déni du risque et des effets éventuellement contre-productifs de certaines actions de prévention. Le volet quantitatif du projet a fait l'objet d'une première analyse, à paraître dans l'ouvrage publié par l'INPES à partir des résultats du Baromètre cancer 2005. Cette analyse montre notamment qu'une partie non négligeable de la population pense que le cancer peut avoir des causes psychologiques (amertume, déception, fragilité de caractère...), et que ces causes perçues ont tendance à se cumuler avec d'autres facteurs perçus comme cancérigènes (environnementaux et comportementaux). Les personnes qui correspondent à ce profil de cumul semblent faire preuve d'un certain fatalisme dans leurs comportements de santé.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCA) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).



3. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer

Sigle : CANCER DREES-INSERM

Début : 2004

Objectif(s)

Documenter les conditions de vie et la qualité de vie des patients atteints de cancer en France.

Problématique

Aujourd'hui, la médecine et la chirurgie permettent de guérir 50 % des cancers. Pendant et après ces traitements, les malades vont se trouver confrontés à des problèmes de condition physique (effets secondaires et séquelles des traitements), des problèmes psychologiques, mais aussi des problèmes d'aide sociale, de soutien de l'entourage, d'insertion sociale, de retour au travail, d'accès aux assurances et aux prêts. Il existe beaucoup d'aides et de services, ainsi que de droits, mais ils ne sont pas assez connus des patients qui ne savent pas toujours comment y avoir recours.

Cette enquête statistique de grande ampleur sur les conditions et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer est une première en France.

Méthodes

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 4460 personnes correspondant aux critères de définition de la population cible (ayant déclaré une ALD pour cancer en 2002, âgé de plus de 18 ans et capable de répondre à un entretien téléphonique). L'échantillon des personnes atteintes a été tiré à partir des fichiers des personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD).

Résultats

Interrogé deux ans après l'établissement du diagnostic de cancer, environ un quart des patients estime que l'annonce de leur maladie a été « trop brutale ». C'est notamment le cas de la minorité pour qui elle n'a pas été faite en face-à-face par un médecin. Neuf patients sur dix estiment toutefois avoir bénéficié, durant ces deux ans, d'une information médicale suffisante, même si près d'un sur deux considère qu'il n'a pas été associé au choix de son traitement. Sept patients sur dix se disent tout à fait satisfaits de leur suivi médical. En revanche, peu ont bénéficié d'un soutien psychologique, alors même que certains en ressentaient le besoin. Deux ans après le diagnostic de leur cancer, les personnes interrogées ont une qualité de vie, physique et mentale très inférieure à celle de la population générale. Au moment où a été fait le premier diagnostic de leur cancer, la moitié des patients enquêtés était à la retraite et quatre sur dix avaient un emploi. Deux ans plus tard, leur taux d'emploi a diminué de 10 points. Parmi l'ensemble des patients atteints, un sur six déclare avoir connu dans les deux ans une diminution de revenus liée au cancer. Des difficultés à rembourser ses emprunts sont signalées dans quatre cas sur dix, tandis que plus d'un patient sur quatre ayant effectué une demande d'emprunt s'est vu opposer un refus.

Perspectives 2007

- Mars 2007 : Séminaire de discussion des résultats par des experts internationaux pour la mise en place d'un ouvrage ;
- Automne 2007 : Colloque présentant les résultats de l'enquête ;
- Fin 2007 : Edition scientifique d'un ouvrage couvrant les différents chapitres de l'enquête.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Partenaires

Le régime général des travailleurs salariés, le régime agricole, le régime des travailleurs non salariés non agricoles, et la Ligue Nationale contre le Cancer.



4. Étude Longitudinale de l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de 40 ans et moins des Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

Sigle : ELLIPSE 40

Début : 2005

Objectif(s)

L'étude réunit trois principaux objectifs :

- Décrire les conséquences du cancer du sein sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées de 40 ans ou moins. Il s'agira d'apprécier l'évolution, au cours des 5 années suivant le diagnostic, de l'impact physique, psychologique, social et économique du cancer du sein chez les personnes atteintes ;
- Déterminer les besoins spécifiques des femmes atteintes, en terme de support psychosocial, aux différents stades de la maladie et en particulier à distance du traitement ;
- Evaluer l'impact des choix thérapeutiques et du support social, familial et institutionnel sur la qualité de vie et la survie des patientes.

Problématique

Le diagnostic de cancer est l'un des événements les plus difficiles de la vie d'une personne. Les impacts psychosociaux du diagnostic et du traitement sont majeurs : altération de l'image de soi, dépression, peur, anxiété, bouleversement dans les rôles familiaux, sociaux et professionnels.

Chez les femmes jeunes, pour lesquelles le pronostic est globalement moins favorable que chez les femmes plus âgées, les conséquences à long terme du cancer du sein sont encore mal connues.

Méthodes

Le suivi longitudinal avec recueil prospectif de l'information concerne toutes les femmes de 40 ans et moins faisant l'objet d'une déclaration d'affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein à partir de juillet 2005 dans les Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Les femmes sont contactées par courrier par leur Caisse d'Assurance Maladie. Celles qui acceptent d'être incluses dans la cohorte répondent à un questionnaire postal succinct et sont ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10 et 16 mois du diagnostic, puis une fois par an pendant cinq ans. En parallèle, une fiche médicale annuelle est collectée auprès des médecins traitants désignés par les patientes.

Echéancier

Poursuite de l'inclusion jusqu'à obtention des 350 femmes nécessaires à l'étude (prévision : fin 2008). Depuis juillet 2005, 202 femmes de 40 ans et moins ont fait l'objet d'une déclaration ALD pour cancer du sein en Régions PACA et Corse. Parmi ces femmes, 137 ont accepté de participer à la cohorte ELLIPSE et ont renvoyé le premier questionnaire (taux de réponse provisoire après 3 relances : 79 %) et 78 femmes avaient en novembre 2006 répondu au questionnaire téléphonique proposé à 10 mois du diagnostic de leur cancer.

Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Science (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 « Cancéropôles en émergence » ; Conseil Régional Provence-Alpes Côte-d'Azur ; Direction Générale de la Santé (DGS) (APHM/IPC/INSERM) ; Fondation de France ; Institut National du Cancer (INCA) ; INSERM U379

Partenaires

La Direction Régionale du Service Médical PACA ; la Caisse Maladie Régionale Côte-d'Azur ; la Caisse Maladie Régionale Provence ; la Caisse Maladie Régionale Corse ; la Caisse des professions libérales Provinces ; la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale ; l'ensemble des Caisses locales d'Assurance Maladie de la Mutualité Sociale Agricole des Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.



5. Étude longitudinale sur l'impact psychosocial des pathologies du sein chez les femmes de 65 à 80 ans dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône et du Var

Sigle : ELLIPSE 65

Début : 2005

Objectif(s)

Ce projet a pour objectif principal de décrire les conséquences d'un cancer du sein sur le devenir à long terme de femmes de 65 à 80 ans : conséquences sur leur vie sociale, leur vie quotidienne, leur qualité de vie et leur survie. Plusieurs thèmes sont particulièrement étudiés : la place des co-morbidités par rapport à la maladie du sein, l'importance de l'image du corps chez la femme âgée, l'observance aux traitements adjuvants et aux chimiothérapies orales, l'adéquation entre les besoins perçus et les aides existantes. Les données sur les circonstances du diagnostic, les caractéristiques de la tumeur et les traitements, qui seront collectées de façon rétrospective au moment de l'initiation de l'enquête, permettront, en comparant des groupes de femmes d'âge différent, de répondre aux deux objectifs secondaires de l'enquête : préciser l'effet de l'âge d'une part, sur la prise en charge médicale du cancer du sein, et d'autre part, sur l'information délivrée et la participation aux choix thérapeutiques.

Problématique

Le devenir des survivants et les conséquences à long terme de la maladie cancéreuse sont encore très mal connus, en particulier chez les personnes âgées, population très hétérogène, pour laquelle il n'existe pas de recommandations standardisées concernant la prise en charge du cancer et qui n'a pas fait l'objet d'études longitudinales sur le long terme. Parce que le cancer du sein est une maladie fréquente dont l'incidence atteint son maximum vers 70 ans, il est généralement considéré comme un excellent modèle pour étudier les enjeux spécifiques de la prise en charge carcinologique à un âge élevé. Par ailleurs, la Région PACA est l'une des Régions françaises où l'index de vieillissement est le plus élevé, ce qui permet d'y envisager la mise en place d'une cohorte de femmes âgées, représentative d'un problème de santé national comme le cancer du sein.

Méthodes

Une enquête longitudinale avec un recueil prospectif de l'information, répété dans le temps, sera réalisée dans trois départements de la Région PACA (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var) auprès de l'ensemble des femmes de 65 à 80 ans ayant fait l'objet d'une déclaration d'affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein à partir de septembre 2006. Les femmes qui accepteront d'être incluses dans la cohorte auront un suivi comprenant la visite d'un enquêteur à leur domicile à 10 mois du diagnostic, puis un entretien téléphonique à 2, 3 et 5 ans. En parallèle, une fiche médicale annuelle sera collectée auprès des médecins traitants désignés par les patientes.

Echéancier

- Début de l'enquête septembre 2006. Premières analyses automne 2007. Inclusion pendant 18 mois (800 femmes à inclure). Durée de l'enquête : 5 ans ;
- Novembre/Décembre 2006 : envoi des demandes de participation pour les femmes mises en ALD en septembre/octobre. Poursuite des inclusions en janvier 2007 et les mois suivants à partir du fichier de l'assurance-maladie ;
- Juin 2007 : Visites à domicile auprès des premières personnes incluses et envoi des questionnaires aux médecins. Conception des différents questionnaires (questionnaire destiné aux médecins traitants des femmes, questionnaire postal initial et questionnaire en face à face à 10 mois du diagnostic) ;
- Dépôt du dossier auprès du CCTIRS (août 2007) puis de la CNIL (octobre 2007). Pilote auprès d'une dizaine de femmes volontaires (octobre/novembre 2007).

Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Science (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 « Cancéropôles en émergence » ; Institut National du Cancer (INCA) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Partenaires

Caisses d'Assurance Maladie de la Région (régimes général, agricole, militaire, des professions libérales) ; Réseaux d'Oncologie régionaux



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Soins palliatifs

55

1> Enquête nationale sur les attitudes et pratiques du personnel infirmier libéral et hospitalier face aux patients en fin de vie (SOINS PALLIATIFS).....	55
---	----

1. Enquête nationale sur les attitudes et pratiques du personnel infirmier libéral et hospitalier face aux patients en fin de vie

Sigle : SOINS PALLIATIFS

Début : 2005

Objectif(s)

L'objectif de cette recherche est de rendre compte des attitudes et pratiques face aux soins palliatifs, des infirmiers libéraux et hospitaliers exerçant en France métropolitaine. Il s'agit plus particulièrement d'apprécier l'impact de certaines caractéristiques individuelles et professionnelles dans différentes situations de prise en charge de patients en fin de vie (traitement de la douleur, information du malade et de ses proches, suivi au domicile, etc.).

Problématique

Les deux plans nationaux, le Programme pour le développement des Soins Palliatifs 2002-2005 et le Plan Cancer 2003, insistent sur l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs et au traitement de la douleur, notamment à domicile. Les données de la littérature internationale nous montrent que développer les soins palliatifs, plus particulièrement le retour à domicile des personnes en fin de vie susceptibles de pouvoir bénéficier d'une hospitalisation à domicile, nécessite d'impliquer plus fortement les soignants, aussi bien les médecins que les infirmiers. En effet, les soignants sont en première ligne car ce sont eux qui sont à même d'organiser le retour et l'hospitalisation à domicile de certains patients. Pour améliorer l'efficacité de ces actions et répondre aux attentes de leur public, il est important de faire enfin un état des lieux des pratiques actuelles des infirmiers hospitaliers face à leurs patients en phase terminale, de mesurer leur niveau de connaissances dans des domaines liés aux soins palliatifs et de rendre compte de leurs attentes en matière de formation. Cette enquête fait donc suite à celle conduite en 2002 auprès d'un échantillon national de médecins généralistes et spécialistes.

Méthodes

Une étude de type KABP a donc été engagée sous la forme d'une enquête téléphonique. Cette enquête, réalisée en 2005 et 2006, s'appuie sur deux sondages distincts :

- Un sondage direct auprès d'un échantillon d'infirmiers libéraux (n=600) ;
- Un sondage en grappe auprès du personnel infirmier exerçant en services hospitaliers (hématologie, oncologie, neurologie, médecine interne, Hospitalisation à Domicile (HAD), réanimation Soins palliatifs et traitement de la douleur) (n=1500). A partir d'une même matrice, 2 questionnaires ont donc été élaborés.

Résultats

Un sondage direct auprès des libéraux s'est en fait déroulé d'avril à juillet 2005 tandis qu'un sondage en grappe auprès des hospitaliers a débuté en janvier 2006 et s'est achevé en septembre 2006. Concernant le recueil auprès des infirmiers libéraux, le taux de réponse avoisine les 79 %, pour les infirmiers hospitaliers, il est de 85 % pour les services et de 58 % pour le personnel infirmier. Les infirmiers libéraux sont davantage favorables que les infirmiers hospitaliers à une légalisation de l'euthanasie (64 % vs 48 %) et à une légalisation du suicide médicalement assisté (46 % vs 30 %).

Par ailleurs, ils sont moins performants pour ce qui est des connaissances sur le traitement de la douleur avec un score d'évaluation moyen de 13 contre 16 pour les hospitaliers.

Enfin, si l'on considère l'ensemble des questions d'opinions portant sur l'euthanasie, les soins palliatifs et le retour à domicile après hospitalisation, il est possible d'identifier 2 profils contrastés : le premier, majoritaire, est plus ouvert à l'égard du développement du retour à domicile et regroupe 60 % de l'échantillon ; le second, plus réfractaire à l'égard du retour à domicile bien que minoritaire, reste important car il regroupe 40 % de l'échantillon. Il est important de noter que les formations courtes en soins palliatifs ou sur le traitement de la douleur, (40 % et 60 % de l'échantillon) sont des facteurs qui influencent fortement les pratiques et les opinions.

Commanditaires

Fondation de France ; Ligue Nationale contre le Cancer ; Fondation CNP ; Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC).

Partenaires

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) ; Association pour le développement des Soins Palliatifs Provence (ASP) ; Association Provence-Alpes Côte d'Azur Soins Palliatifs (APSP).



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Maladies transmissibles - Infection à VIH

57

1> Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (VESPA).....	57
2> Analyse de données de l'enquête nationale «une semaine donnée 2006» de Aides (ENQUÊTE AIDES).....	58
3> Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte copilote (APROCO/COPILOTE).....	59
4> Relation entre les effets secondaires perçus et l'évolution de la qualité de vie sous traitement antirétroviral (SYMPTOMES EFFETS SECONDAIRES/QUALITÉ DE VIE).....	60
5> MANIF 2, Suivi clinico-biologique à long terme des sujets VIH+ infectés par voie toxicomane et inclus dans la cohorte MANIF (MANIF 2).....	61
6> Vie quotidienne et VIH au féminin (VIH AU FEMININ).....	62
7> Participation à la cohorte Hémoco-Séroco (HÉMOCO-SÉROCO).....	63
8> Analyse des questionnaires de qualité de vie dans le cadre de l'essai Monark Fran-03-001 (ABBOTT ESSAI MONARK).....	64
9> Huitième Conférence internationale sur les aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH : conférence AIDS IMPACT (AIDS IMPACT).....	65
10> Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel (EURO-NONOPEP).....	66

1. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH

Sigle : VESPA

Début : 2000

Objectif(s)

L'objectif de l'enquête est de décrire les conditions de vie et la situation sociale des personnes infectées par le VIH au début des années 2000 dans un contexte de chronicisation de la maladie VIH-Sida, sur une base représentative des personnes infectées par le VIH en France.

Problématique

Les traitements antirétroviraux ont fait du sida une maladie chronique. Dans les pays développés où ils sont disponibles depuis 1996, les personnes infectées par le VIH n'ont plus en permanence la menace d'une mort prochaine. Mais vivent-ils pour autant comme les autres ? Vivre avec le VIH en France impose encore aux personnes atteintes des réajustements de leur vie en termes d'emploi, de ressources, de vie affective et sexuelle et de projets parentaux. Il est donc important de comprendre les liens entre ces différentes sphères de la vie et d'analyser la façon dont la maladie et la situation sociale se co-déterminent au cours du temps.

Méthodes

Enquête par questionnaire, transversale nationale et représentative des personnes infectées par le VIH suivies en milieu hospitalier. Les patients éligibles étaient tirés au sort parmi les consultants externes, âgés de 18 ans ou plus, ayant connaissance de leur statut sérologique depuis au moins 6 mois et pour les patients de nationalité étrangère vivant en France depuis au moins 6 mois.

Echéancier

La collecte des données a eu lieu en 2003. Les données ont été analysées en 2005 et 2006.

Résultats

Les premières analyses réalisées ont permis de valider la procédure d'enquête ainsi que la qualité des données recueillies. Par la suite, plusieurs travaux ont été menés sur l'adhérence aux traitements antirétroviraux, y compris en relation avec les prises de risque sexuel. Un travail spécifique a également été réalisé sur les patients séropositifs contaminés par injection de drogue. Une étude a porté sur l'incidence des prises de risque sexuel au sein des couples séro-différents, dans le cas où il y a dissimulation du statut sérologique. Par ailleurs, des analyses ont étudié les déterminants des prises de risque en distinguant deux paramètres : l'orientation sexuelle et les types de partenaires (stables ou occasionnels). Chez les homosexuels, les prises de risque avec des partenaires occasionnels sont, d'une part liées au style de vie, d'autre part à la baisse de la qualité de vie mentale en lien avec le VIH. Chez les hétérosexuels, le fait d'avoir un emploi apparaît comme un facteur déterminant de la prévention. Enfin, d'autres analyses se sont centrées sur les déterminants de la qualité de vie des patients. Ces déterminants sont des proxys soit de l'usage de drogue (présent ou passé) soit du fait d'être migrants. La stigmatisation et les discriminations (professionnelles) associées à ces situations spécifiques sont déterminantes pour l'évaluation de la qualité de vie. Une étude sur la connaissance du traitement post-exposition indique une moins bonne connaissance du dispositif chez les migrants. Un numéro spécial de la revue AIDS contenant les principaux résultats de VESPA a été rédigé et est en cours d'évaluation. Les dernières analyses portent sur l'étude des troubles de la sexualité et les déterminants des conduites suicidaires, ils ont été présentés à la dernière conférence internationale sur le Sida (Toronto-Août 2006).

Perspectives 2007

Les perspectives d'analyse concernent la comparaison des discriminations des patients séropositifs de VESPA avec ceux souffrant d'un cancer (enquête DRESS).

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS)

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM U379, INSERM U88, INSERM U430, INSERM U502 ; Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) ; Institut National d'Etudes Démographique (INED).

2. Analyse de données de l'enquête nationale « une semaine donnée 2006 » de Aides

Sigle : ENQUETE AIDES

Début : 2005

Objectif(s)

Objectif principal :

- Décrire les conditions de vie et les besoins des personnes bénéficiaires des actions de l'association AIDES.

Objectifs secondaires :

- Comparer les différentes sous-populations (gays, usagers de drogue, migrants) ;
- Décrire les besoins spécifiques des personnes atteintes par le VIH ou /et le VHC ou le VHB ;
- Etudier les facteurs associés aux comportements sexuels à risque.

Problématique

AIDES est la première association de lutte contre le sida en Europe à base communautaire. Financée par les pouvoirs publics par une convention triennale, la Direction Générale de la Santé souhaite avoir tous les ans des indicateurs caractérisant les populations en contact avec l'association, tant sur le volet des actions de soutien que sur celui de la prévention. Tous les ans, AIDES organise une enquête « Une semaine donnée » à travers l'ensemble des délégations départementales et l'ORS PACA a été choisi pour traiter les données.

Méthodes

- Mise en place d'un questionnaire et d'un protocole d'enquête ;
- Constitution d'une base de données et analyse statistique.

Résultats

Les résultats de l'enquête « Une semaine donnée » 2005 montrent qu'il y a un réel brassage parmi les personnes en contact avec l'association et que d'année en année, ce ne sont pas les mêmes personnes qui sont approchées lors des enquêtes.

Les résultats mettent en évidence la particularité du public de AIDES, marqué par une forte précarité. C'est en particulier le cas des personnes séropositives. En effet, la comparaison avec les données de l'enquête VESPA (cf. Fiche) montre que les personnes séropositives en contact avec AIDES sont plus précaires (logement, emploi, minima sociaux) et confrontées à des problématiques multiples liées à leur origine géographique ou leur orientation sexuelle.

Sur le plan des discriminations, outre le volume considérable des déclarations portant sur l'orientation sexuelle ou la consommation de produits, le fait d'être infecté par le VIH expose très largement les répondants à des phénomènes de discrimination.

Une analyse ciblant les femmes séropositives est en cours. L'objectif de cette analyse est de voir dans quelle mesure ces femmes se distinguent des autres femmes séropositives, en termes de vulnérabilités économiques et sociales. Nous confronterons pour cela nos données à celles de l'enquête VESPA. Cette analyse permettra également de renseigner les comportements de prévention des femmes en contact avec l'association AIDES, ainsi que les discriminations ressenties par ces femmes.

Par ailleurs, une réflexion est en cours sur la nécessité de relancer l'enquête fin 2006-début 2007.

Commanditaire

Association AIDES

Partenaires

Association AIDES ; Direction Générale de la Santé (DGS).



3. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte copilote

Sigle : APROCO/COPILOTE

Début : 1997/2002

Objectif(s)

L'objectif principal est d'étudier les déterminants, liés notamment à l'observance et la tolérance des effets à long terme des anti-rétroviraux hautement actifs, dans le contexte de la pratique de la prise en charge chez les patients infectés par le VIH-1, mis pour la première fois sous inhibiteur de protéase en 1997-1999.

Problématique

Les problématiques saillantes de l'année 2006 concernent l'amélioration des méthodes statistiques afin d'optimiser les analyses de données longitudinales. Par ailleurs, l'intérêt s'est porté sur l'observance et la qualité de vie au long cours chez des patients suivis à présent depuis plus de 6 ans. Les relations médecin-patient ayant été mises en évidence comme l'un des points cruciaux de la prise en charge à long terme, il a été décidé de se centrer sur l'étude à long terme du déterminant majeur de la relation médecin-patient dans Copilote à savoir la confiance au médecin.

Méthodes

Cohorte de patients.

Résultats

Une étude sur les déterminants de la progression clinique (mortalité ou événement classant sida) a permis de souligner le rôle fondamental de la dépression sur la progression clinique, même en tenant compte de l'observance. Une étude sur les relations médecin-patient a mis en évidence la très importante proportion de patients déclarant avoir confiance en leur médecin au début du traitement.

Nous avons montré que les prédicteurs d'une perte de confiance durant les 5 premières années de suivi étaient un nombre élevé d'effets secondaires ainsi qu'un nombre peu important d'effets indésirables graves au dernier suivi. Ce résultat souligne l'importance de tenir compte de la perception des effets du traitement pour améliorer la relation entre le médecin et le patient. Une autre étude avait pour objectif d'étudier les facteurs associés à l'évolution à long terme (entre M0-M60) de la qualité de vie physique et mentale des patients de la cohorte. Pour tenir compte d'une possible influence du processus de sortie d'étude sur la modélisation de la qualité de vie, nous avons utilisé un modèle de sélection estimant conjointement les deux variables réponse. Nous avons montré que la qualité de vie des patients s'améliore essentiellement durant la première année. Les principaux facteurs associés aux deux scores de qualité de vie (physique et mentale) sont la réponse immunologique et la tolérance du traitement antirétroviral (le nombre d'effets secondaires perçus par le patient). Enfin, la cohorte APROCO a permis de démontrer que les patients contaminés par voie toxicomane percevaient plus d'effets secondaires que les autres patients. Cela est confirmé par le score de douleurs physiques mesuré par la sous-échelle du SF-36.

Perspectives 2007

L'étude des facteurs socio-comportementaux, associés aux interruptions de traitement observées dans la cohorte, sera mise en place en 2007. Nous nous intéresserons aussi à comparer les profils d'observance lors des reprises de traitement pour les patients qui ont interrompu par rapport à ceux qui ont continué leur traitement. Enfin, nous tenterons de nous intéresser à l'impact de la non-observance mesurée pendant les 7 années de la cohorte sur les réponses immuno-cliniques à long terme.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Partenaire

Conseil scientifique APROCO Copilote



4. Relation entre les effets secondaires perçus et l'évolution de la qualité de vie sous traitement antirétroviral

Sigle : SYMPTOMES EFFETS SECONDAIRES/QUALITE DE VIE

Début : 2004

Objectif(s)

L'objectif de cette recherche est de décrire les effets secondaires perçus au cours du temps dans la cohorte APROCO et de rechercher leur impact sur la qualité de vie.

Problématique

La cohorte APROCO, dont les inclusions ont débuté en mai 1997, avait pour objectif d'étudier l'évolution viro-immunologique et clinique, ainsi que les effets secondaires des traitements à partir d'une première prescription d'un inhibiteur de protéase (IP). La spécificité de cette cohorte réside dans le recueil de données approfondies sur l'observance et la qualité de vie des patients, ainsi que dans la collecte des effets secondaires graves imprévus, tels les anomalies métaboliques et le syndrome lipodystrophique. L'apport des études socio-comportementales telles qu'APROCO a permis de faire émerger l'intérêt des effets secondaires perçus par le patient : en effet, ceux-ci expliquent mieux les comportements de non-observance aux multithérapies que les effets secondaires objectifs par les prescripteurs. Ce fait a été démontré aussi bien pour les effets secondaires à court terme que pour les effets secondaires à long terme comme la perception des lipodystrophies, qui favorise une diminution de l'observance [1] [2]. Il semblerait par ailleurs que les toxicomanes perçoivent plus d'effets secondaires et de douleurs physiques que les autres. C'est dans cette problématique que nous menons deux études, une première étude sur les facteurs associés à un nombre d'effets secondaires élevés et une deuxième sur les facteurs associés à une perception importante des douleurs physiques (une des sous dimensions de la qualité de vie), en essayant de mettre en évidence les patients toxicomanes.

Méthodes

Les modèles mixtes sont utilisés afin de déterminer les facteurs associés à un nombre d'effets secondaires élevés ainsi qu'à une perception importante des douleurs physiques. L'étude sur les effets secondaires est menée entre M1 et M84, elle porte sur 922 patients tandis les douleurs physiques sont étudiées entre M12 et M60 et l'étude porte sur 720 patients.

Le nombre d'effets secondaires est testé sur l'analyse des douleurs physiques, les résultats de cette analyse sont ajustés sur les douleurs physiques à l'inclusion.

Résultats

Les analyses ont montré que les patients toxicomanes ressentent significativement plus d'effets secondaires et qu'ils ont deux fois plus de risque d'en percevoir que les autres patients non toxicomanes. Les effets secondaires les plus reportés sont les suivants : sécheresse ou problèmes d'ordre cutané, fatigue, vomissements, douleurs ou problèmes d'origine osseuse et insomnies. Après ajustement sur les conditions sociales, les symptômes dépressifs, la consommation de somnifères et la durée de séropositivité, les toxicomanes reportent toujours significativement plus d'effets secondaires que les autres. De plus, l'étude sur les douleurs physiques a montré que ces patients ressentent également plus de douleurs physiques que les autres. En effet, après ajustements sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, les symptômes dépressifs, la consommation de somnifères et les douleurs physiques à M0, les toxicomanes en reportent significativement plus que les autres.

Parallèlement, l'étude sur les douleurs physiques a montré que ces patients ressentent également plus de douleurs physiques que les autres. En effet, après ajustements sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, les symptômes dépressifs, la consommation de somnifères et les douleurs physiques à l'inclusion, les toxicomanes reportent significativement plus de douleurs physiques que les autres.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur la SIDA et les Hépatites virales B et C (ANRS)

Partenaire

Conseil Scientifique APROCO COPILOTE



5. MANIF 2, Suivi clinico-biologique à long terme des sujets VIH+ infectés par voie toxicomane et inclus dans la cohorte MANIF

Sigle : MANIF 2

Début : 2003

Objectif(s)

L'objectif de ce suivi clinico-biologique à long terme est de décrire l'impact de la toxicomanie et des conduites addictives sur l'évolution de la maladie VIH sous traitement

Problématique

Tous les patients des services ayant participé à la cohorte MANIF 2000 ont été à nouveau sollicités. Les patients éligibles sont ceux inclus et suivis dans la cohorte MANIF 2000, non décédés. Un consentement éclairé leur a été demandé. Les patients exclus du suivi long terme sont, soit ceux dont le service correspondant dans MANIF 2000 a refusé de participer, soit ceux n'ayant pas donné leur consentement.

Le recueil annuel a débuté en 2003 pour un suivi maximal de 5 ans ; il a été effectué de façon rétrospective à partir des dossiers cliniques hospitaliers des services participants, à la date anniversaire du dernier suivi MANIF 2000. Un écart de +/- 3 mois par rapport à la date de recueil est toléré.

Les données recueillies portent sur les événements cliniques et les effets indésirables des médicaments, les causes d'hospitalisation, les causes de décès, le récapitulatif des traitements antirétroviraux reçus dans l'année, le dernier bilan biologique et récapitulatif des dosages de CD4 et charge virale, le bilan biologique et le traitement anti-VHC. Il n'y a pas de recueil biologique spécifique à l'étude, ni de biothèque pour ce suivi long terme.

Méthodes

Il s'agit de réaliser un suivi clinico-biologique sur dossiers médicaux sur une cohorte de patients séropositifs infectés par usage de drogue qui a fait l'objet d'études approfondies, notamment socio-comportementales, de 1996 à 2001 (MANIF 2000).

Echéancier

Le recueil de données sera interrompu en 2007.

Résultats

Deux cent trente-neuf patients dont 74 femmes (31 %) et 165 hommes (69 %) ont été recensés. Le nombre de patients recensés est encore provisoire puisque certains patients reviennent se faire suivre dans les services et peuvent être à nouveau inclus. On observe 52 décès sur 467 depuis le début de la cohorte (1995).

L'étude se poursuit actuellement dans sa quatrième année de suivi.

Perspectives 2007

Afin de décrire l'histoire clinique à long terme et de rechercher le rôle des trajectoires de toxicomanie sur cette évolution, l'analyse des déterminants psychosociaux de la progression clinique sera effectuée à l'aide d'un modèle de survie.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Direction Générale de la Santé (DGS), Sous-Direction « Lutte contre le VIH ».

Partenaires

Ensemble Contre le Sida-Sidaction (ECS-Sidaction) ; Conseil Général des Bouches-du-Rhône ; Direction Générale de la Santé (DGS).



6. Vie quotidienne et VIH au féminin

Sigle : VIH AU FEMININ

Début : 2004

Objectif(s)

La vie des personnes séropositives au VIH s'est considérablement modifiée depuis le développement des traitements antirétroviraux, ouvrant de nouveau des possibilités de projets de vie, tant dans le domaine de la parentalité que dans celui de la vie professionnelle. Dans ce contexte, nous nous proposons d'étudier la situation des femmes ayant un ou plusieurs enfants à charge et occupant un emploi ou inscrites au chômage. Parmi les femmes mères et séropositives au VIH et actives (au sens de l'INSEE), il s'agit :

- De comprendre les logiques qui sous-tendent l'organisation de leur vie quotidienne et les stratégies qu'elles élaborent pour faire face à leurs multiples obligations ;
- D'étudier les conséquences du VIH sur leurs possibilités (et / ou leurs difficultés) d'insertion et de maintien sur le marché du travail.

Problématique

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle est assez difficile pour les femmes et ce d'autant plus qu'elles ont des enfants nombreux et en bas âge. Le champ des possibilités des femmes, fortement contraint, l'est sans doute encore plus en cas de maladie chronique comme le VIH.

- Reste à savoir ce que la maladie inclut comme contraintes supplémentaires : contraintes réelles ou symboliques ?
- Quels arrangements sont trouvés pour organiser la vie quotidienne ?
- Quelle gestion du temps entre emploi, enfant, couple, temps pour soi ?

Il s'agit, dans cette perspective de voir, par le récit biographique produit par les femmes elles-mêmes, quelle est la place accordée à l'infection et les répercussions décrites ou non tant dans le domaine de l'emploi que de la procréation et de l'organisation de la vie quotidienne ?

Méthodes

Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès de mères d'enfant(s) de moins de 12 ans, en emploi ou à la recherche d'un emploi. A l'issue de l'entretien, les femmes répondent à une partie du questionnaire Vespa. Un second entretien est prévu quelques mois plus tard afin de réaliser un suivi longitudinal des personnes interviewées. Dix-huit entretiens ont été réalisés. Au final, ce sont 13 femmes qui ont été interviewées, dont 5 à deux reprises.

Résultats

La gestion de la vie quotidienne est bien souvent motivée par la discrétion quant à l'infection : ainsi les prestations sociales les mieux perçues sont celles qui sont les moins visibles. L'organisation du quotidien est plus souvent le fait de petits mensonges (parfois facilités par le cumul des handicaps) que d'arrangements formels qui impliqueraient la révélation de l'infection dans la sphère professionnelle ou familiale étendue. Cette crainte de la révélation est justifiée par une volonté d'éviter la stigmatisation mais surtout la condescendance, risque d'autant plus important que la norme de performance et de réalisation de soi dans le travail, à laquelle elles ne sont pas étrangères, ne saurait souffrir d'une attitude plus compréhensive à leur égard du fait de l'infection. Enfin, le hiatus entre leurs aspirations (professionnelles ou familiales) et leur situation quotidienne les amène, pour certaines d'entre elles, à amorcer des changements. Dans ces cas, la dimension longitudinale nous a permis de voir comment les efforts pour atteindre leurs aspirations sont contraints à la fois par des données structurelles (marché de l'emploi, conditions de travail, système de prestations sociales...) mais aussi par la place que ces femmes confèrent à leur infection (reconsidération de l'ordre des priorités entre famille et emploi, autocensure sur le plan professionnel par peur de contaminer les autres).

Commanditaires

Agence Nationale de recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Ensemble Contre le Sida-Sidaction (ECS).

Partenaires

Travail réalisé en collaboration avec Mme Jeanne Fagnani, Directrice de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS - UMR MATISSE, Université de Paris 1) ; Association SolEnSi (Marseille et Paris) ; Association Dessine-moi un mouton (Paris) ; CISH Sainte-Marguerite (Marseille) ; Hôpital l'ARCHET (Nice) ; Hôpital HENRI DUFAUT (Avignon).



7. Participation à la cohorte Hémoco-Séroco

Sigle : HEMOCO-SEROCO

Début : 2002

Objectif(s)

L'ORS PACA est chargé par l'ANRS du suivi de l'activité Hemoco/Seroco du Site de la Conception (n° 14) à Marseille sous la responsabilité du Professeur Gallais.

Problématique

La cohorte Seroco est une cohorte de sujets adultes VIH+, non hémophiles. Elle a été initiée en 1988, dans 16 sites cliniques, dont le Site de la Conception.

La cohorte Hemoco est une cohorte de sujets VIH+ contaminés par des produits sanguins de substitution (hémophiles).

Méthodes

Les patients sont suivis prospectivement tous les 6 mois depuis 1988.

Résultats

Depuis la mise en place de la cohorte Seroco en 1988, le site n°14 a inclus 160 patients (90 hommes, 70 femmes) suivis tous les six mois.

L'âge moyen à l'inclusion est de 30,30 ans.

Parmi ces 160 sujets :

- 24,4 % ont été contaminés par voie homosexuelle
- 38,1 % par voie hétérosexuelle
- 23,7 % par le biais d'une toxicomanie intraveineuse
- 3,7 % dans le cadre d'une transfusion ; pour 10,1 % des patients le mode de contamination est inconnu
- 41,4 % des patients ont eu un suivi régulier
- 30,6 % sont décédés
- 28 % ont été perdus de vue (pour ces « perdus de vue », des enquêtes sont réalisées dans les mairies).

En 2006, 163 consultations ont été réalisées pour 63 patients. Lors de chaque consultation, la surveillance de la lipodystrophie (taille, poids, tour de taille, tour de hanches) a été réalisée comme les années précédentes. Quarante-cinq patients sont « perdus de vue » et les recherches se poursuivent afin d'essayer de retrouver leurs traces. Aucun décès n'a été enregistré au cours de l'année 2006 ; le chiffre global reste donc à 51 décès. Depuis le mois de juin 2006, à la suite du départ à la retraite du Pr Gallais, le Dr Marangone assure le suivi de la cohorte Seroco dans le service ; la gestion de la cohorte est assurée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS)



8. Analyse des questionnaires de qualité de vie dans le cadre de l'essai Monark Fran-03-001

Sigle : ABBOTT ESSAI MONARK

Début : 2005

Objectif(s)

Déterminer l'intérêt pour la qualité de vie des patients infectés par le VIH d'une monothérapie de Kaletra en première ligne par rapport à une trithérapie classique associant Kaletra et Combivir.

Problématique

Il s'agit d'un essai randomisé chez des patients infectés par le VIH et naïfs de traitement, visant à comparer, sur une durée de 96 semaines, l'efficacité antivirale d'une monothérapie de Kaletra à celle d'une trithérapie Combivir/Kaletra. Le volet socio-comportemental de ce protocole est géré par notre équipe. Il comprend une évaluation de la qualité de vie (WHOQOL-HIV bref) et un recueil des symptômes ressentis (augmented symptom distress module).

Méthodes

Comparaison statistique des scores de qualité de vie et du nombre de symptômes ressentis.

Echéancier

- Base de données pour les 48 premières semaines de traitement reçue fin avril 2006.
- Transmission de la base de données pour les semaines 48 à 96 prévue pour mi-2007.

Résultats

L'analyse intermédiaire après 48 semaines de traitement montre un meilleur ressenti des patients sous monothérapie de Kaletra, à la fois en termes d'effets secondaires (moins de symptômes reportés pendant la période de traitement que dans le bras Combivir/Kaletra) et en termes de perception globale de leur état de santé (on observe uniquement dans le bras monothérapie une augmentation significative de la proportion de patients ayant une perception globale positive de leur état de santé).

Perspectives 2007

Poursuite de l'analyse des données (semaines 48 à 96).

Commanditaire

Abbott France

Partenaire

Service du Kremlin Bicêtre



9. Huitième Conférence internationale sur les aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH : conférence AIDS IMPACT

Sigle : AIDS IMPACT

Début : 2006

Objectif(s)

Préparer la conférence internationale « Aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH » qui aura lieu à Marseille au Conseil Régional du 1 au 4 Juillet 2007.

Problématique

L'Institut Fédératif de Recherches « Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (SHESS-AM) s'est vu confier l'organisation de la prochaine conférence AIDS Impact 2007. Il s'agit de la principale Conférence Internationale de recherches sur les Sciences Humaines & Sociales du Sida au plan international. Elle existe depuis 1991, se tient tous les 2 ans, et l'édition 2007 sera donc la 8^{ème} du nom. La précédente conférence AIDS Impact a eu lieu au Cap (Afrique du Sud) où elle a réuni plus de 700 participants. La Conférence est liée à la revue AIDS Care, principale revue internationale spécialisée dans les recherches en Sciences sociales sur le Sida, qui publie à chaque fois un numéro spécial avec certaines des contributions les plus originales présentées à la conférence.

Méthodes

- Recherche de financements ;
- Travail en partenariat avec un organisme de préparation de congrès ;
- Mise en place d'un comité local d'organisation, d'un comité scientifique, et d'un comité associatif.

Echéancier

- Automne 2005 : mise en place des différents comités et du site internet de la conférence ;
- Janvier 2006 : ouverture du site d'information de la conférence et 1^{ère} publication ;
- Mars 2006 : 1^{er} appel à communication ;
- Août 2006 : 2^{ème} appel à communication et pré-programme (à l'occasion de la conférence mondiale de Toronto) ;
- 15 Janvier 2007 : date limite d'envoi des résumés de propositions de communications ;
- 16 Janvier- fin Février 2007 : expertise des résumés par les membres du comité scientifique ;
- Début Mars 2007 : meeting "Marathon" du comité d'organisation et des représentants du comité scientifique à Marseille pour la définition du programme définitif ;
- 15 Mars 2007 : envoi du programme et envoi de l'appel aux late breakers ;
- 31 Mai 2007 : date limite de l'envoi des propositions de communications late breakers ;
- Juin 2007 : sélection des late breakers par le comité scientifique ;
- Juillet 2007 : Conférence.

Commanditaires

AIDS IMPACT ; Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales B et C (ANRS) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Ministère des Affaires Etrangères (MAE) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Partenaires

Ministère des Affaires Etrangères (MAE) ; Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales B et C (ANRS) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) ; Ville de Marseille ; Association AIDES ; Sida Info Service ; Tibotec ; Boehringer Ingelheim ; Abbott ; Human Sciences Research Council (HSRC) ; Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance (SAHARA).



10. Étude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel

Sigle : EURO-NONOPEP

Début : 2001

Objectif(s)

Ils étaient triples :

- Faire le bilan des politiques nationales sur la prise en charge des accidents d'exposition non professionnels au VIH ;
- Décrire les pratiques de prescription de la prophylaxie anti-VIH ;
- Apprécier la faisabilité d'un registre européen de recueil des données sur les NONOPEP.

Problématique

Devant le constat d'une grande hétérogénéité en Europe des politiques en matière de prophylaxie après une exposition non professionnelle au VIH (NONOPEP), un projet européen regroupant 14 pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Suisse) a été mis en place à l'initiative du Centre d'Etudes Epidémiologiques sur le Sida de Catalogne (CEESCAT).

Méthodes

- Volet « politiques » : collecte des documents officiels existants ou à défaut questionnaire soumis à des responsables des politiques de santé ;
- Volet « Médecins » : enquête par questionnaires postaux auprès des médecins susceptibles de prescrire une prophylaxie anti-VIH ;
- Volet « Registre » : recueil anonyme de données pour chaque personne se présentant dans une structure de soins après une exposition au VIH. Selon les pays, la collecte a été prospective ou rétrospective, à un niveau national, régional ou local. En France, l'étude a été réalisée en Région PACA (CISIH de Marseille, Nice et Toulon) avec un recueil rétrospectif des cas.

Résultats

L'analyse des données régionales du Registre a été réalisée. 1101 consultations initiales pour une exposition non professionnelle au VIH ont été enregistrées (1087 individus). L'âge moyen est de 30 ans. 62,5 % des consultations ont eu lieu aux urgences, 77,1 % moins de 48 heures après l'exposition. 83 % des expositions sont sexuelles, 9 % parentérales et 8 % dues au contact de sang ou autres liquides biologiques. Dans 21,2 % des cas, la personne source était connue comme étant VIH+. Un traitement ARV a été prescrit dans 82 % des cas. 41 % des patients ne sont pas revenus après la consultation initiale. Une seule séroconversion a été rapportée chez une femme de 40 ans ne relevant plus d'un traitement prophylactique puisque la première consultation avait eu lieu 18 jours après l'exposition.

Conclusions : le suivi des patients traités doit être amélioré, il existe une tendance à la « surprescription » pour les expositions à faible risque et enfin, le recours des usagers de drogue et des victimes de viol aux consultations après exposition au VIH est très faible dans la Région.

Deux articles ont été réalisés cette année à partir de ces résultats :

- Carrieri P, Bendiane MK, Moatti JP, Rey D. Access to HIV prophylaxis for survivors of sexual assault: the tip of the iceberg. *Antiviral Therapy* 2006 ; 11 : 391-2 ;
- Rey D, Bendiane MK, Bouhnik AD, Carrieri PM, Almeida J, Moatti JP. Prophylaxis after sexual exposure to HIV infection in south-eastern France (soumis).

Commanditaires

Centre d'Etudes Epidémiologiques sur le Sida en Catalogne (CEESCAT)/ Commission Européenne (Directorate-General Health Care and Consumer Protection. Unit G4. Project number 2000CVG4-022).

Partenaire

Centre d'Etudes Epidémiologiques sur le Sida en Catalogne (CEESCAT)



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Maladies transmissibles - Infection à VIH dans les pays du Sud 67

1> Analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux au Royaume du Maroc (MAROC ANALYSE COÛT EFFICACITÉ).....	67
2> Déterminants des prix des médicaments du VIH/SIDA dans les Pays du Sud (ETAPSUD2).....	68
3> Impact économique du sida en Afrique, approfondissements et prolongements (VIH MACRO ÉCONOMIE AFRIQUE).....	69
4> Evaluation du Programme Camerounais d'Accès aux ARV : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH (EVAL).....	70
5> Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé (STRATALL).....	72
6> Evaluation de l'impact de l'offre de soins du « Centro de Referência e Treinamento » (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo sur ses performances (CRT-BRESIL).....	74

1. Analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux au Royaume du Maroc

Sigle : MAROC ANALYSE COUT EFFICACITE

Début : 2001

Objectif(s)

Analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux comparés à la prophylaxie des infections opportunistes au Maroc.

Problématique

Dans les PED, il n'existe pas d'études en matière d'évaluation coût-efficacité qui soient basées sur des données réelles observées directement, soit auprès de cohortes de patients traités, soit en parallèle d'essais cliniques, à l'exception des études en matière de traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH. La réalisation d'études coût-efficacité basées sur des données réelles dans les PED n'est cependant pas aisée, notamment du fait de la diffusion récente de médicaments ARV dans ces pays, et de la difficulté d'obtenir des données suffisamment détaillées pour évaluer précisément l'histoire naturelle de la maladie et l'impact du traitement ARV sur son évolution dans les PED.

Depuis 1996, le Royaume du Maroc a initié une prise en charge de 180 patients sous ARV avec un suivi clinique continu détaillé et archivé de ces patients. L'expérience marocaine en matière d'antirétroviraux peut ainsi constituer une réelle opportunité pour mener à bien une analyse coût-efficacité basée sur des données réelles.

L'analyse multivariée a montré que les principaux facteurs pronostiques de la survie sont l'existence d'un traitement antirétroviral, le stade clinique à l'inclusion et l'origine géographique. Aucune amélioration statistique de la survie n'a été constatée dans le temps sur la base de critères socio-économiques. La population étudiée ne se différencie pas sur ces critères. Les trithérapies représentent, au moins à moyen terme, des stratégies thérapeutiques efficaces à un coût toutefois plus élevé, comparées à la prophylaxie des infections opportunistes. Le ratio coût-efficacité ne disqualifie néanmoins pas les traitements ARV. L'analyse coût-efficacité suggère que le coût additionnel par année de vie gagnée est d'un ordre de grandeur comparable aux ratios coût-efficacité des régimes antirétroviraux courts pour la prévention de la transmission materno-fœtale.

Perspectives

En s'appuyant sur les données réelles disponibles, l'analyse a pu s'éloigner des modèles théoriques et proposer une évaluation plus proche de la réalité.

En dépit du fait que les multithérapies antirétrovirales (HAART) soient difficilement accessibles à large échelle dans les pays les moins développés, l'expérience marocaine en matière d'antirétroviraux a constitué une réelle opportunité pour réaliser une analyse coût-efficacité basée sur des données réelles. Les outils développés grâce à la collaboration des deux équipes de recherche pour mener à bien cette étude au niveau régional pourront être étendus à un niveau national voire à un niveau international. Au delà de la définition d'outils pour la surveillance économique de la maladie et de sa prise en charge, la collaboration entre les deux équipes de recherche, parties prenantes de ce projet, devrait aboutir à la création d'indicateurs socio-économiques pertinents pour l'évaluation de la prise en charge de l'infection à VIH dans les pays en développement. Elle permettra également d'évaluer les aspects économiques favorables à la mise sur le marché de nouveaux schémas thérapeutiques.

Cette approche pourra s'appliquer à d'autres maladies émergentes dans les PED, où les notions de temps, de chronicité et de morbidité sont proches de celles rencontrées dans l'infection à VIH.

Résultats

Les résultats de cette étude seront diffusés au cours de l'année 2006 (communications et publications).

Commanditaire

Ensemble Contre le Sida (ECS)

Partenaires

Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD, Service des Maladies Infectieuses (Casablanca, Maroc).



2. Déterminants des prix des médicaments du VIH/SIDA dans les Pays du Sud

Sigle : ETAPSUD 2

Début : 2004

Objectif(s)

Le volet « prix » du projet ETAPSUD a comme objectif d'identifier les déterminants et la variabilité des prix des médicaments antirétroviraux dans les Pays du Sud ainsi que leurs évolutions, à travers leurs analyses économétrique et institutionnelle.

Problématique

Cette étude est l'un des volets de l'Action Coordonnée 27 de l'ANRS, initiée en 2000. Ce programme scientifique vise à mettre l'analyse économique au service de la mise en place de mécanismes collectivement efficaces susceptibles de favoriser l'accès aux traitements du VIH/SIDA dans le contexte de ressources limitées des Pays du Sud. La très forte baisse des prix des médicaments antirétroviraux observée en 2001 dans les Pays du Sud du fait de l'introduction d'un mécanisme de prix différenciés a permis, parmi d'autres éléments, la mise en œuvre de la « mise à l'échelle » des programmes d'accès aux multithérapies dans ces pays. Pourtant, les évolutions actuelles du contexte international autour des questions de la propriété intellectuelle (accords TRIPS+ de l'OMS), du financement des soins du VIH (transferts monétaires Nord-Sud) et de la montée en puissance des programmes de mise sous traitements, exacerbent la problématique des prix des antirétroviraux qui restent une barrière à leur accès sur le long terme, notamment pour les médicaments dits « de seconde ligne ».

Méthodes

Le projet s'appuie sur une collecte en partenariat avec les pays collaborateurs de données (prix, quantités, contextes, caractéristiques,...) rétrospectives concernant les transactions réelles réalisées depuis 1996 jusqu'à aujourd'hui pour les achats de médicaments antirétroviraux dans une quinzaine de pays d'Afrique et au Brésil.

Résultats

Les analyses économiques et statistiques réalisées ont permis non seulement de définir quelles ont été les développements marquants du marché des antirétroviraux pour les pays africains depuis 1998 en décrivant l'évolution des prix et de la nature de ces médicaments sur l'ensemble de la période, mais également de mettre en évidence les rôles joués tant par les acteurs impliqués (évolutions et conséquences des stratégies d'achats des pays africains ; impact de la concurrence des producteurs de génériques) que par certaines variables contextuelles clefs (rôle de la mobilisation publique internationale ; conséquences de l'Initiative Accélérer l'Accès de l'ONUSIDA ; accords TRIPS+ de l'OMC), apportant leurs contributions aux débats tant scientifiques que des politiques publiques d'accès aux traitements dans ces pays.

Par ailleurs, des analyses approfondies ont été réalisées sur les données spécifiques au Brésil qui, de par son programme public universel d'accès aux traitements et le rôle qu'a joué son industrie pharmaceutique au niveau international dans l'accès aux génériques, est un acteur incontournable de la problématique des prix des antirétroviraux dans les PED.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales B et C (ANRS)

Partenaires

Ministère de la Santé Brésilien ; Programme National SIDA du Brésil ; Groupe de Coopération d'Amérique Latine, Centrale et Caraïbes ; Communauté Economique Des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO).



3. Impact économique du sida en Afrique, approfondissements et prolongements

Sigle : VIH MACRO ECONOMIE AFRIQUE
Début : 2004

Objectif(s)

Objectifs principaux :

- Calculer l'impact du choc du SIDA sur la macroéconomie des pays africains ;
- Tester les effets économiques d'un accès large aux médicaments anti-rétroviraux dans certains pays africains.

Problématique

L'équipe constituée en 2002 a mis au point un outil de prévision macro-économique déjà appliqué à 5 pays (Côte d'Ivoire d'abord ; puis il a été testé sur l'Angola, le Bénin, le Cameroun, et la République Centrafricaine). Il faudrait maintenant étendre le panel de pays à intégrer dans la maquette de prévision. De plus, un prolongement naturel du modèle serait de l'utiliser non plus comme outil de prévision macroéconomique, mais comme un outil d'évaluation de politiques publiques. La modélisation devrait permettre de discuter, de préciser, et d'enrichir les discours pour le moment très vagues et peu concordants sur la question des effets économiques d'un accès généralisé aux traitements ARV des populations des pays du Sud.

Méthodes

- Recueil de données internationales (base de données FMI et Banque Mondiale, par exemple), calibrage du modèle sur d'autres pays ;
- Modélisation économétrique.

Résultats

Le modèle de prévision a été adapté pour pouvoir discuter les effets d'un accès aux médicaments antirétroviraux dans des pays très différents, tant par leur niveau d'exposition à l'épidémie (prévalence) que par leur organisation économique (degré de développement). L'outil a déjà été utilisé sur l'Angola, le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République Centrafricaine et le Zimbabwe. Ces 6 pays peuvent faire partie d'un premier sous-échantillon régional en Afrique pour tester les effets économiques de l'accès au ARV. Dans 4 pays (Angola, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire), les gains macroéconomiques permis par les ARV sont supérieurs aux coûts des traitements. Le potentiel de croissance des pays est nettement redressé pour 5 des 6 pays testés (avec une compensation de la perte due au SIDA supérieure à 50 % ; seul le Zimbabwe fait exception).

Avril 2006 : rapport scientifique remis à l'ANRS. Soumission d'articles dans les revues à comité de lecture.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS)

Partenaires

ENSEA (Abidjan) ; Université de Paris I (Paris).



4. Evaluation du Programme Camerounais d'Accès aux ARV : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH

Sigle : EVAL
Début : 2005

Objectif(s)

Les principaux objectifs du projet sont d'évaluer :

- L'impact de l'accès au traitement ARV sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de leurs caractéristiques médicales, socio-économiques, comportementales, et de leur accès au traitement ;
- Les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des professionnels de santé dans ce contexte de changement rapide.

Problématique

La faisabilité de l'accès aux ARV dans les pays à ressources limitées ayant été démontrée par des programmes-pilotes dans des capitales africaines pour un nombre limité de patients, le défi posé à la communauté internationale est aujourd'hui celui de la montée en puissance rapide de cet accès, incarné, entre autres, par l'initiative « 3 by 5 » de l'OMS. Le Cameroun, l'un des pays africains désormais les plus avancés dans ce domaine, a eu ainsi pour objectif de porter le nombre de patients sous traitement ARV de 9 000 fin 2004, à 30 000/50 000 fin 2005.

Ce défi implique de faire face à des enjeux majeurs, au nombre desquels on peut citer :

- La capacité de l'infrastructure sanitaire et des ressources humaines à assurer l'accès aux ARV ;
- L'efficacité médicale et l'efficience du programme ;
- L'équité d'accès aux soins et aux traitements ;
- L'impact sur la prévention, sur le système de santé et sur le développement

L'évaluation du programme camerounais implique nécessairement une approche multidisciplinaire capable de mesurer son impact dans ces différentes dimensions.

Méthodes

Ce projet de « recherche opérationnelle » comprend 2 volets :

1. Volet quantitatif :

- Une enquête transversale auprès de 3000 patients infectés par le VIH ;
- Une enquête transversale auprès de 600 soignants travaillant dans les formations sanitaires (principalement CTA et UPEC) assurant la prise en charge des PVVS ;
- Un recueil de données sur les caractéristiques des formations sanitaires où se dérouleront les deux enquêtes précédentes.

2. Volet qualitatif : des enquêtes anthropologiques qualitatives seront menées en complément du volet quantitatif auprès de soignants et de patients, ainsi qu'à partir d'observations de terrain.

Echéancier

Décembre 2005 - Août 2006, phase préparatoire comprenant :

- Une étude sur l'offre de soins permettant de préciser les thèmes des questionnaires et de préparer l'échantillonnage ;
- L'élaboration des différents questionnaires ;
- Un séminaire de discussion des questionnaires ;
- Une mission de définition du protocole des enquêtes dans les hôpitaux susceptibles de participer au projet ;
- Un pilote de l'enquête.

Septembre 2006 - Mai 2007, phase de collecte des données et de saisie des questionnaires.

Juin 2007 - Juin 2008, phase d'analyse du volet quantitatif / Collecte et analyse du volet qualitatif.



Résultats

- Etude sur l'offre de soins ;
- Elaboration des différents questionnaires patients, soignants, fiches de collecte des données sur l'offre de soins et fiches d'informations médicales ;
- Organisation et animation d'un séminaire de discussion / validation des questionnaires ;
- Mission de définition du protocole de l'enquête dans les hôpitaux susceptibles de participer au projet ;
- Elaboration des différents documents d'enquête : guide d'enquête, registre des patients, registre des examens biologiques, lettre de consentement éclairé, etc. ;
- Pilote de l'enquête ;
- Ouverture des hôpitaux et démarrage de la collecte des données du volet quantitatif ;
- Elaboration des masques de saisie des données et démarrage de la saisie.

Perspectives 2007

- Poursuite et finalisation de la collecte des données du volet quantitatif ;
- Poursuite et finalisation de la saisie des données du volet quantitatif ;
- Elaboration des outils de collecte du volet qualitatif et collecte des données du volet qualitatif ;
- Nettoyage de la base de données et démarrage de l'analyse de données du volet quantitatif.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS)

Partenaires

IRSA, Université Catholique d'Afrique Centrale (Cécile Séverin ABEGA, Co-responsable scientifique de l'étude) : chargé du volet qualitatif du projet ; GERCIS, groupe d'études et de recherches rattaché à l'Université Catholique d'Afrique Centrale et dirigé par le Pr. Robert Nantchouang, chargé de la collecte des données du volet quantitatif.



5. Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : Évaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégée

Sigle : STRATALL

Début : Décembre 2005

Objectif(s)

Objectif principal, comparer le gain en lymphocytes T CD4 chez des patients recevant un traitement ARV selon l'approche "allégée" et chez ceux traités avec l'approche de référence dans des hôpitaux de district.

Objectifs secondaires, comparer entre les deux approches :

- L'efficacité virologique ;
- La survie ;
- Les arrêts de traitement ;
- Le nombre de perdus de vue ;
- La progression clinique ;
- La tolérance clinique et biologique ;
- L'observance au traitement ARV ;
- L'émergence de résistances virales ;
- L'impact sur la vie quotidienne des patients (reprise de l'activité productive, indicateurs de bien-être physique et mental, etc) ;
- L'acceptabilité par les patients et les soignants ;
- Les performances coût-efficacité.

Problématique

Compte tenu de l'ampleur des besoins en traitement antirétroviral dans les pays à faibles ressources et des contraintes actuelles pour une extension rapide de cet accès (ressources humaines limitées, plateau technique insuffisant, faible capacité financière des populations), une approche de prise en charge "allégée" a été proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette approche limitant au maximum l'utilisation des examens complémentaires et donc les critères biologiques d'efficacité et de tolérance au profit principalement de critères cliniques est controversée. En pratique, l'approche "allégée" qui représente un enjeu majeur pour le « passage à l'échelle » n'a que peu ou pas été évaluée par rapport à l'approche de référence. Pourtant, différentes questions relatives à cette approche se posent : peut-on obtenir les mêmes résultats en termes d'efficacité, d'observance et de tolérance qu'avec l'approche de référence ? L'émergence de résistances aux ARV n'est-elle pas plus fréquente qu'avec l'approche de référence ? L'implication des infirmiers (en plus des médecins) dans les consultations et un moindre recours aux examens biologiques sont-ils acceptables pour les patients et les professionnels de santé ? Du point de vue de l'utilisation économique des ressources, l'approche "allégée" est-elle véritablement plus efficiente que l'approche de référence (amélioration du coût marginal par année de vie gagnée) ?

Méthodes

Essai comparatif d'intervention, randomisé, de non infériorité dans neuf hôpitaux de district de la province du Centre au Cameroun, en vue de comparer l'approche "allégée" recommandée par l'OMS et le programme camerounais pour la prise en charge des patients par les antirétroviraux au niveau des hôpitaux de district à l'approche de référence. Les patients seront suivis pendant 24 mois.

Echéancier

- 1^{er} semestre 2006 : Phase préparatoire ;
- Juin 2006-Juin 2007 : Inclusion des patients et début du suivi des premiers patients inclus ;
- Juin 2007-Juin 2009 : Suivi des derniers patients inclus pendant 24 mois / Etude sur les coûts des services ;
- Juillet 2009 - Juillet 2010 : Analyse et résultats.

Résultats

- Démarrage du projet : 1^{ère} mission conjointe avec l'IRD pour coordonner la mise en place des volets médical et socio-économique et présenter le volet socio-économique aux personnels soignants des 9 hôpitaux du projet ;
- Elaboration des outils de collecte des données (questionnaires J0, M1, M3, M6, M12, M18 et M24) et de gestion du projet (Guide de gestion du projet) ;
- Mise en place de la collecte des données : formation des Agents de Relais Communautaires responsables de l'administration des questionnaires, organisation de la logistique et du suivi du projet ;
- Administration des questionnaires auprès des 1^{ers} patients inclus ;
- Réalisation de missions de suivi du projet dans les 9 hôpitaux ;
- Elaboration des masques de saisie et démarrage de la saisie des questionnaires.

Perspectives 2007

- Poursuite de l'administration des questionnaires auprès des patients inclus ;
- Poursuite de la saisie des questionnaires ;
- Collecte des données sur l'offre de soins et les prix unitaires des services ;
- Réalisation de l'étude sur les coûts des services ;
- Réalisation de missions semestrielles de suivi dans les hôpitaux.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS)

Partenaires

IRD (Pr Delaporte, Dr Laurent) : responsable du volet médical ; ORS/INSERM : responsable du volet socio-économique ; IRSA (Pr Séverin Abega, Université Catholique d'Afrique Centrale) : responsable du volet anthropologique.



6. Evaluation de l'impact de l'offre de soins du "Centro de Referência e Treinamento" (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo sur ses performances

Sigle : CRT-BRESIL

Début : Début 2007

Objectif(s)

Le projet a pour objectif d'évaluer l'impact des caractéristiques de l'offre de soins du CRT-DST/AIDS sur ses performances en déterminant, premièrement, quels facteurs individuels liés à l'histoire de la maladie autant qu'aux caractéristiques sociodémographiques, comportementales et de variabilité des coûts de prise en charge des patients jouent un rôle sur les durées de survie et, deuxièmement, quelles variables exogènes et évolutives dans le temps liées à l'offre de soins du CRT-AIDS ont un impact sur cette survie individuelle, ainsi que l'ampleur et le sens de cet impact.

Problématique

La diffusion des multithérapies ARV dans les pays à bas et moyen revenus est entrée dans une nouvelle phase dont l'objectif clairement affiché est d'en étendre l'accès de façon significative. L'expérience des programmes en cours dans ces pays, parmi lesquels le programme brésilien a pris valeur d'exemple, souligne la nécessité de trouver un équilibre entre la qualité des programmes et l'extension de leur couverture à un nombre croissant de patients. L'importance du rôle que peut jouer la structure des programmes sur l'ensemble de leurs performances a été mise en lumière dans différents travaux. Il apparaît que les façons dont seront étendus ces programmes joueront un rôle essentiel tant dans leurs réussites (autant en terme de réponse clinique et immuno-virologique que de façon plus large en terme de conditions de survie des personnes infectées), que dans leurs éventuels échecs, notamment du fait des potentiels effets pervers susceptibles d'émerger à plus ou moins long terme dans le scénario d'une très large diffusion des ARV dans les pays du Sud.

Méthodes

Les outils statistiques adaptés d'estimation de processus stochastiques multivariés non-homogènes seront appliqués à une cohorte rétrospective observationnelle de plus de 2490 patients naïfs de traitements lors de leur inclusion et qui ont été suivis au CRT entre le 18/09/1986 et le 31/12/2005.

Ce projet, réalisé en partenariat étroit entre les chercheurs du CRT DST/AIDS et de l'ORS-INSERM, s'inscrit logiquement dans la continuité d'une collaboration initiée entre ces deux équipes à l'occasion du séjour de trois mois du Dr Emily C. Ruiz au sein de notre équipe.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Partenaires

Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo ; Coordination Nationale Brésilienne IST/AIDS ; Coordination du Programme IST/AIDS de l'Etat de Sao Paulo.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

II. ACTIVITÉS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE

■ Maladies transmissibles - Co-infection VIH-VHC 75

- 1> Recueil d'information continue sur le dépistage de l'hépatite C dans les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit et dans les Centres d'Examens de Santé de la Région (EVAL VHC CDAG).....75
- 2> Evaluation économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite C : nouvelles approches méthodologiques (HÉPATITE C EVAL ECO).....76
- 3> Cohorte prospective de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH).....77

1. Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite C dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et dans les Centres d'Examens de Santé (CES) de la Région

Sigle : EVAL VHC CDAG

Début : 2002

Objectif(s)

Ce système de surveillance épidémiologique de la séroprévalence du VHC a plusieurs objectifs : décrire les facteurs de risque et les modes de contamination des personnes pour qui un test VHC a été déclenché, décrire les caractéristiques des individus VHC+, évaluer le pourcentage de patients VHC+ également co-infectés par le VIH et/ou par le VHB et disposer d'un système permettant de suivre l'évolution de l'épidémie VHC et l'impact global des mesures de prévention notamment dans la population toxicomane.

Problématique

En 1994, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC était estimé en France à 1,1 % [0,7 - 1,3] soit 500 000 à 650 000 personnes séropositives pour le VHC. En 2003-2004, les premiers résultats d'une enquête réalisée en France chez les assurés sociaux du régime général indiquent un taux de prévalence de 0,9 % [0,7 - 1,1]. La Région PACA est particulièrement touchée avec un taux de 1,3 %.

Le VHC est responsable d'environ 20 % des cas d'hépatites aiguës et de 70 % des cas d'hépatites chroniques. Plusieurs années peuvent s'écouler entre la date de contamination et l'apparition des premiers symptômes. En France, l'hépatite C est la première cause de transplantation du foie et la deuxième cause de cirrhose et de carcinome hépato-cellulaire.

Méthodes

L'information est recueillie pour toute personne pour qui un test sérologique VHC (Elisa) est effectué dans le cadre des CDAG ou des CES de la Région participant au dispositif, en deux temps :

- Un auto-questionnaire complété par le patient en fin de première consultation renseigne sur ses caractéristiques socio-démographiques et les facteurs de risque d'infection à VHC ;
- Une grille, complétée par le médecin lors de la restitution du résultat de la sérologie au patient, permet de recueillir des informations sur l'infection VHC détectée, les modes de contaminations possibles et de consigner les éventuelles co-infections VIH et VHB.

Résultats

En 2005, la prévalence du VHC chez les toxicomanes testés était plus élevée chez les UDVI avec ou sans sniff (44,8 % contre 43,8 % en 2004) que chez les sniffeurs exclusifs (0,9 % contre 2,0 % en 2004). Le taux des cas nouvellement dépistés chez les UDVI avec ou sans sniff était supérieur à celui observé chez les sniffeurs, respectivement 29,7 % (24,3 % en 2004) et 0,3 % (1,3 % en 2004).

Les modes de contamination les plus fréquemment retrouvés par les médecins en 2005, étaient l'usage de drogue par voie intraveineuse (53,7 %) et par voie nasale (15,9 %), les produits sanguins ou greffes (8,5 %), les tatouages ou piercing sans matériel d'usage unique (5,4 %), le partage d'accessoires de toilette avec une personne VHC+ (5,3 %).

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région.



2. Evaluation économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite C : nouvelles approches méthodologiques

Sigle : HEPATITE C EVAL ECO

Début : 2000

Objectif(s)

L'objectif initial de cette étude était de réaliser une évaluation médico-économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite chronique C en fonction de la prévalence, des schémas thérapeutiques et de l'histoire naturelle de la maladie. Les objectifs secondaires étaient :

- Apporter des éléments d'information pertinents d'aide à la décision pour la politique et les pratiques de dépistage et de traitement de l'hépatite chronique C ;
- Evaluer les aspects socio-économiques de la co-infection VIH/VHC.

Problématique

En s'appuyant sur la collaboration avec les deux Centres de Soins et de l'Immuno-déficience Humaine de la Région PACA, ce projet de recherche devait intégrer les informations issues des données réelles dans la modélisation théorique, pour évaluer l'impact économique du dépistage et de la prise en charge de l'infection à VHC de façon associée. Les informations relatives aux tests de dépistage et à la prise en charge thérapeutique des patients n'ont pu être récupérées dans la base de données.

De ce fait, la réalisation de l'analyse coût-efficacité n'a pas été possible à partir des données disponibles. Ainsi nous avons recentré les objectifs de l'étude sur l'analyse des facteurs associés à la sévérité de la fibrose hépatique, et respectivement à la vitesse de progression de la fibrose, en comparant les patients mono-infectés avec les patients co-infectés par le VIH et le VHC.

Méthodes

Les données sont issues d'un Registre des Ponctions Biopsies Hépatiques (RPBH) incluant des informations clinico-biologiques et anatomo-pathologiques sur l'ensemble des patients atteints d'une hépatite chronique C et ayant eu au moins une ponction biopsie hépatique entre janvier 1997 et octobre 2005 dans le département des Alpes-Maritimes. Les analyses des facteurs associés à la sévérité et respectivement à la progression de la fibrose ont été basées sur des modèles de type GEE (Generalised Estimating Equations), prenant en compte la corrélation entre les mesures répétées.

La collecte des données n'a été finalisée qu'en fin d'année 2005. Pendant le premier trimestre de l'année 2006, nous avons effectué le contrôle de qualité des données et l'analyse descriptive de la base.

Résultats

Après le travail de validation de la base, une analyse descriptive de la population a été étudiée, avec une file active de 2930 patients. Pour l'étude des facteurs associés à la sévérité et respectivement à la vitesse de progression de la fibrose 1646 patients non transplantés ont été sélectionnés. Ils disposaient d'une lame de ponction biopsie hépatique interprétable et leur statut VIH ainsi que la date de leur contamination par le VHC ont pu être déterminés. Les facteurs de risque indépendants associés à la sévérité de la fibrose, mis en évidence par l'analyse multivariée ajustée à la durée de l'infection, étaient le sexe masculin, l'âge à la contamination, une consommation d'alcool ≥ 30 g/ jour et la co-infection par le VIH. Les facteurs identifiés par l'analyse multivariée comme associés à la vitesse de progression de la fibrose étaient le sexe masculin, l'âge à la contamination, le génotype 3 du VHC, la co-infection par le VIH et le mode de contamination VHC par usage de drogues. Des interactions entre le statut VIH et consommation d'alcool et respectivement génotype VHC ont été mises en évidence.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (AC20-ANRS)

Partenaires

Centres d'Information et Soins de l'Immuno-déficience Humaine de Marseille (Pr. Gallais) et de Nice (Pr. Dellamonica) (CISIH).



3. Cohorte prospective de patients co-infectés par le VIH et le VHC

Sigle : HEPA VIH

Début : 2005

Objectif(s)

Le projet HEPAVIH vise à regrouper des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) en une cohorte nationale afin de mieux caractériser la prise en charge de ces patients et le vécu d'une double séropositivité. Les données recueillies en longitudinal permettront de répondre à des problématiques diverses telles que l'étude de la qualité de vie des patients co-infectés, l'identification des facteurs associés à la progression de la fibrose hépatique ou encore l'évolution de l'observance aux traitements antirétroviraux chez des patients recevant par ailleurs un traitement pour le VHC.

Problématique

La prise en charge de la co-infection par le VHC est un problème majeur pour le devenir des patients infectés par le VIH : avec une prévalence proche de 30 %, elle est devenue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans cette population depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales hautement actives. Les interactions entre le VIH et le VHC sont nombreuses et complexes. L'infection par le VIH joue un rôle aggravant sur l'évolution spontanée de l'hépatite C, notamment en diminuant le délai de progression vers la cirrhose. De plus, les traitements antirétroviraux, métabolisés par le foie, sont responsables d'une toxicité hépatique.

Méthodes

Le recrutement a débuté dans une dizaine de centres cliniques répartis sur l'ensemble du territoire national. Il est prévu d'inclure 1200 patients, avec un suivi annuel ou semestriel (selon le stade de la maladie VHC et la réponse aux traitements) sur une durée de 5 ans renouvelable. Des données cliniques, démographiques et socio-comportementales (auto-questionnaires) seront recueillies à l'inclusion et tout au long du suivi.

Echéancier

- Novembre 2005 : mise en place de la cohorte ;
- 2006-2007 : phase de recrutement.

Résultats

A ce jour, 351 patients ont été inclus dans 10 centres cliniques. Parmi eux, 156 ont répondu à l'autoquestionnaire (116 hommes, 40 femmes, âge moyen (écart-type) : 44 ans (6 ans)). La majorité de ces patients (n=133, 86 %) recevait une thérapie antirétrovirale et une quinzaine d'entre eux ont débuté par la suite un traitement anti-VHC.

Les inclusions dans la cohorte HEPAVIH se poursuivront durant l'année 2007. Les données recueillies lors de la visite d'inclusion fourniront une base d'informations sur la population étudiée et permettront d'affiner le plan d'analyse des données recueillies en longitudinal.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM U379) ; Hôpital Cochin, Service de Médecine Interne, Paris - Hôpital Tenon, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; CISH Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille ; CHU Purpan, Service d'hépatogastroentérologie, Toulouse ; Hôpital Pellegrin, Fédération des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux ; Hôpital Haut-Lévêque, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux ; Hôpital Saint-André, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux.

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

III. PARTENARIAT SCIENTIFIQUE

■ Partenariat avec des équipes régionales de recherche en sciences humaines et sociales	79
■ Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique	80
■ Partenariat avec des équipes d'étude et de recherche - Action	80
■ Contribution à des structures régionales et nationales, professionnelles et scientifiques	83
■ Activité de communication scientifique	85

Partenariat avec des équipes de recherche régionales en sciences humaines, économiques et sociales

Une des spécificités de l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est qu'une partie importante de ses activités est adossée à des collaborations étroites avec différentes équipes de recherche en sciences humaines, économiques et sociales.

Ces collaborations s'appuient sur un partenariat privilégié avec l'Unité Mixte de Recherche 379 de l'INSERM «Epidémiologie et Sciences Sociales Appliquées à l'Innovation Médicale», dirigée par le Professeur Jean-Paul Moatti, et l'Institut Fédératif de Recherche «Sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille».

- **Créée en 1994, l'UMR 379 de l'INSERM**, dirigée par le Pr Jean-Paul Moatti, est organisée sur deux sites. Depuis 2002, une convention lie l'ORS et l'UMR 379 de l'INSERM, stipulant que deux des trois équipes qui composent l'UMR sont hébergées au sein de l'ORS-PACA, ce qui permet à plusieurs membres de l'ORS d'être sur le profil de l'UMR 379. Les activités des deux équipes présentes sur le site ORS/INSERM traitent, d'une part de l'épidémiologie, l'économie et la psychosociologie des comportements dans la prise en charge de l'infection à VIH, des hépatites et des toxicomanies, d'autre part du vieillissement et des politiques économiques de la santé.
- Depuis 2003, dans le cadre de la **Cancéropôle PACA**, une équipe de l'ORS a développé des travaux sur le cancer, ce qui conduit à un rapprochement de l'ORS avec l'équipe «Epidémiologie et sciences sociales appliquées aux innovations en cancérologie» de l'UMR 379, basée à l'Institut Paoli Calmettes.
- Depuis 2004, l'**Institut Fédératif de Recherche « Sciences Humaines Economiques & Sociales d'Aix-Marseille »** regroupe 8 laboratoires signataires de la Convention constitutive et rattachés à différents EPST (CNRS, INSERM, IRD), à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et aux 3 Universités d'Aix-Marseille. Trois de ces laboratoires sont exclusivement dédiés à des travaux dans le champ de la santé : le Centre de Recherches Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), l'UMR 379 de l'INSERM, et l'Unité de recherche «Acteurs et systèmes de santé en Afrique» de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Cinq d'entre eux sont des laboratoires « généralistes » de recherches dans différentes disciplines de SHES mais avec un certain nombre d'équipes ou de membres s'intéressant aux applications dans le champ santé : le laboratoire Universitaire de Recherche en Sciences de Gestion spécialisé en Logistique (CRET-LOG), le Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM - CNRS-EHESS), le Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence, le Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS), et le laboratoire de Sociologie, Histoire, Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC- CNRS-EHESS).
L'ORS-PACA, comme l'Institut d'Economie Publique (IDEP), travaille en partenariat avec plusieurs de ces équipes dans le cadre de cet IFR.



Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- L'Institut Fédératif de Recherches en Nutrition (INSERM U476, CDPA) et le Centre de Recherche en Nutrition Humaine ;
- L'Unité INSERM 593 de Bordeaux pour la cohorte APROCO-COPILOTE ;
- Le Groupement d'Intérêt Scientifique Medrina (pôle méditerranéen de recherche sur les risques naturels) ;
- Les CISIH de Nice et de Marseille ;
- Le Centre de Référence Oncologie d'Aviano (Italie).

Partenariat avec des équipes d'étude et de recherche-Action

● L'institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE PACA)

Les chercheurs et chargés d'études ont collaboré avec des attachés et administrateurs de l'INSEE pour deux séries de travaux, à l'échelle régionale et à l'échelle nationale. A l'échelle régionale, la collaboration a continué de porter sur des analyses complémentaires réalisées dans le cadre de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance et sur les exploitations de l'extension régionale de l'Enquête Décennale Santé. Cette collaboration a donné lieu à chaque fois à la publication d'un numéro Sud INSEE l'essentiel. A l'échelle nationale, les chercheurs et chargés d'études ont continué de participer aux réunions du comité national d'exploitation de l'Enquête Décennale Santé.

● Le Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS)

Depuis 2004, l'ORS PACA est membre du comité partenarial du Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS) Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ce dispositif vise à fournir aux pouvoirs publics et aux acteurs de terrain un outil partagé d'observation sociale régionale.

En 2005, l'ORS PACA a collaboré à l'élaboration de l'Atlas Social de la Région Provence-Alpes Côte d'Azur, consacré aux aspects territoriaux de la précarité. L'ORS PACA a été sollicité pour participer à la rédaction du chapitre consacré aux inégalités de santé en PACA.

Cet ouvrage, présenté le 25 janvier 2005, est téléchargeable sur le site Internet du DROS : www.dros-paca.org.

● Commissions des médecins de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)

Les chercheurs et chargés d'études ont collaboré avec les médecins siégeant dans la commission «généralistes» de l'URML PACA pour la préparation, l'élaboration et la validation des questionnaires utilisés dans le cadre des différentes vagues d'enquête du panel de médecins généralistes de la Région PACA (Panel MG PACA).

● Association Félix Guyon des urologues du Sud-Est

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, des médecins du travail et un médecin conseil de la DRSM ont collaboré, dans le cadre du Système Interactif Santé, Travail, Environnement, pour sensibiliser les urologues au repérage de l'origine professionnelle possible des tumeurs de vessie. Deux axes ont été privilégiés : interventions aux séminaires biannuels de la Société d'Urologie, élaboration d'outils (fiche de conduite à tenir en ligne (<http://www.sistepaca.org/01e-vessie.htm>), brochure dédiée aux urologues). La collaboration s'est étendue à l'Association Française d'Urologie qui va établir des recommandations concernant le dépistage individuel des tumeurs de vessie chez des personnes à risque professionnel et propose de former les médecins du travail sur ce thème.



- **Médecins praticiens généralistes et spécialistes, médecins du travail et médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)**

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, des médecins du travail et un médecin conseil de la DRSM ont collaboré, dans le cadre du Système Interactif Santé, Travail, Environnement, pour sensibiliser les médecins praticiens aux problèmes de santé liés au travail en construisant un site Internet dédié aux médecins (<http://www.sistepaca.org>) et en organisant une dizaine de rencontres d'échanges, type formation médicale continue sur le thème santé travail. Ces rencontres ont pour but de favoriser les échanges entre médecine de prévention et médecine de soins. Plusieurs bassins d'exercice ont été ciblés dans le Vaucluse, le Var et les Bouches-du-Rhône.

- **Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des 6 départements de la Région, service de neurologie pédiatrique de l'hôpital de la Timone, services de prévention en faveur des élèves de l'Inspection Académique des Bouches-du-Rhône**

Les chargés d'études ont collaboré avec les médecins des services de PMI de la Région et le service de neurologie pédiatrique de l'hôpital de la Timone pour élaborer un bilan de santé standardisé pour des enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi. Ce nouvel outil intitulé « Eval Mater » est utilisé depuis la rentrée scolaire 2005 par tous les médecins de PMI des Alpes-Maritimes, des Hautes-Alpes et du Vaucluse ; sa montée en charge est progressive dans les autres départements de la Région.

Les équipes de l'ORS ont ensuite collaboré avec les médecins des services de la santé scolaire des Bouches-du-Rhône pour suivre une cohorte d'enfants examinés en 2002-2003 à l'aide d'Eval Mater. Cette collaboration a permis de mesurer les performances prédictives du nouveau bilan de santé.

- **Services de scolarité des 6 universités et 7 services de médecine préventive universitaires de la Région**

Les chargés d'études et l'équipe logistique de l'ORS ont collaboré avec les services de scolarité et ceux de la Médecine Préventive Universitaire (MPU) pour réaliser une enquête régionale auprès d'un échantillon représentatif d'étudiants inscrits en 1^{ère} année. Cette collaboration a permis d'adapter le protocole de l'enquête en fonction des contraintes liées aux emplois du temps des médecins et infirmières des services de la MPU et d'effectuer le tirage au sort des étudiants inclus dans l'étude.

- **Association sur les Soins Palliatifs Provence**

L'ASP (Association pour le développement des Soins Palliatifs Provence), association non confessionnelle et apolitique, intervient auprès des malades atteints d'une affection menaçant leur vie, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale. Elle met à la disposition des malades ses accompagnants bénévoles pour les aider ainsi que leur famille à vivre jusqu'à la fin, entourés de tout le respect nécessaire. L'APSP (Association PACA Soins Palliatifs) a pour but de :

- Réunir les intervenants en soins palliatifs sur la Région PACA ;
- Mener une action de promotion, d'information aussi bien vers les professionnels de santé, le grand public, les instances décisionnelles ;
- Participer au développement de la pratique des soins palliatifs au domicile et en institution
- Promouvoir, développer et participer à une formation de qualité sur la Région ;
- Partager une réflexion sur les pratiques et l'éthique en soins palliatifs, telles que définies dans le préambule des statuts de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs ;
- Participer à la mise en place des réseaux départementaux de soins palliatifs.
- L'APSP et l'ASP participent au comité de pilotage du Programme de Recherches sur la fin de vie engagé par l'ORS PACA et l'INSERM U379 depuis 1999.



● **AMISTA Alzheimer :**

L'Association « 3A » a pour objet de :

- Soutenir les familles de malades d'Alzheimer ou de pathologie assimilée, résidant dans le canton Aubagne, Cassis, Carnoux et La Ciotat et les communes avoisinantes ;
- Faciliter la mise en œuvre et le bon fonctionnement des Centres d'Accueil de Jour intercommunaux pour les malades présentant une maladie cognitive, soutenus par les LIONS Club de la zone 22 ;
- Développer des actions en faveur des malades et de leurs familles, concernant notamment pour leur donner des informations sur la maladie, le maintien à domicile, les structures d'accueil et les possibilités d'aide financière.
- Favoriser par tous les moyens la connaissance sur les maladies cognitives.

L'Observatoire Régional de la Santé participe comme membre du comité scientifique à l'organisation des «Rencontres Amista-Alzheimer», congrès national annuel dont le premier s'est tenu à Aubagne, les 26 et 27 novembre 2004.

● **Association AIDES :**

AIDES est la principale association de lutte contre le sida en France et en Europe, de nature communautaire (c'est-à-dire composée de citoyens infectés ou affectés effectuant une démarche d'engagement personnel). AIDES est membre du TRT-5, groupe interassociatif qui s'intéresse aux questions de recherche thérapeutique sur le VIH. Le TRT-5 est officiellement reconnu comme un partenaire par l'ANRS. AIDES équilibre ses activités entre du plaidoyer pour la prévention ou le soutien aux personnes touchées et des actions de santé innovantes. Reconnue d'utilité publique, AIDES bénéficie d'une convention pluriannuelle avec la DGS. Elle a constamment besoin d'évaluer son activité et d'analyser les besoins des personnes bénéficiant des actions de l'association. L'équipe participe régulièrement aux enquêtes de AIDES ciblant sa file active, comme l'enquête «AIDES et toi» de type «une semaine donnée» réalisée en 2005.

● **L'Association RETOX 84, Réseau Toxicomanie -
Addiction (drogues - psychotropes-polytoxicomanie) :**

C'est une association de Professionnels de Ville (Médecins, Pharmaciens et autres intervenants du champ sanitaire et social), constituée pour mettre en place un réseau de soins pour la prise en charge des pathologies addictives (hors alcoolisme et tabac exclusif) dans le département du Vaucluse.



Contribution à des structures régionales et nationales, professionnelles et scientifiques

L'Observatoire Régional de la Santé siège dans de nombreuses structures nationales et régionales, soit en tant que personnalité morale, soit par la compétence de ses chargés de recherche. Il développe également une activité croissante de lecture et de validation d'articles dans de multiples publications scientifiques.

Structures nationales

- Conseil d'Administration de la Fédération Nationale des ORS (FNORS)
- Cellule d'Appui Scientifique auprès du Directeur Général de la Santé (DGS)
- Commission Nationale d'Appel de Qualification en Santé Publique au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Action Coordonnée AC 7 «Cohortes» de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Action Coordonnée AC5, 7, 24 et 25 de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), correspondant respectivement aux thèmes suivants : essais thérapeutiques VIH, Cohortes, essais thérapeutiques hépatites, et Santé publique et hépatites
- Conseil Scientifique et Médical Sida d'Ensemble Contre le Sida (ECS)
- Conseil Scientifique de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT)
- Conseil Scientifique de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS)
- Collège Scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Comité Directeur du GIS-Psychiatrie (Sainte-Anne)
- Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection (DGSNR)
- Comité de la Prévention et de la Précaution, Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable
- Conseil d'Administration de P.I.S.T.E.S. (revue Transcriptase)
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP)
- Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail (AFSSET)
- Conseil National de l'Information Statistique (CNIS)
- Centre International de Recherche sur le Cancer à Lyon (CIRC)
- Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD)

Structures régionales

- Groupe de travail «Plan Régional de Santé Publique», Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- Comité Régional du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie de la Région PACA
- Comité Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)
- Délégation Régionale à la Recherche Clinique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS)
- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- Comité Technique Régional des Dépistages des Cancers
- Commission Régionale de la Naissance (CRN)
- Conseil Scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille
- COREP et groupe Air-Santé
- Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Cancéropôle PACA
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, contrat Avenir (INSERM)
- Observatoire Régional des Métiers (ORM)



Appartenance à des Sociétés savantes

- Société Française de Santé Publique (SFSP)
- Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)

Activité de reviewing d'articles

- Addictive Behaviors
- Aids Care
- Aids and Behavior
- Antiviral Therapy
- Anthropology Today
- CNS Drugs
- Culture, Medicine and Psychiatry
- Drug and Alcohol Dependence
- Economics and Human Biology
- Economie et Statistique
- Ethique publique
- European Journal of Epidemiology
- European Journal of Psychiatry
- Health Policy
- Health Services and Outcomes Research Methodology
- HIV Clinical Trials
- Indian Journal of Medical Sciences
- International Journal of Drug Policy
- Journal of Aids
- Journal of Epidemiology and Community Health
- Journal of Psychosomatic Research
- Journal of Socio-Economics
- Medical Anthropology
- Oncologie
- Oxford Development Studies
- Psychology & Health
- Psychology, Health and Medicine Journal
- Revue d'Economie Publique
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP)
- Revue Economique
- Risk Analysis
- Sciences et motricité
- Sciences Sociales et Santé
- Social Science and Medicine



Conférences auxquelles l'ORS a participé en 2006

Au niveau local et régional

- Séminaire IFR : Maladies chroniques - Marseille, France : 7 au 9 mars 2006
- 36^{ème} Séminaire de Perfectionnement en Sexologie Clinique
Marseille, France : 30 mars au 2 avril 2006
- 13^{èmes} journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail - Aix-en-Provence, France : 1^{er} et 2 juin 2006
- 1^{ère} journées « Cancer et recherches en sciences humaines »
Aix-en-Provence, France : 21 et 22 juin 2006
- Colloque du TAP, Travail et Action Publique
Aix-en-Provence, France : 4 et 5 septembre 2006
- Symposium «Quelle Vaccination pour quel Cancer ?»
Marseille, France : 4 décembre 2006

Au niveau national et international

- CES - HESG WORKSHOP 2006 '2^{èmes} Rencontres Franco-britanniques en Economie de la Santé' - Londres, Grande Bretagne : 4 au 6 janvier 2006
- 13^{ème} Conférence sur les rétrovirus et maladies associées
Denver, USA : 4 au 9 février 2006
- Conférence sur « l'Obésité et le marché du travail »
Lausanne, Suisse : 13 et 14 février 2006
- Conférence de la SFLS et des CDAG 06 : intervention sur l'observance
Cannes, France : 2 mars 2006
- 10th International Workshop on HIV Observational Databases
Madrid, Espagne : 23 au 26 mars 2006
- Colloque infirmier Franco-Québécois ANRS - Montréal, Canada : 10 au 14 mai 2006
- 74^{ème} congrès National de Médecine et Santé au Travail
Lyon, France : 31 mai au 2 juin 2006
- Colloque Thématique de l'ADELF 'Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé'
Toulouse, France : 18 au 19 mai 2006
- 29^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail
Lyon, France : 31 mai au 2 juin 2006
- 16th Workshop European Childhood Obesity Group
Rzeszow, Pologne : 1 au 3 juin 2006
- XV^{ème} Séminaire du CEDEP (Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie)
Paris, France : 3 juin 2006
- Colloque Approches Sociologiques de la Médecine Générale : Etat des Recherches récentes et perspectives - Rennes, France : 8 au 9 juin 2006
- 13th Symposium AEP Section Epidemiology and social Psychiatry
Bordeaux, France : 14 au 17 juin 2006
- 12^{ème} Congrès National de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs - Montpellier, France : 15 au 17 juin 2006
- Séminaire de Formation de la Commission Psy - SFLS « Passages »
Paris, France : 16 juin 2006
- Colloque « Vers de nouvelles formes d'action publique en matière de santé. De la production à l'institutionnalisation des savoirs médicaux »
Paris, France : 16 et 17 juin 2006
- Séminaire « Epidémiologie Sociale - Situation Sociale »
Paris, France : 19 et 22 juin 2006
- Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique
Lille, France : 22 et 23 juin 2006
- Conférence scientifique sur les approches épidémiologiques et statistiques en matière d'enfance en danger et délinquante - Paris, France : 5 juillet 2006
- XVI ISA World Congress of Sociology 'The Quality of Social Existence in a Globalising World' - Durban, Afrique du Sud : 23 au 29 juillet 2006
- 16^{ème} Congrès International sur le Sida - Toronto, Canada : 11 au 18 août 2006
- Congrès d'Epidémiologie ADELFI - EPITER
Dijon, France : 30 août au 1^{er} septembre 2006
- 2^{ème} Congrès de l'AFS « Dire le monde social »
Bordeaux, France : 5 au 8 septembre 2006
- EACH 2006 Conférence : Conférence Internationale sur la Communication dans le domaine de la Santé - Bâle, Suisse : 5 au 8 septembre 2006



- Séminaire « Méthodologies et problématiques émergentes en santé publique » organisé par l'U707 INSERM - Hammamet, Tunisie : 11 au 16 Septembre 2006

Conférences de presse auxquelles l'ORS a participé en 2006

- Conférence de presse « Guide Répertoire Suicide. Prévenir et prendre en charge la crise suicidaire en PACA : un guide pratique à l'usage des professionnels de la Région »
Marseille, le 3 février 2006 à l'ORS.
- Conférence de presse « Lancement du site SISTEPACA, Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur »,
Marseille, le 2 mars 2006 à l'ORS.
- Conférence de presse « Souffrance morale au travail et harcèlement moral »,
Toulon, le 5 juillet 2006 à l'Antenne du Conseil Régional PACA.
- Conférence de presse « La santé des jeunes de la Région PACA, données de cadrage et baromètre santé des jeunes »
Marseille, le 12 octobre 2006 à l'ORS.

Activité de valorisation

Depuis sa création en 1985, l'activité de l'ORS PACA a donné lieu à la publication de :

- 304 articles scientifiques (dont 28 articles publiés en 2006 et 20 à paraître) ;
- 89 articles originaux (dont 4 publiés en 2006) ;
- 407 communications orales ou affichées (dont 26 réalisées en 2006) ;
- 51 ouvrages ;
- 208 rapports.

Site internet

Fin 2000, l'ORS PACA s'est doté d'un site Internet (www.orspaca.org) permettant aux professionnels de santé et aux décideurs de disposer d'informations sur l'état de santé de la population régionale et d'en connaître ses particularités. Depuis octobre 2006, un outil de recherche multicritère a été intégré à ce site pour permettre aux utilisateurs d'interroger la base documentaire de l'ORS depuis 1990 et de télécharger les documents (rapports, tableaux de bords, articles, RegardSanté, RepèreSanté...).



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

IV. Activités d'enseignement et de formation

■	Activité d'enseignement	87
---	-------------------------	----

■	Activité de formation	88
---	-----------------------	----

Activité d'enseignement

L'ORS contribue à la formation en participant aux enseignements universitaires et post-universitaires et aux séminaires, mais surtout au travers de l'accueil et de l'encadrement d'étudiants en DEA et Maîtrises, de doctorants qui réalisent leur thèse sur le site de l'ORS, de post-doctorants, d'internes en médecine et en pharmacie, et de stagiaires qui effectuent leur stage de fin d'étude au sein de l'ORS.

En 2006, l'ORS a participé à divers enseignements :

- Master Recherche, domaine Sciences de la Santé, mention Ingénierie des systèmes de santé (Faculté de médecine, pharmacie et odontologie de La Timone)
- Master de Santé Publique, 2^{ème} année - UE Méthodes quantitatives en épidémiologie économétrie (Faculté de médecine, Marseille, X. Thirion)
- Master de Santé Publique, 1^{ère} année - Economie du médicament (Faculté de médecine, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Master professionnel Génie Statistique et Informatique (GSI), 2^{ème} année - Module Méthodes statistiques et algorithmes de bio-informatique (Université de Provence Aix-Marseille I)
- Licence et Maîtrise de Sciences Economiques (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Administration et Gestion Economique et Sociale 1^{ère} et 2^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Economie et Management - 1^{ère} et 2^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Administration et Gestion économique et sociale - 3^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- DESS de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Diplôme Universitaire d'enseignement de médecine tropicale du Service de Santé des Armées
- Diplôme Universitaire « Le syndrome immuno-déficitaire acquis » (Hôpital de la Conception, Pr Gallais)
- Diplôme Universitaire de Sidénologie (Université de la Méditerranée)
- Formation doctorale d'étudiants ayant bénéficié d'une formation de 3^{ème} cycle relevant des différentes disciplines intéressant le domaine de la santé publique - Ecole doctorale en « Santé publique Paris 11-Paris 5 » (ES420) - Séminaire doctoral (Universités Paris-Sud et René Descartes)
- Formation des infirmiers 1^{ère} année : « La santé publique : du concept à l'organisation » (IFSI Saint-Joseph, Marseille)
- Formation des infirmiers 3^{ème} année : « Sciences sociales et santé : multitudes des questions et des approches » (IFSI Saint Joseph, Marseille)
- Formation des infirmiers 3^{ème} année : « Le cannabis : épidémiologie de l'usage et questions sociales autour de ces usages » (IFSI Les Flamands, Marseille)
- Formation de Cadres de santé : Introduction à l'économie de la santé (Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Hospitalier du Pays d'Aix)
- Formation de Cadres de santé : Encadrement méthodologique de la recherche en sciences sociales (Institut de Formation des Cadres de Santé, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille)



Activité de formation

Plusieurs étudiants ont été accueillis et encadrés en 2006 au sein de l'ORS :

THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Bérangère Davin, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2007
Thèse : « Comportements de consommations et d'offres de soins » (directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II ; A. Trannoy, GREQAM)
- Julien Chauveau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Econométrie. Date de soutenance : 2007
Thèse : « L'équité dans un plus large accès au cœur du paradigme du financement des antirétroviraux et des systèmes de santé dans les pays en développement » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Bourse Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)
- Mohammad Abuzaineh, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2007/2008
Thèse : « Développer un modèle de financement efficient et équitable pour le système de santé palestinien : quelques réponses à partir de la première enquête sur les comptes nationaux de santé » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Bourse doctorale régionale
- Sébastien Linnemayr, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2008
Thèse : « Santé et éducation : composantes du capital humain, complémentaires ou substituables ? Une application aux pays en développement touchés par le Sida » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Bourse doctorale régionale
- Yann Videau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2008
Thèse : « Qualité non contractualisable et gestion du système de santé » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Allocation couplée, Bourse Ministère Education Nationale
- Sandrine Gravier, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences de Gestion. Date de soutenance : 2008
Thèse : « La participation du patient au service de soins » (directeur de thèse : Pr P. Eiglier, IAE Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille III) - Allocation couplée, Bourse Ministère Education Nationale
- Sophie Thiebaut, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2009
Thèse : « Vieillesse des populations et dépenses de santé » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Bourse doctorale régionale
- Sophie Dizière, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2009
Thèse : « Effets sociaux des maladies, l'apport de l'Enquête Décennale Santé » (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) - Bourse doctorale régionale
- Marie-Laure Saliba, Université de Provence - Aix-Marseille I
Doctorat en Sociologie. Date de soutenance : 2009
Thèse : « Les représentations sociales du cancer du sein » (directeur de thèse : P. Peretti-Watel, Laboratoire Méditerranéen de Sociologie -LaMeS) - Bourse doctorale Institut National du Cancer (INCa)



INTERNES EN MEDECINE

- Aissata Dia, Interne en Médecine, Faculté de Médecine de Marseille (2^{ème} année)
- Gwenaëlle Iarmarcovai, Interne en Médecine du Travail, Faculté de Médecine de Marseille (4^{ème} année)
- Laurence Le Retraite, Interne en Médecine, Faculté de Médecine de Marseille (2^{ème} année)

MASTERS, LICENCES

- Caroline Berard, Master I - Bio-informatique et bio-statistiques (Université Paris Sud)
- Jean-Baptiste Combes, Stage de césure, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Solène Oberg, Magistère Ingénieur-économiste, 2^{ème} année (Université de la Méditerranée)
- Jutta Poschmann, Master II professionnel « Langues étrangères appliquées », parcours « Intelligence économique, culture et organisation » (Université de Provence)

STAGES

- Hinda Boumerdas, Stage de 1^{ère} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)
- Marcelle Kpan, Stage de 1^{ère} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)
- Laure Maguin, Stage de 1^{ère} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7

V. ACTIVITÉS ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE

■ Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé	91
--	----

■ Le Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé	92
---	----

■ Les équipes sur le site ORS PACA - INSERM U379	94
--	----

Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé

- Président :

M. Michel Vauzelle

Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Vice-Présidents :

Dr Pierre Albarrazin

Président de la Commission Développement Economique, Affaires Internationales, Europe, Méditerranée du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Jean Chappellet

Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Secrétaire Général :

M. Joël Canapa

Vice-Président délégué à la Solidarité, à la Prévention et à la Sécurité, Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Secrétaire Général Adjoint :

Mme Chantal Lamouroux

Présidente de la Commission Environnement, Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Trésorier :

M. Bernard Malaterre

Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Trésorier Adjoint :

Dr Richard Domergue

Conseil Régional de la Formation Médicale Continue Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Membres du Bureau :

Dr Vincent Sciortino

Médecin Conseil Régional, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M. Georges Lacroix

Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Dr Hervé Pégliasco

Conseil Régional des Professions de Santé

Le Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé

Désigné à l'unanimité.

Elu par l'Assemblée Générale Ordinaire du mardi 09 mars 2004.

Premier Collège

Représentants des Assemblées Régionales, des Administrations et des Institutions intervenant dans le domaine sanitaire

Au titre de l'Etat

- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
M. Jean Chappellet, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, représentant Monsieur le Préfet
- Agence Régionale de l'Hospitalisation Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse
M. Christian Dutreil, Directeur Régional
- Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
Mme Muriel Gautier, Directrice Adjointe

Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Dr Vincent Sciortino, Médecin Conseil Régional
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Mme Malika Manini, Administrateur CRAM du Sud-Est
M. André Sudac, Administrateur CRAM du Sud-Est
- Mutualité Sociale Agricole du Vaucluse
Dr Patrick Labarussias, Médecin Conseil
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
M. Georges Lacroix, Président

Au titre des Facultés

Pr Daniel Benchimol, Doyen de la Faculté de Médecine de Nice

Pr Marc Bolla, Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nice

Pr Gérard Duménil, Représentant du Doyen de la Faculté de Pharmacie de Marseille

Au titre du Conseil Régional

M. Joël Canapa, Vice-Président délégué à la Solidarité, à la Prévention et à la Sécurité

Mme Arlette Fructus, Conseiller Régional

Mme Chantal Lamouroux, Présidente de la Commission Environnement

Mme Nadine Peris, Vice-Présidente de la Commission Agriculture

M. Michel Vauzelle, Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Au titre des Conseils Généraux

Dr Michel Amiel, Conseiller Général des Bouches-du-Rhône, Délégué à la santé

Au titre du Conseil Economique et Social Régional

Dr Pierre Albarrazin, Président de la Commission Développement Economique, Affaires Internationales, Europe, Méditerranée du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur



Deuxième Collège

Représentants des Professionnels de Santé, de la Mutualité et des Usagers

Au titre des professions de santé

- Etablissements hospitaliers publics
M. Jean-Jacques Romatet, Délégué Régional de l'Union Hospitalière du Sud-Est-Fédération Hospitalière de France
- Etablissements hospitaliers privés
M. Jean-Pierre Gaugler, Président du Syndicat Régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Organismes publics de recherche bio-médicale
M. Jehan-Noel Filatriau, Administrateur Délégué Régional de l'INSERM PACAC
- Professions médicales et paramédicales du secteur libéral
Mme Dominique Covès, Présidente du Syndicat des Infirmiers Libéraux des Bouches-du-Rhône - FNI
Dr Hervé Pégliasco, Conseil Régional des Professions de Santé
M. Christian Pisano, Secrétaire Général Adjoint du Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches-du-Rhône
Dr Jean-Claude Regi, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région PACA
- Organismes régionaux de formation médicale continue
Dr Richard Domergue, Conseil Régional de la Formation Médicale Continue Provence-Alpes-Côte d'Azur, Directeur Médical SAMU 06

Au titre des usagers

- Associations du secteur sanitaire et social
Pr Jean-Marc Garnier, Président du Comité Régional d'Education pour la Santé
M. Bernard Malaterre, Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
Dr Michèle Poncet-Ramade, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions des Bouches-du-Rhône
- Mutualités
M. Jacques Veisse, Union Régionale de la Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur
M. Roland Walger, Mutuelles de France Méditerranée
- Chambre de Commerce et d'Industrie Marseille-Provence
M. Jean-Pierre Van Eecke, Membre-Associé de la CCIMP
- Confédérations syndicales
Dr Sauveur Catania, Confédération Générale du Travail
M. André Descamps, Union Régionale Force Ouvrière
Mme Maria-Isabel Léon, Union Régionale de la CFE-CGC Secteur Santé Action Sociale
M. Jean-Claude Pozzo Di Borgo, Union Régionale de la Confédération Française Démocratique du Travail

Membres consultants du Conseil d'Administration

Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral
Dr Claude Cagnol, Oto-Rhino-Laryngologiste, Médecin Libéral
Dr Frédérique Connat, Union Régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur des Mutuelles de France Méditerranée
M. Daniel Marchand, Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
M. Jean-Louis Thierry, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud-Est



Les équipes sur le site ORS PACA - INSERM U379

Direction

OBADIA Yolande

Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORS PACA,
Coordonnateur des deux équipes de l'UMR 379 de l'INSERM du site ORS.
tél : 04.91.59.89.20, Courriel : obadia@marseille.inserm.fr / accueil@orspaca.org

MOATTI Jean-Paul

Professeur d'économie à l'Université de la Méditerranée,
Directeur de l'IFR 134 SHESS-AM (Institut fédératif de recherche
sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille)
tél : 04.91.59.89.19, Courriel : moatti@marseille.inserm.fr

Responsables d'équipe

BEN DIANE Marc Karim

Sociologue, Chargé de recherche ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.65, Courriel : bendiane@marseille.inserm.fr

- Soins palliatifs
- Maladies transmissibles – Infection à VIH

BOCQUIER Aurélie

Ingénieur agronome, Responsable du pôle Observation de la Santé
tél : 04.91.59.89.23, Courriel : bocquier@marseille.inserm.fr

- Veille sanitaire et observation de la santé
- Santé mentale

CARRIERI Maria-Patrizia

Biostatisticienne sénior, Ingénieur d'étude INSERM
tél : 04.96.10.28.75, Courriel : pmccarrieri@aol.com

- Maladies transmissibles – Infection à VIH
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC
- Conduites addictives et traitements de substitution

FERONI Isabelle

Maître de Conférence en Sociologie, Université de Nice-Sophia Antipolis
tél : 04.91.59.89.07, Courriel : feroni@marseille.inserm.fr

- Conduites addictives et traitements de substitution

LUCHINI Stéphane

Economiste, Chargé de recherche CNRS
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : lucchini@ehess.cnrs-mrs.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

PARAPONARIS Alain

Maître de conférence en économie, Université de la Méditerranée
tél : 04.91.59.89.02, Courriel : paraponaris@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins
- Environnement et habitudes de vie

PERETTI-WATEL Patrick

Sociologue, Chargé de recherche INSERM
tél : 04.96.10.28.61, Courriel : peretti@marseille.inserm.fr

- Environnement et habitudes de vie
- Santé des jeunes
- Cancer
- Soins palliatifs

REY Dominique

Médecin épidémiologiste, Chargée de recherche ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.76, Courriel : rey@marseille.inserm.fr

- Cancer
- Maladies transmissibles – Infection à VIH

SPIRE Bruno

Médecin Virologue, Chargé de recherche INSERM
tél : 04.96.10.28.77, Courriel : spire@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH
- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC



VENTELOU Bruno

Economiste, Chargé de recherche CNRS,
Responsable de l'équipe « Avenir », « Vieillesse, dépendance et chronicisation
du risque santé »

tél : 04.91.59.89.16, Courriel : ventelou@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins
- Environnement et habitudes de vie
- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

VERGER Pierre

Médecin épidémiologiste, Directeur-Adjoint de l'ORS

tél : 04.91.59.89.01, Courriel : verger@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins
- Environnement et habitudes de vie
- Santé mentale
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC
- Santé des jeunes

EICHENBAUM-VOLINE Sophie

Biostatisticienne sénior, Ingénieur de recherche ORS/Inserm

tél : 04.96.10.28.64 Courriel : eichenbaum-voline@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins
- Cancer

Equipe d'étude et de recherche

ABUZAINAH Mohammad

Doctorant en sciences économiques, bourse ANRS

tél : 04.96.10.28.62, Courriel : abuzainah@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

ARNAUD Sandrine

Médecin épidémiologiste, Chargée d'étude ORS

tél : 04.91.59.89.06, Courriel : arnaud@marseille.inserm.fr

- Environnement et habitudes de vie

AULAGNIER Marielle

Démographe, Chargée d'étude ORS

tél : 04.91.59.89.12, Courriel : aulagnier@wanadoo.fr

- Veille sanitaire et observation de la santé
- Offre et demande de soins
- Santé des jeunes
- Santé mentale

AUBISSON Sandrine

Sociologue, Assistante d'étude ORS

tél : 04.96.10.28.66, Courriel : aubisson@marseille.inserm.fr

- Conduites addictives et traitements de substitution
- Santé mentale
- Maladies transmissibles – Infection à VIH

BEZZOU Kamel

Statisticien, Assistant d'étude ORS

tél : 04.91.59.89.13, Courriel : bezzou@marseille.inserm.fr

- Veille sanitaire et observation de la santé
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

BOUHNIAK Anne-Déborah

Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ORS/INSERM

tél : 04.96.10.28.78, Courriel : bouhnik@marseille.inserm.fr

- Cancer
- Maladies transmissibles – Infection à VIH

BOYER Sylvie

Doctorante en économie, Bourse ANRS

tél : 04.96.10.28.72, Courriel : boyersylvie@club-internet.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud



CHAUVEAU Julien

Doctorant en économétrie, Bourse ANRS

tél : 04.96.10.28.60, Courriel : chauveau@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

COMBES Jean-Baptiste

Statisticien, Stagiaire ENSAI

tél : 04.91.59.89.21 Courriel : combes@marseille.inserm.fr

- Santé des jeunes

COURCOUL Marie-Anne

Ingénieur d'étude INSERM

tél : 04.96.10.28.86, Courriel : coucou@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH

DAVIN Bérengère

Doctorante en sciences économiques, Bourse INSERM/Programme Avenir

tél : 04.91.59.89.10, Courriel : davin@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins

DIA Aïssata

Interne en médecine

tél : 04.96.10.28.83, Courriel : aiss.dia@wanadoo.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

DIZIERE Sophie

Doctorante en sciences économiques, Bourse doctorale régionale

tél : 04.91.59.89.28, Courriel : diziere@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins

GUAGLIARDO Valérie

Biostatisticienne, Chargée d'étude ORS

tél : 04.96.10.28.67, Courriel : gvalerie@marseille.inserm.fr

- Santé des jeunes

GRAVIER Sandrine

Doctorante en sciences de gestion, Bourse Ministère de l'Education Nationale

tél : 04.96.10.28.70, Courriel : gravier@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins
- Cancer

HARISSART Lucile

Géographe, Assistante d'étude ORS

tél : 04.91.59.89.23, Courriel : harissart@marseille.inserm.fr

- Veille sanitaire et observation de la santé
- Santé mentale

IARMARCOVAI Gwenaëlle

Interne en médecine

tél : 04.91.59.89.00, Courriel : iarmarcovai@marseille.inserm.fr

- Environnement et habitudes de vie
- Cancer

LOVELL Anne

Anthropologue, Directeur de recherche INSERM

tél : 04.91.59.89.07, Courriel : lovell@marseille.inserm.fr

- Santé mentale

MARCELLIN Fabienne

Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ANRS

ANRS, INSERM U 379

tél : 04.96.10.28.78, Courriel : marcellin@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

MICHEL Eliane

Ingénieur d'étude INSERM

tél : 04.96.10.28.73, Courriel : michel@marseille.inserm.fr

- Veille sanitaire et observation de la santé



MALAVOLTI Laetitia

Docteur en sciences économiques, Bourse post-doctorale INCA

tél : 04.96.10.28.63, Courriel : malavolti@hotmail.com

- Cancer

MORACCHINI Christophe

Chargé de mission expatrié au Cameroun

tél : 04.96.10.28.61, Courriel : moracchini@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

PROTOPOESCU Camelia

Ingénieur en mathématiques et économétrie, Ingénieur de recherche ANRS

tél : 04.91.59.89.06, Courriel : protopo@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH
- Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

SALIBA Bérengère

Ingénieur statisticien, Assistante d'étude ORS

tél : 04.96.10.28.69, Courriel : saliba@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins

SALIBA Marie-Laure

Doctorante en sociologie, Bourse INCA

tél : 04.91.59.89.23 Courriel : ml.saliba@marseille.inserm.fr

- Cancer

THIEBAULT Sophie

Doctorante en sciences économiques, Bourse doctorale

Région-Inserm/Programme Avenir

tél : 04.96.10.28.83, Courriel : thiebault@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins

VIDEAU Yann

Doctorant en sciences économiques, Bourse Ministère de l'Education Nationale

tél : 04.91.59.89.21 Courriel : videau@marseille.inserm.fr

- Offre et demande de soins

VIAU Alain

Médecin de Santé Publique, Mutuelles de Provence

tél : 04.96.10.28.79, Courriel : viau@marseille.inserm.fr

- Environnement et habitudes de vie
- Cancer

VILLES Virginie

Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ORS/Inserm

tél : 04.96.10.28.81, Courriel : villes@marseille.inserm.fr

- Maladies transmissibles – Infection à VIH

Plateforme d'enquêtes ORS/INSERM

MARADAN Gwenaëlle

Responsable de la plateforme d'enquêtes

tél : 04.96.10.28.95, Courriel : maradan@marseille.inserm.fr

ABRAMI Gilles

Technicien d'enquête

tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

ATTOUMANI Roukia

Technicien d'enquête

tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

COCALLEMEN Jean-François

Chargé d'enquête

tél : 04.96.10.28.87, Courriel : jean-francois.cocallermen@wanadoo.fr

COMAS Christiane

Technicien d'enquête

tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr



DALMASSO Lisa
Technicien d'enquête
tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

LAURON Stéphanie
Technicien d'enquête
tél. 04.96.10.28.79, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

ROUSSEL Jean-Stéphane
Technicien d'enquête
tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

VIALE Suzanne
Technicien d'enquête
tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

Administration

- Secrétariat
BONISTALLI Charlotte
Agent de bureau
tél : 04.96.10.28.95, Courriel : bonistalli@marseille.inserm.fr

CHAPPE Cécile
Agent d'accueil
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : accueil.ors@wanadoo.fr

DESPRETZ Régine
Secrétaire
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : despretz@marseille.inserm.fr

GORINE Zohra
Secrétaire d'Etudes
tél : 04.91.59.89.14, Courriel : etude@marseille.inserm.fr

VALERY Marie-José
Secrétaire de Direction
tél : 04.91.59.89.19, Courriel : mjvalery@marseille.inserm.fr

- Gestion/Comptabilité
ADAM Marie-Odile
Aide-comptable
tél : 04.91.59.89.15
GIOVANNINI Carole
Attachée Administrative
tél : 04.91.59.89.03, Courriel : giovanni@marseille.inserm.fr
KISSIKIAN Marie-Pierre
Comptable
tél : 04.91.59.89.15, Courriel : kissikian@marseille.inserm.fr

- Infographie
VOTO Christine
Infographiste
tél : 04.91.59.89.25, Courriel : voto@marseille.inserm.fr

- Informatique-réseau, logistique et gestion bases de données
MAYER Laurent
Chargé de suivi technique
tél : 04.91.59.89.28, Courriel : mayer@marseille.inserm.fr
KURKDJI Patrick
Chargé de suivi technique ORS PACA
Tél : 04.96.10.28.79, Courriel : kurkdji@marseille.inserm.fr
ZOVIGHIAN Eric
Gestionnaire de base de données, Assistant d'étude ORS
tél : 04.91.59.89.09, Courriel : zovighian@marseille.inserm.fr





PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 0 6 - 2 0 0 7