

# RAPPORT D'ACTIVITE 2012-2013



# RAPPORT

## D'ACTIVITE

### 2012 - 2013

Créé au début des années 1980 dans le cadre de la décentralisation, l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, dirigé par le Docteur Yolande OBADIA et présidé par Monsieur Michel VAUZELLE, Président de la Région 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.

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.

## 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 l'UMR912 SESSTIM (INSERM - IRD - Aix-Marseille Université), l'ORS regroupe des chargés d'études, des chercheurs de l'INSERM, de l'IRD ou du CNRS, des enseignants-chercheurs, des doctorants, soit au total une équipe de 80 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 sur la santé régionale : **www.sirsepaca.org**. Cet outil permet de créer des portraits de territoires à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. Ces portraits permettent, à l'aide d'un set d'une centaine d'indicateurs démographiques, économiques et sociaux, d'appréhender les grands enjeux du territoire. Ils ont notamment servi à la réalisation des diagnostics de territoire dans le cadre du dispositif "Maison régionale de la santé" lancé en 2011 par la Région.

L'ORS a également mis en place un Système d'information en santé, travail et environnement (**www.sistepaca.org**) qui a pour objectifs d'informer les médecins praticiens sur les maladies professionnelles (repérage, déclaration), sur le maintien dans l'emploi de leurs patients, et de favoriser les échanges avec les médecins du travail : organisation de réunions médicales pluridisciplinaires santé-travail et mise à disposition d'outils d'aide.

## 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 de nombreux congrès nationaux et internationaux et produit des expertises pour les acteurs régionaux et nationaux en matière de soins et de prévention.

## 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 pratiques médicales en médecine générale de ville
- la dépendance et les problématiques liées au vieillissement
- les problèmes de santé liés aux conditions de travail ou à l'environnement
- la santé des jeunes (enfants de maternelles, étudiants...)
- les cancers et leurs répercussions à long terme
- les problèmes de santé mentale
- les maladies transmissibles (VIH, hépatites virales) 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

## 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", site spécifique dédié aux maladies professionnelles : [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org).

L'ORS contribue également à la formation d'étudiants en masters, 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.

# RAPPORT D'ACTIVITE 2012 - 2013

Activité 2012 - 2013

## Indicateurs sanitaires et synthèses sur la santé observée en région

1. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org))  
Sigle : SIRSE 1
2. Actualisation des indicateurs socio sanitaires départementaux  
Sigle : INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES 2
3. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org))  
Sigle : SIRSE CORSE 3
4. Bilan de santé Marseille 2012 : réduction des inégalités de santé  
Sigle : BILAN SANTE MARSEILLE 4
5. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé  
Sigle : MRS 5
6. Observatoire transalpin de promotion de la santé (OPSA : [www.opsa.eu](http://www.opsa.eu))  
Sigle : ALCOTRA 6
7. Analyse des parcours de soins des enfants prématurés  
Sigle : PREMATURES - PARCOURS DE SOINS 7

## Offre et demande de soins

1. Panel national et interregional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale  
Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERREGIONAL 9
2. Etude de faisabilité d'un panel jeunes médecins  
Sigle : PANEL JEUNES MEDECINS 10
3. Efficience du suivi des diabétiques en médecine de ville  
Sigle : DIABETE - PARCOURS DE SOINS 11
4. Malades d'Alzheimer et Aidants Informels : Situations Economiques et Sociales  
Sigle : MALAISES 12
5. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des seniors dépendants. Etude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I  
Sigle : DSD 13
6. Coûts économiques et sociaux de l'aide informelle dans la maladie d'Alzheimer  
Sigle : CICAD 14
7. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie (QUALIMEC)  
Sigle : QUALIMEC 15
8. Etudes de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc  
Sigle : ACCES MAROC 16
9. Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays africains et du Moyen-Orient : Problèmes de mesure et d'interprétation  
Sigle : INEGSANTE - ANR 17
10. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong  
Sigle : SOREMA - ANR 18

## Environnement, travail, habitudes de vie, prévention - dépistage précoce

1. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org))  
Sigle : SISTEPACA 19
- 1bis. Référencement des organismes et institutions sur le champ de la santé au travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Sigle : REFERENCEMENT SANTE TRAVAIL PACA 20
2. Etude qualitative sur le maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI 21
3. Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une tumeur cancéreuse ou du VIH  
Sigle : VITAVI - ANR 22

4. Cycles de formation de médecins de soins à la prise en charge médico-sociale de cancers professionnels Sigle : FORMATION MG CANCER	23
5. Etude de faisabilité d'un tableau de bord sur les risques psychosociaux au travail dans le Var Sigle : TB RISQUES PSYCHOSOCIAUX VAR	24
6. Enquête qualitative interrégionale sur les représentations du dopage chez les sportifs et les personnes de leur entourage Sigle : ENQUETE DOPAGE	25
7. Impact sur la population des communications sur les risques multiples Sigle : CORIMU	26
8. Analyse compréhensive du tabagisme : analyses secondaires Sigle : ACTAS	27

## Santé mentale

1. Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail Sigle : TS ET TRAVAIL	29
2. Disparités spatiales du recours aux médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau Sigle : DISPARITES SPATIALES RECOURS PSYCHOTROPES	30
3. Lien entre santé mentale et qualité de l'environnement en résidence, une approche spatiale à une échelle géographique fine Sigle : SAMEQUALE	31
4. Enquête sur la prise en charge de la dépression dans le cadre d'un panel national de médecins généralistes Sigle : PANEL MG NATIONAL - VAGUE DEPRESSION	32
5. Etude quantitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux Sigle : DEMEGEN	33

## Cancer

1. Enquête nationale sur la qualité et les conditions de vie auprès de 6000 personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic Sigle : ALD2010 - CDV2011	35
2. 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 Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 40)	36
3. Etude Longitudinale sur l'Impact Psychosocial des Pathologies du SEin chez les femmes de 65 à 80 ans dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et le Var Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 65)	37
4. Impact du traitement du cancer du sein et du suivi médico-psycho-social sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées Sigle : ELIPPE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES	38
5. Prévalence des syndromes douloureux chez les survivants de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPE et de l'enquête nationale CDV2011 Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPE/CDV	39
6. Continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES	40
7. Points de vue croisés sur les critères d'efficacité à retenir lors de la procédure d'autorisation de mise sur le marché dans le contexte du cancer métastatique Sigle : CRIT-EFF	41
8. Risques compétitifs et cancer : tests d'adéquation et estimations sans biais des effets lorsque le modèle de régression est mal spécifié Sigle : RISQUES COMPETITIFS ET CANCER	42
9. Défis dans l'estimation de la survie nette Sigle : CENSUR	43

## Conduites addictives

1. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC Sigle : METHAVILLE	45
2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection Sigle : AERLI	46
3. Evaluation de l'efficacité d'un psychostimulant pour la prise en charge de la dépendance à la cocaïne en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du Virus de l'Hépatite C : Phase pilote sur l'étude des bénéfices/risques du méthylphénidat Sigle : STIMAGO	47
4. Réseau européen de recherche sur les drogues illicites (European Research Area Network on Illicit Drugs) Sigle : ERANID	48
5. Etude socio-économique des jeux de hasard et d'argent Sigle : ETUDE SOCIO-ECO JEUX	49

## Maladies transmissibles – Infection à VIH

1. Enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA 2010)  
Sigle : VESPA2010 51
2. Dépistage rapide auprès des gays  
Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS 52
3. Traitement antirétroviral "à la demande" en prophylaxie pré exposition de l'infection par le VIH chez les homosexuels masculins en France et au Québec  
Sigle : IPERGAY 53
4. Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients "HIV controllers" en France  
Sigle : HIC 54
5. Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote ANRS CO-8)  
Sigle : COPILOTE 55
6. Etude qualitative dans le cadre de l'essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités et ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500 par mm<sup>3</sup>  
Sigle : TIPI-QUALI 56
7. Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé.  
Sigle : DREAM 57
8. Evaluation du risque résiduel de transmission du VIH chez des HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable (Etude ANRS EP 49 "EVARIST")  
Sigle : EVARIST 58

## Maladies transmissibles – Co-infection VIH-VHC

1. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH)  
Sigle : HEPA VIH 59
2. Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs au cours du suivi dans la cohorte ANRS CO13 HEPAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : étude HEPAVIH-Psy  
Sigle : HEPAVIH-PSY 60
3. Développement international d'un questionnaire de qualité de vie (QdV) spécifique du VHC  
Sigle : QDV VHC 61
4. 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 62

## Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du Sud

1. Analyse des évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral face aux enjeux actuels de la prise en charge du VIH et des principales co-infections  
Sigle : EVOLCAM 63
2. Les associations de lutte contre le sida au Cameroun. Nouvelles implications sociales, militantes et médicales  
Sigle : ASSO LUTTE SIDA CAMEROUN 64
3. Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique (ANRS 12231) : projet associé à l'essai clinique Anrs-12169-2lady (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal)  
Sigle : 2LADY 65
4. Evaluation Nationale de l'efficacité des traitements ARV de 2nd ligne associant une anti-protéase au Cambodge  
Sigle : CAMBODGE EVAL 2ND LIGNE 66
5. Un essai randomisé en cluster comparant l'impact d'une mise sous traitement ARV immédiate versus selon les recommandations de l'OMS sur l'incidence du VIH. L'essai ANRS 12129 TASP (traitement par la prévention) dans le sous-district de Hlabisa, Kwazulu-Natal  
Sigle : TASP 67
6. Accès aux soins maternels/infantiles et suivi des femmes infectées par le VIH/Sida au Burkina Faso. Une initiative multidisciplinaire pour contribuer à la réduction de la transmission mère/enfant (TME)  
Sigle : PTME Burkina 68
7. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil  
Sigle : MEDICAMENTS GENERIQUES 69
8. Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives.  
Sigle : GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE 70
9. Echange global de données pour l'information à propos de l'intelligence du marché  
Sigle : UNITAID 71

## Maladies transmissibles – Autres

1. CHANGements environnementaux, Circulation de biens et de personnes : de l'invasion de réservoirs à l'apparition d'anthropozoonoses. Le cas du RAT noir dans l'espace sénégal-malien  
Sigle : CHANCIRA - ANR 73

<b>Partenariat scientifique</b>	75
<b>Activité de communication scientifique</b>	87
<b>Activité d'enseignement et de formation</b>	89
<b>Activité administrative et technique</b>	93
<b>Publications 2012-2013</b>	103



# 1. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org))

Sigle : SIRSE

Période : depuis 2006

### Problématique

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en œuvre des politiques de santé régionales (loi 2009, loi HPST). Dans ce contexte, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infra-régionale présente un intérêt majeur, tant pour la définition des priorités d'action que pour le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre.

L'Observatoire Régional de la Santé a souhaité développer un outil mettant à disposition de telles informations sur plusieurs territoires sous une forme interactive.

### Objectifs

SIRSéPACA est un système d'information dont l'objectif 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 (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, comportements, offre de prise en charge, environnement...). Sa spécificité est de fournir ces informations à l'échelle de différents échelons territoriaux (communes, cantons regroupés, zones d'emploi, départements...).

Il vise d'une part à faciliter l'accès à des indicateurs socio-sanitaires territorialisés sous forme de cartes interactives et de tableaux ; il fournit des informations sur ces indicateurs et les sources des données (définitions, limites et précautions à prendre pour l'interprétation des résultats). Il permet d'autre part de consulter les études, tableaux de bord et diagnostics socio-sanitaires réalisés par l'ORS Paca dans différents territoires de la région.

SIRSéPACA est un outil au service des multiples acteurs régionaux et locaux de la santé publique et de la planification des actions de prévention et de l'offre de prise en charge. Il vise en particulier à les aider dans la réalisation de diagnostics territoriaux de santé, la définition des actions et territoires prioritaires et l'évaluation des politiques mises en œuvre.

### Méthodologie

Les indicateurs du SIRSéPACA sont définis en fonction des priorités régionales et des indicateurs recommandés en annexe à la Loi relative à la santé publique de 2004. Ils concernent l'état de santé général, une cinquantaine de pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.), certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation et accidents de la vie courante, etc.), l'offre et la consommation de soins, les caractéristiques démographiques et socio-économiques.

SIRSéPACA est accessible depuis octobre 2006 sur le site Internet [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org). Il est mis à jour et enrichi de façon continue. En 2010, il a servi d'outil de référence pour l'élaboration du document préparatoire du Projet Régional de Santé sur les états de santé et inégalités en région Paca.

En 2012, il a également servi d'outil de référence dans l'accompagnement méthodologique des porteurs de projets des Maisons régionales de santé. Grâce à SIRSéPACA, un set d'indicateurs socio-sanitaires à l'échelle des territoires d'étude a pu être proposé à chaque porteur de projets.

En 2013, une nouvelle version de SIRSéPACA sera disponible ; elle permettra aux utilisateurs de réaliser des graphiques d'évolution et de créer des portraits de territoires (qui correspondent à des photographies d'un territoire) à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur.

L'ORS Paca organise des journées de formation offrant, à travers des exemples concrets, une découverte approfondie de l'outil SIRSéPACA. Destinées à un large public, ces formations permettent aux participants de devenir autonomes dans la recherche de données, l'export de cartes et de tableaux.

### Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Projet.

### Partenaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) – SCORE Santé ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

## 2. Actualisation des indicateurs socio sanitaires départementaux

Sigle : INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES

Période : 2013

### Problématique

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en oeuvre des politiques de santé régionales. Dans ce contexte, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infra-régionale présente un intérêt majeur, tant pour la définition des priorités d'action que pour le suivi et l'évaluation des actions mises en oeuvre.

En octobre 2010, l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) a défini des nouveaux territoires de santé dans notre région. Leurs limites correspondent à celles des six départements de la région. Chacun de ces territoires constitue le territoire de référence d'animation et de concertation des politiques de santé.

L'ARS Paca, dans le cadre de la mise en place des programmes territoriaux de santé (déclinaison du Projet régional de santé au niveau départemental), souhaitait disposer de portraits de territoire sous la forme d'une sélection d'indicateurs socio-sanitaires actualisés sur ces territoires de santé.

### Objectifs

L'objectif de ces portraits de territoire départementaux est de mettre à disposition de l'ARS des informations synthétiques récentes sur l'état de santé de la population régionale et sur certains de ses déterminants (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, offre de prise en charge, environnement...) au niveau des territoires de santé.

### Méthodologie

Les indicateurs des précédents portraits de territoire ont été actualisés avec les données les plus récentes disponibles et ont été complétés par des indicateurs d'évolution démographique, des données de projection, des indicateurs sur le logement, des données sur le suivi médical du diabète traité et des indicateurs de précarité.

Ces documents se présentent sous la forme de tableaux, de graphiques et de cartes présentant des indicateurs issus du Système d'Information Régional en Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org)).

Ces indicateurs, issus d'une multitude de sources, sont organisés selon 5 thématiques principales :

- 1- Contexte sociodémographique
- 2- Recours aux soins et prévention
- 3- Offre de soins
- 4- Etats de santé et comportements - Mortalité
- 5- Etats de santé et comportements - Morbidité

### Résultats

Les portraits de territoire produits pour chacun des départements de la région ont été remis à l'ARS Paca.

Ces documents ont également été mis à disposition du public sur le site internet du SIRSéPACA dans la rubrique "Documentation par territoire" regroupant les publications et tableaux de bord disponibles à ce niveau géographique.

### Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

### Partenaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (Fnors) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CnamTS).

### 3. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org))

Sigle : SIRSE CORSE

Période : 2011-2013

#### Problématique

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en œuvre des politiques de santé régionales (Plans régionaux de santé publique puis loi « Hôpital, patients, santé, territoires », mise en place des contrats locaux de santé). Dans ce contexte, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infrarégionale présente un intérêt majeur, tant pour la définition des priorités d'action que pour le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre. Un outil de cartographie interactive a ainsi été développé pour mettre à disposition ce type d'informations à l'échelle de divers territoires de la région Corse.

#### Objectifs

Le SIRSéCorse est une extension à la région Corse du SIRSéPACA, Système d'Information Régional en Santé, disponible sur Internet depuis 2006.

Le SIRSéCorse a été mis en place dans le cadre d'une convention tripartite entre l'ARS Corse, l'ORS Corse et l'ORS Paca. Son objectif principal est de mettre à disposition de tous (décideurs, professionnels de santé, experts, acteurs de terrain...), sur Internet, des informations sur l'état de santé de la population régionale et sur certains de ses déterminants (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, comportements...). Sa spécificité est de fournir ces informations à l'échelle de différents échelons territoriaux (communes, cantons regroupés, zones de recours, bassins de vie, bassins de vie unifiés, zones d'emploi, espaces de concertation, départements et région).

SIRSéCorse vise notamment à faciliter l'accès à des indicateurs socio-sanitaires territorialisés sous forme de cartes interactives et de tableaux, à faciliter la réalisation de diagnostics territoriaux sanitaires et à fournir des éléments d'aide à la décision et d'évaluation aux acteurs régionaux et locaux de la santé publique et de la planification de l'offre de prise en charge notamment pour aider à la réalisation, au suivi et à l'évaluation des Schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.

#### Méthodologie

Les indicateurs du SIRSéCorse se basent sur l'expérience du SIRSéPACA, mis en place depuis 2006. Les indicateurs sont définis en fonction des priorités régionales et des indicateurs recommandés en annexe à la Loi relative à la politique de santé publique de 2004. Ils concernent l'état de santé général, les principales pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires...), certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation...), l'offre et le recours aux soins, les caractéristiques démographiques et socio-économiques.

SIRSéCorse est accessible depuis juillet 2011 sur le site Internet [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org). Il est mis à jour et enrichi de façon continue. En 2012, de nouveaux indicateurs ont été mis en ligne sur l'outil sur les hospitalisations en soins de courte durée, sur les affections de longue durée et sur l'offre de soins libérale. D'autres indicateurs ont été mis à jour notamment les indicateurs sur la mortalité et les indicateurs socio-démographiques.

En 2013, une nouvelle version de SIRSéCorse sera disponible ; elle permettra aux utilisateurs de réaliser des graphiques d'évolution et de créer des portraits de territoires (qui correspondent à des photographies d'un territoire) à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur.

#### Commanditaires

Agence Régionale de Santé de Corse (ARS de Corse).

#### Partenaires

Observatoire Régional de la Santé de Corse (ORS de Corse) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

### 4. Bilan de santé Marseille 2012 : réduction des inégalités de santé

Sigle : BILAN SANTE MARSEILLE

Période : 2012

#### Problématique

En 2004, la Ville de Marseille avait souhaité dresser un premier état des lieux sur la santé des habitants de son territoire. Ce "Bilan de santé Marseille 2004", confié à l'ORS, avait permis de comparer la situation sanitaire de la commune aux moyennes régionales et nationales ainsi qu'à celle de neuf autres grandes villes françaises. Pour un certain nombre de thématiques, il avait également montré l'existence de fortes disparités sociales et d'état de santé entre arrondissements.

Dans le contexte de la préparation d'un second Contrat Local de Santé, la Ville de Marseille a souhaité disposer d'un état des lieux sur la santé des Marseillais et d'un diagnostic plus approfondi sur les inégalités de santé au sein de son territoire.

#### Objectifs

Réactualisation du premier bilan effectué en 2004. Ce nouvel état des lieux vise à fournir des pistes de travail et des préconisations à la Ville de Marseille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé au sein de la commune.

#### Méthodologie

Pour répondre à cet objectif, l'ORS a mis en place un programme de travail comportant quatre axes :

- la collecte de données quantitatives et leur analyse afin de disposer d'indicateurs socio-sanitaires et environnementaux à différents échelons géographiques de la commune et de comparer leur évolution au cours des années 2000 ; l'ORS a construit un outil cartographique interactif "Marseille Observation Santé" qui permettra aux acteurs travaillant sur le territoire communal de consulter ces indicateurs aux niveaux des arrondissements, des quartiers, des secteurs opérationnels CUCS, ZUS et des îlots regroupés pour l'information statistique (Iris) ;
- une analyse documentaire et scientifique, notamment sur les causes des inégalités de santé et les pistes d'intervention pour les réduire ;
- la réalisation d'entretiens individuels avec les membres de la Direction de la santé publique et des personnes handicapées de la ville de Marseille et de trois entretiens collectifs avec une vingtaine d'acteurs de terrain afin de compléter l'analyse quantitative et d'identifier les problématiques à leurs yeux prioritaires ;
- une analyse croisée des indicateurs, perceptions des acteurs et données scientifiques afin de proposer des thèmes majeurs d'intervention, de fournir des critères pour les prioriser et d'identifier les différents mécanismes individuels et plus macroscopiques qui devraient être ciblés par des programmes d'intervention afin de réduire les inégalités de santé sur le territoire Marseillais.

#### Résultats

Si l'espérance de vie de toutes les catégories sociales augmente, la progression est plus rapide pour les plus favorisés. Quel que soit l'indicateur de santé utilisé, l'état de santé s'améliore toujours avec le statut social. Ces inégalités sociales s'inscrivent dès l'enfance, et se renforcent au fil des histoires de vie. Il a été montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cependant, cette situation défavorable peut être partiellement compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents. Le secteur prioritaire d'intervention pour la Commission des déterminants sociaux est celui de la petite enfance pour instaurer "l'équité dès le départ". Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause, il est possible de les réduire. Cela implique de mobiliser différentes politiques publiques qui n'ont pas pour finalité principale la santé mais qui ont des effets sur elle. Il faudrait vérifier avec la Ville de Marseille si ce secteur d'intervention pourrait être investi en priorité.

#### Commanditaires

Ville de Marseille

#### Partenaires

- Groupe de suivi technique composé de : agAM, ARS Paca, ASV santé mentale et Marseille centre, Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS), Direction régionale du service médical de l'assurance maladie (DRSM) Paca-Corse, Ville de Marseille - Direction de la santé publique et des personnes handicapées et Groupement d'Intérêt Public pour la gestion de la politique de la Ville (référent santé 13/14).

- Comité de pilotage composé de : élus, Académie d'Aix-Marseille, ARS Paca, Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Conseil Régional Paca, Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS), Conseil Général des Bouches-du-Rhône, Direction régionale du service médical de l'assurance maladie (DRSM), Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, MPM, Ville de Marseille - Direction de la santé publique et des personnes handicapées, Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

# 5. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé

Sigle : MRS

Période : 2011-2013

### Problématique

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur développe depuis 2011 un dispositif expérimental de Maisons Régionales de la Santé (MRS), implantées en priorité dans les territoires de la région où l'offre de soins est insuffisante et/ou l'accès aux soins et à la prévention est problématique. Ce dispositif, complémentaire au dispositif des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles porté par l'Etat, vise notamment à : 1) consolider et développer une offre de soins de proximité de qualité, 2) garantir une égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens de la région, 3) assurer une coopération entre les professionnels de l'offre de soins, et entre ces professionnels et l'ensemble du système de santé autour de l'hôpital public et 4) renforcer les dispositifs et actions de prévention. Le principe directeur du dispositif des MRS est de développer une réponse adaptée aux besoins locaux, tenant compte des caractéristiques et des spécificités du territoire.

Le développement de chaque projet repose sur la réalisation d'un diagnostic local, qui permet de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité d'une MRS sur le territoire, d'identifier les priorités d'actions.

### Objectifs

Dans le cadre du dispositif de Maisons Régionales de Santé, l'ORS constitue un centre ressource mis à la disposition des porteurs de projet, avec le CRES. Il aide la Région dans l'identification des zones prioritaires pour l'implantation d'une MRS et accompagne les porteurs de projets dans la réalisation du diagnostic de territoire et la priorisation des axes d'intervention.

### Méthodologie

L'accompagnement méthodologique proposé par l'ORS est adapté à chaque projet (contexte, avancée et contenu de la démarche, ressources et contraintes...) et il tient compte des attentes et des compétences des porteurs de projet. Le développement d'une MRS se déroule en plusieurs phases dont le diagnostic de territoire et la définition des axes prioritaires d'intervention. Le diagnostic de territoire intègre à la fois des éléments objectifs (indicateurs statistiques), documentaires (rapports, articles), subjectifs (ressenti des professionnels de santé) et la connaissance des activités de prévention et des structures qui les réalisent. L'ORS produit un portrait de territoire à l'aide d'un set de 90 indicateurs statistiques (sociodémographie, mortalité, morbidité, recours et offre de soins) extraits de l'outil SIRSéPACA à l'échelle du territoire d'étude mais aussi du département et de la région servant de base de comparaison. L'analyse croisée des indicateurs, des perceptions et des données documentaires permet d'identifier des axes d'intervention sur la base de critères d'aide à la priorisation.

L'ORS participe également à l'élaboration du projet de santé et au suivi des différents projets.

### Résultats

En 2012, l'ORS a accompagné 5 nouveaux projets : 2 dans les Bouches-du-Rhône (Marseille Nord, Istres), 1 dans le Var (Carcès), 2 dans les Alpes-Maritimes (Grasse, Valbonne).

Différentes tâches ont été réalisées : production du set d'indicateurs statistiques (Istres, Carcès, Valbonne) ; réalisation d'un diagnostic territorial à l'échelle communale (Carcès) ou infra-communale (Marseille) ; aide à l'identification des lieux possibles d'implantation de la MRS (Marseille Nord) ; accompagnement de collectivités ou professionnels de santé (Grasse, Istres, Valbonne) dans la réalisation du diagnostic territorial ; aide à la priorisation des axes d'intervention (Marseille Nord, Istres) ; participation à la réflexion autour des actions à entreprendre (Marseille Nord, Istres).

Une réflexion importante a été menée avec le CRES sur la méthodologie à adopter dans le cadre du dispositif MRS et a donné lieu à l'écriture d'un guide destiné aux porteurs de projet. Ce guide a pour objectif de répondre aux questions qu'ils peuvent se poser sur la démarche (en quoi ça consiste, comment on procède, qui peut m'aider, etc.).

L'année 2013 sera consacrée à la poursuite de l'accompagnement des projets Marseille Nord, Istres et Valbonne, au suivi des projets de Miramas, Grasse, Carcès et à l'appui de la Région dans la réflexion de l'implantation de nouvelles MRS (réalisation de diagnostics préliminaires, portraits départementaux).

Un séminaire sur le dispositif MRS a été organisé en février 2013, en présence d'acteurs institutionnels, élus, professionnels de santé et chercheurs. L'ORS, en collaboration avec le CRES, a présenté le guide destiné aux porteurs de projets et a participé aux échanges et débats sur la prévention, les innovations,...

### Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Partenaires

Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES Paca) ; Agence Régionale de Santé (ARS Paca) ; Observatoire Régional des Urgences (ORU Paca).

### 6. Observatoire transalpin de promotion de la santé (OPSA : [www.opsa.eu](http://www.opsa.eu))

Sigle : ALCOTRA

Période : 2009-2012

#### **Problématique**

Un Observatoire transalpin pour la Promotion de la Santé (OPSA) a été créé dans le cadre de la quatrième génération de programmes européens de coopération transfrontalière le long de la frontière continentale entre la France et l'Italie (programme Alcotra 2007-2013). Ce projet OPSA est né dans le but d'un partage de connaissances entre les acteurs locaux et les populations des régions italiennes (Ligurie et Piémont) et françaises (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

#### **Objectifs**

Ce projet a pour objectif général de favoriser le partage de connaissances entre les acteurs locaux et parmi les populations des régions italo-françaises concernées par le projet, par la mise en place d'une plateforme transfrontalière d'informations et d'échanges dans le domaine de la santé publique (observation sanitaire, planification et promotion de la santé). Une telle plateforme d'informations devrait permettre aux acteurs locaux d'orienter leurs choix politiques dans les domaines liés à la santé publique et de mettre en place des plans et actions, notamment au niveau local, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

#### **Méthodologie**

Le projet OPSA est divisé en 7 activités réalisées entre le 4 août 2009 et le 4 février 2012. Les objectifs généraux des activités sont les suivants : analyse du contexte de référence et des politiques locales de promotion de la santé, analyse des besoins d'information des utilisateurs, analyse de l'état de l'art au niveau européen, analyse et conception technico-fonctionnelle des solutions à mettre en œuvre, développement de la plate forme commune d'information, programmes de formation et d'échanges destinés aux acteurs et décideurs locaux et communication et promotion de la plateforme, de ses activités et de ses résultats.

#### **Résultats**

Le projet s'est achevé en avril 2012. Un séminaire de présentation du site OPSA a été réalisé le 13 mars 2012 à Nice. Ce séminaire a été l'occasion de faire une démonstration de la plateforme qui propose un accès à des indicateurs socio-sanitaires à l'aide de cartes interactives disponibles pour les 4 régions, un accès à des répertoires d'acteurs et d'actions, des ressources documentaires ainsi qu'un parcours de formation. La plateforme OPSA propose également une présentation des systèmes de santé français et italien, des portraits des territoires concernés et un glossaire des termes de santé publique en trois langues (français, italien, anglais). Ce travail a initié un partenariat franco-italien sur un accompagnement des acteurs locaux en promotion de la santé, en mettant à disposition un outil commun de formation et de connaissances. L'évolution de la plateforme dépendra de son appropriation par les acteurs et des moyens disponibles pour sa mise à jour et son développement.

#### **Commanditaires**

Union Européenne dans le cadre du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Préfecture de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Fonds National pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (FNADT).

#### **Partenaires**

Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Agence Régionale de Santé Paca ; Espace Régional de Santé Publique Rhône-Alpes ; Région Piemonte ; CSI (Consortium pour le Système d'Information) Piemonte ; DoRS (Documentazione per la Promozione della Salute) Piemonte ; CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria) Piemonte ; ASL1 (Azienda Sanitaria Local) Imperiese ; Région Ligurie ; Société 1 égal 2.

### 7. Analyse des parcours de soins des enfants prématurés

Sigle : PREMATURES - PARCOURS DE SOINS

Période : 2013

#### **Problématique**

Pendant la période néonatale, les grands prématurés (âge gestationnel inférieur à 33 semaines) sont pris en charge dans des services très spécialisés. Les mois qui suivent l'hospitalisation représentent une période où les besoins en services médicosociaux sont très élevés chez les grands prématurés ainsi que chez les prématurés modérés. Ceci montre combien il est essentiel d'organiser la sortie de l'enfant à l'issue de l'hospitalisation néonatale pour que la prise en charge des maladies et la surveillance du développement soient faites dans les meilleures conditions pour l'enfant et sa famille.

A notre connaissance, la prise en charge des enfants prématurés est peu documentée. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le réseau "Naitre et Devenir" possède une base de données sur les parcours des enfants nés prématurément dans la région Paca Ouest. Cette base contient des données médico-sociales et économiques et elle est enrichie depuis 6 ans de façon quasi exhaustive par les services du réseau.

#### **Objectifs**

Les objectifs de cette étude sont de définir un protocole d'analyse de la base de données sur les parcours des enfants nés prématurément de la région Paca Ouest et d'appliquer ce protocole aux variables disponibles dans la base de données du réseau "Naitre et Devenir".

#### **Méthodologie**

Le protocole d'analyse sera élaboré après avoir fait un point sur le contenu de la base de données. Une analyse des variables présentes dans la base de données doit être réalisée.

#### **Commanditaires**

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).





# 1. Panel national et interregional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERREGIONAL

Période : 2010-2012

### Problématique

En quelques années, la question de la démographie médicale, de l'attractivité de la médecine générale et des difficultés que rencontrent certaines communes pour assurer le remplacement de médecins généralistes qui cessent leur activité s'est immiscée au centre des préoccupations politiques. Les quinze années à venir vont être marquées par une baisse des effectifs et de la densité médicale, plus ou moins marquée selon les territoires et les spécialités médicales. Parallèlement, la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a installé, à compter du 1er avril 2010, les Agences régionales de santé (ARS) qui auront des missions étendues dans le domaine des soins de premier recours.

Dans ce contexte particulièrement évolutif, aussi bien sur le plan institutionnel qu'en matière de modalités d'exercice, l'existence d'un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale opérationnel et mobilisable rapidement constitue un atout de premier plan.

### Objectifs

A travers cinq vagues d'enquêtes menées de 2010 à 2012 (une vague par semestre), 1100 médecins généralistes libéraux nationaux, 1200 médecins issus de trois régions partenaires (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et 300 médecins enquêtés par internet seront interrogés. Le panel doit contribuer, dans la continuité des travaux déjà accomplis, à suivre certains indicateurs mais également à explorer de nouveaux champs de connaissance dans les domaines du soin les plus concernés par la baisse de la démographie médicale et par la redistribution des rôles entre professionnels de santé. Les enquêtes permettent de prendre en considération dans l'analyse des comportements ou des pratiques des médecins des facteurs explicatifs variés : comportement des médecins face à la grippe A/H1N1 ; économie du cabinet médical (secrétariat, organisation des locaux, conditions de travail, gestion du temps non médical...) ; diagnostic et prise en charge des problèmes de santé mentale ; prise en charge de la dépendance des personnes âgées ; délégation des tâches (personnels paramédicaux, autres professionnels de santé) ; modes de tarification (forfait, salarisation, paiement à la performance). Il est primordial de mieux connaître l'évolution de l'environnement professionnel des médecins généralistes et la manière dont les praticiens perçoivent ces changements.

### Méthodologie

Le panel doit permettre une description représentative des médecins exerçant en France métropolitaine dans leurs pratiques et leurs conditions d'exercice ainsi que rendre possibles des études régionales spécifiques des trois régions partenaires, présentant des caractéristiques différentes en termes de populations de médecins, de densités médicales, de démographies (taille de la population, urbanisation, vieillissement...) et de niveau et de structures de développement économiques. Trois échantillons seront donc constitués : un premier représentatif de la population de médecins généralistes libéraux au niveau national métropolitain, un second composé de trois sous-échantillons représentatifs au niveau de chacune des trois régions, et un troisième permettant l'expérimentation d'une enquête internet auprès des médecins.

### Résultats

En 2012, les dernières vagues du Panel (vague 4 : prise en charge de la personne âgée dépendante et vague 5 : alternatives à la rémunération à l'acte des médecins généralistes libéraux et usage des recommandations de pratique) ont été administrées. La vague 5, dont la collecte a été effectuée en décembre 2012, propose de mesurer les attentes des médecins vis-à-vis des nouvelles formes de rémunération de l'activité libérale (notamment les contrats d'amélioration des pratiques individuelles et, de façon générale, les formes de rémunération dérogeant au paiement à l'acte) et de la délégation médecin-infirmières. L'usage des recommandations de bonne pratique est également documenté, en lien avec le paiement à la performance, dans le cadre de quelques pathologies (asthme, par exemple). Les analyses statistiques sont en cours.

### Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville / Ministère de la Santé et des Sports.

### Partenaires

Unions Régionales des Médecins Libéraux et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie des régions Bourgogne et Pays de la Loire ; ORS des régions Bourgogne et Pays de la Loire.

## 2. Etude de faisabilité d'un panel jeunes médecins

Sigle : PANEL JEUNES MEDECINS

Période : 2011-2012

### Problématique

L'objectif général de cette recherche, soutenue par la chaire Management de la Santé de la Fondation de l'Université, est d'améliorer l'observation et la connaissance du comportement des "jeunes" médecins généralistes de ville. On sait peu de chose sur la période intercalaire entre la fin des études médicales et le moment où le médecin est installé en cabinet en plein exercice. Les jeunes médecins -"remplaçants", pour beaucoup- sont pourtant une population particulièrement intéressante à étudier, notamment par contraste avec les médecins installés de longue date. Une question centrale sera de connaître les différences éventuelles de pratique de prise en charge (prescription...).

### Objectifs

Cette étude de faisabilité (effectuée en 2012, d'abord pour la région Provence-Alpes Côte d'Azur) permettra de prendre date, en constituant une cohorte qui servira les analyses ultérieures (au-delà de 2014, date à laquelle l'échantillon sera complètement recruté). L'extension de ce panel initial à d'autres régions pourra également être étudiée.

### Méthodologie

Questionnaire (auto-questionnaire papier et relance téléphonique), à partir du fichier des étudiants des Départements Universitaires de Médecine Générale des Facultés d'Aix-Marseille et de Nice. L'échantillon à recruter serait de taille conséquente : 160 à Marseille, 100 à Nice, sur plusieurs années (trois années), pour atteindre le chiffre de 750 médecins suivis. Les médecins seront interrogés tous les ans.

La cohorte devrait permettre d'étudier : les déterminants des choix d'installation et/ou de remplacement ; les choix d'organisation du cabinet ; les questions de l'offre de travail du jeune médecin (durées et formes) ; ou la question du rapport du médecin à la santé publique et aux institutions... Bien entendu, ces différentes dimensions seront analysées, autant que possible, en lien avec leurs conséquences sur les pratiques et la qualité de la prise en charge des populations.

### Résultats

Les travaux ont consisté en revue de littérature et groupes d'expert pour déterminer les thématiques d'enquête. La première enquête devrait porter sur le stage d'exercice, le projet d'installation et le ressenti des études. Un partenariat est en cours de construction avec les départements universitaires de médecine générale, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et l'UMR912 SESSTIM.

### Commanditaires

Fondation Université de la Méditerranée dans le cadre de l'Appel d'offres 2011 de la chaire Management de la santé.

### Partenaires

Département universitaire de médecine générale de Nice ; Département universitaire de médecine générale de Marseille ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Union nationale des professions de santé (UNPS) ; Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS).

### 3. Efficience du suivi des diabétiques en médecine de ville

Sigle : DIABETE - PARCOURS DE SOINS

Période : 2013

#### Problématique

Le diabète est une maladie chronique associée à une réduction de l'espérance de vie, une altération de la qualité de vie et des complications macro et micro-vasculaires (rétinopathie, néphropathie, risques cardio-vasculaires...). En France comme dans de nombreux pays étrangers, la prévalence du diabète ne cesse d'augmenter, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque tels que l'obésité et la sédentarité.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique pour le suivi médical du diabète, lesquelles ont servi de base à la définition de l'objectif n°54 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004. Les études Entred 2001 et 2007 de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont montré que le suivi médical du diabète en France était encore éloigné des recommandations pour certains actes, malgré une nette amélioration des pratiques ces dernières années. La qualité du suivi médical varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques du patient, de son état de santé et du nombre de recours aux médecins. Des études internationales ont par ailleurs souligné le rôle des caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins, mais, à notre connaissance, ceci n'a pas été étudié en France.

#### Objectifs

L'objectif de cette étude est de décrire la fréquence de réalisation des examens de suivi recommandés par la HAS lors de la prise en charge de patients diabétiques et de vérifier l'impact de différents facteurs liés aux médecins et aux patients sur la qualité du suivi. Il s'agira en particulier de vérifier si, indépendamment des autres facteurs liés aux patients et leur maladie (sa gravité en particulier), la spécialité du médecin, le volume de sa patientèle diabétique, son appartenance à un réseau diabète, mais aussi l'offre de soins dans sa zone d'exercice ont un impact sur le suivi de ses patients.

#### Méthodologie

Suivi d'une cohorte de bénéficiaires du régime stricto sensu de l'Assurance maladie de la région Paca traités pour un diabète de type 2 du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010. Un bénéficiaire sera considéré comme diabétique de type 2 traité s'il a bénéficié d'au moins 3 remboursements d'antidiabétiques oraux (ADO) sur une période de 12 mois (méthodologie similaire à celle de l'étude Entred). Pour chaque bénéficiaire, sont disponibles les variables suivantes : âge, sexe, couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) oui/non, Affection de longue durée (ALD) oui/non et, le cas échéant, n° de l'ALD), du détail des remboursements d'ADO, d'insuline et de certains actes (consultations...) et de certaines classes médicamenteuses (médicaments cardiovasculaires, antibiotiques...). Chaque bénéficiaire est rattaché au médecin à l'origine du plus grand nombre de remboursements d'ADO. Pour chaque médecin, les données disponibles incluent des caractéristiques personnelles (âge, sexe) et professionnelles (spécialité, volume d'activité, appartenance à un réseau diabète...). Chaque bénéficiaire est rattaché à son canton de résidence.

Le suivi médical du diabète est étudié à partir des indicateurs retenus dans la Loi de santé publique et un score global de prise en charge pourra également être construit.

Afin de vérifier l'impact des caractéristiques du médecin et de l'offre dans sa zone d'exercice sur le suivi médical du diabète, des analyses de régression multiniveaux seront mises en œuvre.

#### Résultats

Des résultats préliminaires indiquent que, après 12 mois de suivi, 3 dosages d'HbA1c -comme cela est recommandé par l'HAS- n'avaient été effectués que chez 38,5 % des patients. Le dosage de micro-albuminurie était le moins fréquemment réalisé (25,4 % des patients).

#### Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

#### Partenaires

Direction Régionale du Service Médical Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse (DRSM Paca-Corse), Réseau Diabaix, Réseau Marseille-Diabète

# 4. Malades d'ALzheimer et Aidants Informels : Situations Economiques et Sociales

Sigle : MALAISES

Période : 2012-2014

### Problématique

Bien que les évolutions démographiques et sociales observées ces dernières années aient modifié la composition et la disponibilité des familles, les aidants informels demeurent, en France comme dans d'autres pays, les acteurs majeurs de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et notamment des personnes porteuses de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. En dépit d'un discours public sur l'importance de leur engagement, l'évaluation et la reconnaissance économiques de cette aide restent toutefois balbutiantes, les aidants informels présentant l'apparent paradoxe d'être incontournables dans les faits et invisibles dans les comptes sociaux de la prise en charge du handicap et de la dépendance. Dans le même temps, les aidants informels : famille, proches, entourage et voisins ont tendance à fuir les regards intrusifs, vécus par eux comme stigmatisants, sur leur relation avec les personnes aidées, ce qui rend délicate la réalisation de tout travail de portraitisation, a fortiori à grande échelle, de la population d'aidants. Pourtant, les travaux effectués à ce jour sur les populations d'aidants semblent converger vers un constat partagé de vulnérabilité socioéconomique et sanitaire rendant indispensables des mesures d'aides aux aidants.

### Objectifs

Cette recherche entend contribuer à une meilleure connaissance des aidants informels de malades d'Alzheimer dans le cadre de vie du domicile ordinaire et à une meilleure reconnaissance de l'aide que ces derniers apportent et des difficultés qui lui sont liées : qui sont ces aidants ? quelle(s) aide(s) apportent-ils ? à quoi doivent-ils renoncer pour y parvenir ? quel est le retentissement de l'aide apportée sur leur vie sociale, familiale, économique ou professionnelle ?

### Méthodologie

Les enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM, Bouvier, 2011) et Handicap-Santé Aidants (HSA, DREES, 2010), réalisées en 2008 par l'INSEE et la DREES, donnent une opportunité rare, à grande échelle, d'obtenir de précieuses informations sur les personnes recevant de l'aide et leurs aidants. Dans l'enquête HSM, il a été ainsi possible d'identifier 732 personnes de tous âges atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, représentatives de la population de 369 000 personnes vivant en domicile ordinaire et porteuses de ces maladies. 679 individus ont déclaré recevoir l'aide d'au moins une personne pour la réalisation des activités de la vie courante (338 000 représentées). Pour 357 d'entre elles (représentant 230 000 individus), une information a été colligée auprès d'au moins un de leurs aidants dans le cadre de l'enquête HSA. Ces derniers forment un échantillon de 506 aidants représentant au total 532 000 aidants quotidiens de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. La nature des données disponibles présente l'opportunité rare de regards croisés sur la situation des aidants et des aidés. L'implication des aidants, leurs facilités ou difficultés à apporter de l'aide, peuvent d'une part s'évaluer à l'aune des besoins d'aide exprimés par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et d'autre part faire l'objet de comparaisons avec l'implication et les facilités/difficultés à aider d'aidants informels de personnes dont la perte d'autonomie est occasionnée par d'autres causes que la maladie d'Alzheimer. A cet effet, l'usage de méthodes statistiques et économétriques appropriées d'appariement (du type Propensity Score Matching – cf. Heckman et al, 2009) doit permettre, en contrôlant une large part de l'hétérogénéité observable, d'isoler l'effet propre de la maladie d'Alzheimer sur les spécificités des contraintes pesant sur les aidants.

### Résultats

La recherche a débuté en janvier 2013. En première approche, un jeu de statistiques descriptives sera produit, ouvrant sur des estimations robustes à l'échelle de la population nationale des aidants d'Alzheimer, du nombre d'aidants, du temps consacré par ces derniers aux personnes aidées, à la nature de l'aide apportée, aux répercussions ressenties sur la vie et la qualité de vie. Après cette première phase descriptive, des travaux à vocation explicative porteront sur deux ensembles de questions. En un premier temps, la nature de l'aide apportée par les aidants à leur proche (morale, financière, humaine) en fonction des besoins d'aide exprimés par la personne aidée et par les caractéristiques socio-familiales, démographiques et économiques de l'aidant sera investiguée à l'aide de modèles probit polychotomiques. En un second temps, pour les aidants en âge de participer à la population active, nous nous intéresserons dans le cadre de modèles économiques classiques d'arbitrage entre travail et loisir (comprendre : entre temps consacré au travail et aux autres activités que le travail) aux décisions professionnelles des aidants (modification des horaires, aménagement du temps de travail, réduction du nombre d'heures travaillées, arrêt d'activité).

### Commanditaires

Association France Alzheimer dans le cadre du 7ème appel à projet "Sciences Humaines et Sociales".

# 5. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des seniors dépendants. Etude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I

Sigle : DSD

Période : 2010-2012

### Problématique

Les besoins en soins bucco-dentaires des sujets âgés tendent à s'accroître et la situation est d'autant plus préoccupante que les répercussions de la santé orale sur la santé générale et la qualité de vie sont unanimement reconnues. Les études menées dans les pays étrangers démontrent que les besoins en soins sont d'autant plus élevés que les sujets vivent en institution, qu'ils présentent des limitations fonctionnelles ou des troubles cognitifs. Aucune étude n'a révélé à ce jour les besoins et déterminants de la santé bucco-dentaire des personnes âgées à l'échelle nationale. Au-delà de l'aspect descriptif pur, ce projet propose une exploration systématique de la santé bucco-dentaire des personnes âgées à partir d'analyses secondaires des enquêtes Handicap Santé Ménages 2008 et Handicap Santé Institutions 2009. Les analyses porteront particulièrement sur la relation entre le handicap/dépendance des personnes âgées, la façon dont celui-ci est pris en charge (en institution et à domicile) et les indicateurs de santé bucco-dentaire retenus.

### Objectifs

- Fournir les premières données représentatives à l'échelle de la France de santé bucco-dentaire des seniors, qu'ils vivent à domicile ou en institution.
- Déterminer si les personnes âgées en perte d'autonomie ont un risque accru de présenter un état de santé bucco-dentaire dégradé par rapport aux personnes âgées non dépendantes.
- Déterminer si les personnes âgées en perte d'autonomie ont un risque accru de présenter un moindre recours aux soins bucco-dentaires par rapport aux personnes âgées non dépendantes.
- Identifier les autres déterminants pouvant jouer sur le recours aux soins et l'état de santé buccodentaire des personnes âgées, afin de discuter des possibilités d'action de la politique de santé.

### Méthodologie

L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) s'intéresse à la santé et aux difficultés que rencontrent les personnes dans leur vie quotidienne. 28 500 individus ont été interrogés à leur domicile, sur leur état de santé, leur environnement socio-familial, leurs ressources socio-économiques.

L'enquête Handicap Santé Institution (HSI) a pour objectif de connaître l'état de santé et les caractéristiques des situations de handicap et de dépendance des personnes vivant en institution. 9107 sujets ont été interrogés dans les maisons de retraite, les structures d'accueil des personnes handicapées, les établissements psychiatriques.

Nous nous concentrerons sur les sujets de plus de 60 ans. Ainsi, l'échantillon sera composé de 9233 sujets pour la base HSM et 4168 pour la base HSI. Les mesures d'économétrie de données d'enquête seront complétées par des analyses en régression multi niveaux permettant de distinguer la variabilité existant au niveau individuel de la variabilité inter-groupe et donc d'apprécier :

- pour HSM (domicile), l'effet des variables dites « de contexte » : les caractéristiques de l'offre de services médicaux des lieux de résidence, notamment ;
- pour HSI, l'effet « vie en institution » (par rapport au domicile) et de certaines grandes caractéristiques des institutions (organisation, statut juridique, etc.).

La comparaison des données issues des deux types d'enquêtes pourrait se faire à l'aide d'une stratégie d'appariement du type propensity score matching qui permet de contrôler l'hétérogénéité observable au sein des deux populations d'individus.

### Résultats

La recherche est terminée. Deux publications examinent le recours aux soins bucco-dentaires des personnes âgées : Health Policy, 2011; 103:160-7, en relation avec la densité de chirurgiens-dentistes ; BEH, 2013, n° 7 (5 mars), pour une comparaison institution/domicile. D'autres articles aborderont les points suivants : handicaps et accès aux soins bucco-dentaires ; assurance complémentaire et recours aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées.

### Commanditaires

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et Mission Recherche (MiRe) / Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans le cadre de l'Appel à projets de recherche 2010 sur le handicap et la perte d'autonomie "Appel à projets de recherches portant sur l'exploitation secondaire des enquêtes publiques dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie".

### Partenaires

Laboratoire de Microbiologie Orale, Université de Nice Sophia Antipolis, UFR d'odontologie ; Pôle d'odontologie, Hôpital Saint Roch, Nice.

# 6. Coûts économiques et sociaux de l'aide informelle dans la maladie d'Alzheimer

Sigle : CICAD

Période : 2009-2012

### Problématique

Les évolutions sociodémographiques liées au vieillissement de la population posent la question de l'organisation de l'aide et des soins à apporter aux personnes en perte d'autonomie, au premier rang desquelles celles souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (MAMA). Pour l'essentiel de ces personnes, l'entourage demeure l'acteur majeur de la prise en charge. Pourtant, les modalités d'organisation entre aide formelle et informelle ne sont pas toujours bien définies et surtout, la considération, notamment économique, de la contribution des aidants informels est quasi-inexistante et sa reconnaissance par la collectivité largement embryonnaire.

### Objectifs

Cette recherche entend contribuer : 1) à repérer les facteurs cliniques et socioéconomiques associés à la composition de l'aide humaine reçue (formelle, informelle ou mixte) ; 2) à mieux cerner les aidants informels et les problèmes socio-sanitaires auxquels ils sont confrontés dans leur activité d'aidant ; 3) à évaluer l'importance économique de l'aide informelle, relativement à l'aide formelle, selon trois méthodes distinctes (biens proxy, coût d'opportunité, évaluation contingente).

### Méthodologie

Les enquêtes Handicap-Santé Ménages 2008 (HSM) et Handicap-Santé Aidants informels 2008 (HSA) ont été utilisées pour identifier la composition et la nature de l'aide reçue par les personnes ainsi que ses déterminants (complémentarité-substituabilité entre aide technique et aide humaine, entre aide formelle et informelle). Il a été fait appel aux approches socio-économiques pour expliquer les comportements des aidants vis-à-vis des coûts qu'ils sont amenés à supporter (coût d'une aide en nature vs coût d'une aide financière, arbitrage entre temps de travail et temps d'aide, négociations intrafamiliales, impact de l'APA).

Une valeur économique de l'aide informelle est également calculée et reliée notamment aux caractéristiques des aidants (sexe, milieu social, motivations) et des aidés (composition de la famille, statut socioéconomique, état de santé). Pour ce faire, trois méthodes successives, fondées sur des hypothèses de moins en moins restrictives sur le comportement des aidants et leur fonction d'utilité, ont été mises en œuvre : méthode des biens proxy, consistant à valoriser chaque heure d'aide fournie aux conditions du marché ; évaluation de l'aide fournie à hauteur du coût d'opportunité (coût auquel les aidants informels ont à faire face en délaissant leur activité pour se consacrer à l'aide de leur proche) ; méthodes de l'évaluation contingente pour estimer la valeur que les aidants accordent à l'aide qu'ils apportent.

Ces résultats devraient permettre aux politiques publiques de mieux évaluer, aussi bien d'un point de vue économique que social ou sanitaire, les efforts faits par les proches dans la prise en charge des personnes souffrant de la MA.

### Résultats

Les résultats font apparaître clairement des changements dans la vie des aidants informels, du fait de l'aide qu'ils consacrent à leur proche malade. Les aidants informels sont, dans notre étude, en majorité des enfants, ou des conjoints. D'après leurs dires, les relations avec leur entourage ont été affectées, notamment avec leurs amis. De même, les activités sportives ou associatives ou plus généralement les sorties et déplacements occasionnels deviennent moins fréquents, voire inexistants si l'aidant ne peut pas se faire remplacer auprès de la personne aidée. Parmi les aidants qui occupent un emploi, certains ont dû mettre en place des aménagements de leur vie professionnelle, comme travailler à domicile, aménager ses horaires, arrêter son activité, se rapprocher de son lieu de travail. Dans tous les cas, les aidants de personnes MAMA sont statistiquement plus concernés que les aidants de non MAMA. Enfin, les aidants de MAMA se sentent davantage fatigués, anxieux ou dépressifs que les aidants de non MAMA.

D'après les données de l'enquête HSM, en appliquant un salaire horaire de 12,4 euros, l'aide informelle apportée à un patient souffrant de démence serait de l'ordre de 2 350 euros par mois, soit un total annuel pour l'ensemble des individus MAMA en France de près de 5 milliards d'euros.

L'analyse des questions d'évaluation contingente montre que les aidants considèrent en moyenne qu'ils seraient prêts à payer entre 13,6 euros (si l'on prend en compte les valeurs nulles) et 16,2 euros (en excluant les valeurs nulles) pour être déchargés d'une heure d'aide. Les modélisations mises en œuvre ensuite ont permis de montrer que le montant déclaré variait en fonction des caractéristiques des aidants, tels que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut devant l'activité ou l'état de santé de l'aidant. Il est donc prévu de réitérer ces analyses sur l'échantillon d'aidants de personnes MAMA, puis de le comparer à celui des non MAMA (avec ou sans appariement).

### Commanditaires

Fondation de coopération scientifique Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, dans le cadre de l'appel à projets "Actions Sciences Humaines et Sociales 2009" ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

# 7. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie (QUALIMEC)

Sigle : QUALIMEC

Période : 2009-2012

### Problématique

Les aidants informels demeurent les aidants principaux des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En dépit d'un discours public sur l'importance de leur engagement, l'évaluation et la reconnaissance économiques de cette aide restent, en France, balbutiantes. Entre autres méthodes de valorisation de l'aide informelle, l'évaluation contingente permet de coller au plus près des préférences individuelles des aidants.

### Objectifs

L'utilisation de la méthode d'évaluation contingente dans le cadre d'une enquête auprès d'une population d'aidants informels de grande ampleur demande de s'assurer de la compréhension des questions sur les dispositions à payer et à recevoir en contrepartie d'une heure d'aide fournie en moins ou en plus et d'identifier les difficultés rencontrées au moment de répondre. Trois objectifs sont visés : l'amélioration de la documentation des valeurs nulles, la compréhension de l'ancrage des valeurs déclarées, la vraisemblance des scénarios retenant des variations d'une heure seulement de l'aide apportée.

### Méthodologie

L'enquête Handicap-Santé Aidants informels (HSA), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2008, a permis d'interroger près de 5000 aidants en France. Un module de cette enquête a été consacré à la valorisation de l'aide qu'ils apportent à une personne en perte d'autonomie, au travers de deux questions : l'une sur la disposition à payer pour se soustraire à une heure d'aide et l'autre sur la disposition à recevoir une compensation financière pour fournir une heure d'aide supplémentaire. Afin de s'assurer de la compréhension de ces questions, une vingtaine d'aidants ayant participé à HSA ont été réinterrogés au moyen d'entretiens semi-directifs. Les données qualitatives ont été confrontées aux caractéristiques de ces aidants (âge, sexe, revenu, etc.), et de la relation d'aide (type d'aide, fréquence et volume horaire, ancienneté de l'aide, etc.).

### Résultats

Les résultats de l'analyse quantitative des dispositions à payer (respectivement à recevoir) pour éviter (respectivement réaliser) une heure d'aide de plus sont croisés avec les résultats des entretiens qualitatifs réalisés auprès d'aidants informels. Il en résulte le constat que le format ordinaire du questionnement des enquêtes mettant en œuvre les méthodes de l'évaluation contingente n'est pas totalement intelligible des aidants informels, soit que la référence à une heure d'aide n'est pas adaptée, soit que l'heure d'aide informelle ne renvoie pas à un bien homogène. Les entretiens qualitatifs permettent par ailleurs de comprendre les réponses contestataires (le refus de donner une valeur), traditionnellement élevées dans ce champ, entre rôle familial propre, aide naturelle et altruisme.

Les questions d'évaluation contingente n'étaient pas pertinentes pour toutes les configurations d'aide existantes, en particulier lorsque l'aidant apporte un soutien moral, affectif. Les discussions ont montré que les aidants ne tiennent pas compte de l'aspect hypothétique des questions, mais qu'au contraire, ils se mettent en situation concrète, transposent leur propre cas, et de ce fait, révèlent leurs besoins et souhaits réels pour être déchargés ou payés d'une partie de l'aide qu'ils apportent. Les entretiens qualitatifs ont confirmé que les aidants font référence à des valeurs 'repère', qu'il s'agisse du tarif du marché, qui varie autour du SMIC, ou du co-paiement dans le cadre de l'APA. Les montants exprimés restaient dans des fourchettes relativement basses, les contraintes financières étant fréquemment évoquées pour en justifier la raison. Enfin, beaucoup d'aidants, toutes générations confondues, considèrent l'aide qu'ils apportent comme naturelle, et ne veulent pas, de ce fait, lui attribuer une valeur monétaire.

Ces constats amènent à revoir la façon dont devront être rédigés les scénarios à l'avenir, afin de définir un contexte plus réaliste aux yeux des aidants. Les entretiens ont confirmé la valeur (dans tous les sens du terme) de l'aide apportée par les proches. Les actions en faveur des aidants sont donc essentielles, non seulement sur le plan matériel, mais également sur le plan psychologique, afin d'éviter l'épuisement des aidants, et d'assurer une qualité de vie et des soins à la hauteur des besoins des personnes en perte d'autonomie.

### Commanditaires

Mission Recherche (MiRe) / Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de l'Appel à projets de recherche 2009 "Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels" – Enquête "Handicap santé en ménages ordinaires" et Enquête "Aidants informels".

# 8. Etudes de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc

Sigle : ACCES MAROC

Période : 2011-2012

### Problématique

Ces dernières années, l'état marocain a opéré des investissements importants dans le domaine de la santé. Mais, "en dépit de tous ces efforts et des améliorations constatées, des insuffisances demeurent dans un certain nombre de domaines. De même que des inégalités entre milieux urbain et rural, populations aisée et pauvre, régions et provinces, persistent encore aussi bien au niveau des indicateurs relatifs à l'état de santé de la population qu'à ceux de l'accès aux soins et de la couverture par les services de santé publique... Des inégalités persistent dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé" selon le Ministère de la santé (Plan d'action 2008-2012). Le Groupe de travail "Disparités socio-territoriales et accessibilité aux biens et services de base" de l'Observatoire National de Développement Humain, en collaboration avec l'IRD a mis en évidence l'intérêt de documenter trois catégories de questions sur cette problématique : l'accès aux structures de soins, l'accès aux prestataires de soins, et l'accès aux médicaments.

### Objectifs

Il s'agit de documenter les situations de difficultés d'accès aux soins de populations démunies et/ou résidant dans des zones dites "enclavées", en mettant un accent particulier sur le suivi de la grossesse et l'accouchement, la prise en charge du diabète, et la prise en charge des maladies infantiles. Ce travail donnera lieu à un rapport destiné aux plus hautes instances de l'état marocain.

### Méthodologie

Enquêtes qualitatives auprès de la population, des prestataires de soins et des autorités locales dans trois sites : Préfecture de Salé (zone urbaine), Province d'Azilal (zone montagneuse du Moyen Atlas), Province de Figuig (zone aride, semi-désertique du sud-est). Enquête quantitative sur le volume d'activités des centres de santé de première ligne de ces trois sites.

### Résultats

Le rapport a été édité par l'ONDH en décembre 2011. Il sera ensuite transformé en ouvrage collectif. Une réunion de restitution, devant des membres du gouvernement, a eu lieu à Rabat.

### Commanditaires

Observatoire National du Développement Humain (ONDH), Maroc.

### Partenaires

Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) de Rabat ; Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers ; Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires – Ministère de la santé (Maroc) – Département de santé publique – Université de Marrakech.



## 9. Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays africains et du Moyen-Orient : Problèmes de mesure et d'interprétation

Sigle : INEGSANTE - ANR

Période : 2010-2013

### Problématique

Le rapport publié en 2009 par la Commission sur les "déterminants sociaux de la santé" de l'OMS a réaffirmé l'importance des inégalités en matière de morbidité et de mortalité prématurée au détriment des catégories socio-économiques les plus défavorisées. Des recherches récentes, menées notamment sur des données de Palestine et de quatre capitales africaines par certaines des équipes impliquées dans le présent projet (INSERM/IRD/Aix-Marseille Université UMR SESSTIM) ont montré que les mesures agrégées des inégalités et d'équité (dérivées des indices de dispersion de type Gini) qui ont constitué l'essentiel de la littérature appliqué aux inégalités dans les pays développés en économie de la santé pouvaient s'avérer inappropriées dans le contexte des PED où les paiements directs au point de consommation constituent souvent plus de la moitié du total du financement des dépenses de santé.

### Objectifs

Ce projet de recherche INEGSANTE s'inscrit dans le champ de la mesure des inégalités de santé dans le contexte des pays en développement (PED). Il s'interroge sur le bien-fondé des mesures standard des inégalités précédemment utilisées dans les pays développés. En effet, la prégnance des inégalités socio-économiques ainsi que les spécificités des systèmes de santé dans les PED invitent à envisager des approches plus fines, capables de tenir compte de certaines particularités, comme l'hétérogénéité des comportements des groupes socio-économiques et l'absence de couverture santé universelle. De ce fait, le présent projet de recherche accorde un intérêt particulier à la valeur ajoutée apportée par des approches plus élaborées, telles que la décomposition des inégalités de santé basée sur une technique de microsimulation.

### Méthodologie

Nous nous proposons de contribuer au débat scientifique international sur l'équité en matière de financement de la santé et d'accès aux soins dans les PED dans trois dimensions :

- Par le transfert à ce champ des avancées méthodologiques récentes de la littérature en économie publique (méthodes non linéaires de décomposition et techniques de microsimulation qui permettront de mieux séparer les effets de demande et de préférences individuelles des populations d'une part, les conséquences des dysfonctionnements de l'offre de soins et des mécanismes de financement dans la formation des inégalités de financement et d'accès aux soins).
- En effectuant des analyses économétriques approfondies d'un ensemble de données d'enquêtes ménages, incluant les aspects santé de façon détaillée dans un échantillon de 12 pays d'Afrique et du Moyen-Orient à bas revenus (Burkina-Faso, Sénégal, Zambie), et à revenus intermédiaires (Cameroun, Côte d'Ivoire, Egypte, Jordanie, Maroc, Palestine, Tunisie) ainsi que l'Afrique du Sud.

### Résultats

Conformément au plan initialement prévu, une synthèse analytique de l'état de connaissance et des travaux réalisés sur les évaluations et les mesures des inégalités de santé a été réalisée. Ce travail a donné lieu à un chapitre d'ouvrage intitulé "Measuring health inequality and polarization with ordinal data", à apparaître dans "Research on Economic Inequality, Volume 21: Health and Inequality". Les développements méthodologiques ont permis des approches plus fines des inégalités d'accès aux soins menés grâce à une étroite collaboration scientifique avec nos partenaires. Ils ont déjà donné lieu à quatre articles, dont deux sont acceptés pour publication dans des revues à comité de lecture (sous réserve d'y apporter les modifications suggérées par les referees) et deux sont actuellement en révision. En termes des travaux prévus pour la prochaine période, les données issues du WHS et du PAFAM seront dans un premier temps mobilisées en vue d'étudier l'impact de la performance des systèmes de santé sur le gradient socio-économique de santé au sein de la population infantile de nombreux pays d'Afrique et du Moyen-Orient.

### Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel à projets ANR "Les Suds Aujourd'hui II".

### Partenaires

Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille-Institut D'Economie Publique (GREQAM-IDEP) ; World Health Organization-Eastern-Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO) ; Health Economics and HIV/AIDS Research Division of the University of KwaZulu-Natal (HEARD-UKZN) ; Institute of Community and Public Health-Birzeit University (ICPH-BZU) ; National Institute of Labour and Social Studies-University of Carthage Tunis (INTES-UCT).

## 10. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong

Sigle : SOREMA - ANR

Période : 2012-2015

### Problématique

Ce projet explore les logiques sanitaires d'interventions les plus récentes destinées à lutter contre le paludisme. Cette pathologie continue à poser de graves problèmes de nature médicale et socio-économique à de nombreux pays du Sud. L'ambition est de contribuer à l'analyse des systèmes de santé mis en place pour lutter contre une maladie qui évolue dans un milieu social et écologique en pleine métamorphose du fait de l'intensification de la circulation des personnes et des biens. De cette analyse découle directement l'une des questions essentielles à laquelle nous souhaitons répondre : dans un contexte humain et environnemental spécifique, le renforcement actuel des systèmes de santé, défini par des politiques exogènes, pondère-t-il les inégalités en matière de santé, et de quelle façon ?

### Objectifs

Ce projet a quatre objectifs :

- identifier les mécanismes générateurs d'inégalités à travers l'évolution du paludisme et la diffusion de la résistance.
- montrer les réaménagements écologiques associés aux déplacements humains, car ceux-ci reconfigurent les dynamiques endémiques de l'infection et conduisent à une recrudescence de l'infection et de la résistance aux médicaments.
- réaliser une mise en perspective historique du paludisme qui permet de comprendre dans quels cadres et dans quelles directions évoluent les nouvelles politiques de santé.
- analyser les interrelations entre stratégies internationales, politiques nationales, interventions locales et savoirs intégrés.

### Méthodologie

Deux axes significatifs sont retenus :

- 1- la question de la variabilité de l'exposition au paludisme qui est associée au processus d'émergence de la résistance aux anti-paludéens. Seront examinés les paramètres qui influent sur les inégalités face à la maladie dans une société en mutation (circulation humaine accrue, milieux écologiques anthropisés).
- 2- les problématiques liées la colonisation spatiale et humaine du territoire, aux interventions publiques de santé et aux épisodes de résistance. Cette exploration historique constitue un tremplin indispensable pour resituer la question centrale qui vise à rendre compte des activités de santé contemporaines et futures.

### Résultats

Le lancement du projet s'est constitué en six étapes (collaboration avec les autorités de santé nationales, soumission au comité éthique, repérage de sites, réunion de lancement, mise en contexte des zones étudiées, premières enquêtes qualitatives). L'année 2013 sera consacrée à assurer la continuité de ces enquêtes, mais avec un souci de plus en plus renforcé de clarifier les termes de l'interdisciplinarité qui constitue, comme cela fut annoncé dès le départ, la pierre d'angle du projet. A cet égard, l'équipe Pasteur dirigé par le biologiste Didier Ménard a lancé en janvier 2013 l'étude sur la propagation de la résistance en complémentarité avec une étude géographique menée par Pascal Handschumacher et une de ses étudiantes en Master (dynamique de spatialisation de l'infection et de la résistance au traitement), et une étude anthropologique dirigée par Frédéric Bourdier et une de ses collaboratrices cambodgiennes (contexte sociologique de la zone retenue, suivi de l'itinéraire thérapeutique des personnes sélectionnées dans la file active pour évaluer et retracer la résistance).

Par ailleurs, si pour l'instant une attention prioritaire a été donnée à un des trois sites géographiques (province de Koh Kong) localisé dans le sud-ouest du pays ainsi qu'au Vietnam (dans la province de Dalat), l'année 2013 va étendre la recherche de terrain dans les deux provinces cambodgiennes de Kampot et de Mondolkiri. Il est également espéré de finaliser les accords de partenariat avec le gouvernement du Laos en vue d'étendre le projet dans la province septentrionale d'Attapeu. Notons toutefois que cet accord sera conditionné par le budget disponible au sein de SOREMA.

### Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du Programme "Métamorphose des sociétés "Inégalité-Inégalités" 2011.

### Partenaires

Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Institut Pasteur du Cambodge.

## 1. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org))

Sigle : SISTEPACA

Période : 2001-2013

### Problématique

L'ORS a été chargé en 2004, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2005 puis d'un contrat Etat-Région annuel, de créer et pérenniser un système d'information des médecins praticiens pour les sensibiliser à la prise en charge des maladies liées au travail. Cette démarche originale et innovante est justifiée par : une sous-déclaration des maladies professionnelles (MP) indemnissables en France / en PACA ; des relations entre médecine de soins et de prévention à développer, des patients non suivis par un médecin du travail (demandeurs d'emploi, retraités, indépendants...) ; un lien maladie-métier(s) exercé(s) difficile à faire ; une formation médicale initiale en santé travail insuffisante, une méconnaissance du rôle du médecin du travail et du réseau de maintien dans l'emploi.

### Objectifs

Le SISTEPACA, Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur, a pour objectifs d'aider les médecins de soins à repérer un lien possible entre maladie et métier exercé, à renforcer les échanges avec les médecins du travail, à améliorer la déclaration des MP et le maintien dans l'emploi et à envisager un dépistage précoce des MP.

### Méthodologie

- Comité de pilotage avec le Pôle Travail de la DIRECCTE et la Région PACA. Réunions mensuelles d'un groupe de travail composé de médecins du travail, de médecins conseils, d'un médecin conseiller du service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est, du médecin de la Consultation de pathologie professionnelle AP-HM, de médecins de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux, de la coordinatrice du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et de médecins épidémiologistes / santé publique ; collaboration d'un médecin inspecteur régional du travail ;
- Outils disponibles : un site internet [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org) labellisé Hon Code, des brochures ;
- Réunions médicales pluridisciplinaires santé-travail sur un bassin d'exercice entre médecins de soins, médecins du travail, médecins conseils et acteurs du maintien dans l'emploi ;
- Soutien aux médecins praticiens pour les questions de santé au travail émanant de leur pratique ;
- Sondage annuel auprès des médecins informés pour connaître leurs pratiques et leurs besoins ;
- Promotion de la démarche auprès de sociétés savantes, de services de santé au travail, en congrès médicaux, auprès d'acteurs du maintien dans l'emploi, participation à des groupes de travail régionaux sur des thématiques communes (risques psycho-sociaux, maintien dans l'emploi ...).

### Résultats

Travaux réalisés en 2012 : Thèmes travaillés : saturnisme et potiers, grossesse et travail (collaboration avec l'INRS), travail préliminaire sur addiction et travail. Mise en place de deux cycles de formation sur les cancers professionnels (2 réunions à 4-6 mois + suivi des médecins) dans le Var et les Bouches-du-Rhône. Organisation d'une journée de formation sur les cancers professionnels pour un public élargi médecins et personnels d'annonce des centres de coordination en cancérologie (3C). Collaboration avec le Département universitaire de médecine générale (DU MG), formation santé travail pour les internes en médecine générale (IMG) bi-annuelle. Neuf réunions, participation à divers colloques et congrès (EUROGIP, CNGE, colloques inter3C, SFGSE).

Pour 2013 : Grossesse et travail : finalisation de la fiche, diffusion auprès des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et médecins généralistes. Addiction et travail ; élaboration de la fiche. Cancers professionnels : poursuivre la formation de 3C. Lombalgie : contacter les médecins de MPR et centres de rééducation. IMG : poursuivre la collaboration (Marseille), la proposer au DU-MG de Nice.

### Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), Pôle Travail ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Partenaires

Groupe de suivi technique : DIRECCTE, Inspection médicale régionale : Dr C Kaltwasser ; Médecins du travail : Dr C Berkowitz-Saban (GIMS 13), Dr D Bonnet (Santé Travail Provence), Dr L Boulon (Conseil général 83), Dr D Charrier (AISMT 13), Dr K Coulibaly (Compagnie pétrochimique de Berre), Dr B de Labrusse (AIST Avignon), Dr G Péguin (ASTBTP 13), Dr T Rico (MSA 13), Dr G Roux (MSA 13), Dr P Sabrou (MSA 13), Dr M Trani (ASTBTP 13) ; Consultation de pathologie professionnelle : Dr MP Lehucher-Michel ; Médecins conseil de la Direction régionale du service médical (DRSM de la CNAMTS) : Dr A Pialot, Dr E Milella ; Médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est : Dr C Landret ; Union régionale des professionnels de santé (URPS PACA) : Dr F Michel ; Coordinatrice départementale du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés des Bouches du Rhône (SAMETH 13) : Mme G François.

## 1bis. Référencement des organismes et institutions sur le champ de la santé au travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : REFERENCEMENT SANTE TRAVAIL PACA

Période : 2012-2013

### Problématique

Compte tenu de la complexification croissante du jeu d'acteurs sur le champ de la prévention des risques professionnels et de la santé au travail, et de la nécessité pour les entreprises et les préventeurs d'identifier les différentes ressources mobilisables en vue de mieux intégrer la prévention primaire dans les organisations du travail, le COSAR (comité de suivi et d'accompagnement de la réforme), mis en place par la Direccte Paca pour accompagner la mise en œuvre de réforme de la Médecine du Travail en Paca, a souhaité que soit effectué un référencement de l'ensemble des acteurs et des instances intervenant sur le champ de la santé au travail et de la prévention des risques.

### Objectifs

L'objectif de ce "référencement" est de mettre en lisibilité et en visibilité les différentes composantes du système de santé au travail en région, de façon à ce que chacun puisse avoir une compréhension des acteurs et de leurs missions.

Il proposera ainsi une description des différents acteurs et instances présents sur ce champ dans la région, de leurs missions, et proposera des liens à d'autres sources d'information (notamment les sites internet des acteurs et instances identifiés). Les destinataires sont :

- les entreprises et notamment les PME et les TPE qui devront mieux connaître les ressources disponibles à l'échelon régional ;
- les intervenants de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, en charge d'accompagner les entreprises dans leurs démarches ;
- les partenaires sociaux, impliqués dans la gouvernance des SST ou au sein des CHSCT ;
- les différentes institutions (santé publique, santé environnementale, etc.) susceptibles de développer des actions connexes et complémentaires à la santé au travail.

### Méthodologie

L'ORS s'appuiera sur un groupe de travail, émanation du COSAR, que celui-ci pourra mobiliser pour repérer les différents acteurs mobilisés sur cette question (Médecins du travail, préventeurs, partenaires sociaux, services de l'Etat, ...).

Deux types de contenu seront élaborés :

- Une fiche par acteur, qui comportera notamment le nom de l'acteur, ses missions, ses champs d'intervention, ses objectifs, ses moyens d'intervention, sa couverture régionale et infra-régionale, la procédure de saisine de cet acteur des exemples de sollicitation et/ou d'intervention.
- Un schéma présentant le jeu d'acteurs, leurs relations et la nature de leur contribution à la politique régionale de santé au travail sera formalisé.

### Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

### Partenaires

COSAR, CARSAT Sud-est.

## 2. Etude qualitative sur le maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Période : 2011-2013

### Problématique

Le maintien dans l'emploi (MDE) vise à permettre aux personnes ayant des problèmes de santé entraînant une diminution de leur aptitude au travail de conserver leur emploi dans des conditions compatibles avec leur état de santé. Le vieillissement de la population française, l'allongement de la durée de vie professionnelle, l'émergence de nouveaux risques en termes de santé et sécurité au travail et l'intensification du travail (Gosselin 2007) font du maintien dans l'emploi un enjeu crucial plus que jamais d'actualité.

L'Observatoire Régional de la Santé PACA a mené en 2009 une enquête qualitative exploratoire sur le thème du maintien dans l'emploi auprès des acteurs impliqués dans cette problématique et de quelques usagers, à la demande de la DIRECCTE PACA. En complément, une nouvelle enquête qualitative est mise en place sur ce thème, auprès d'usagers et d'employeurs.

### Objectifs

Cette enquête vise en premier lieu à décrire le parcours des salariés concernés par une problématique de maintien de l'emploi au sein du dispositif et l'impact sur leur situation professionnelle. Ensuite, elle a pour objectif d'étudier les connaissances et attitudes des salariés et des employeurs vis-à-vis du dispositif actuel de maintien dans l'emploi en PACA. Cette enquête doit notamment permettre de mettre en évidence quels sont les structures et acteurs qui constituent une ressource pour les employeurs et les salariés concernés par une problématique de maintien de l'emploi.

### Méthodologie

L'enquête qualitative consiste en la réalisation d'une trentaine d'entretiens individuels, auprès de salariés (n=15) et d'employeurs (n=15). Deux guides d'entretien distincts ont été élaborés (un pour les entretiens avec les usagers, un autre pour les entretiens avec les employeurs) et serviront de trame commune à l'ensemble des entretiens. Une analyse de contenu thématique sera utilisée pour exploiter les données récoltées.

Cette nouvelle enquête qualitative sur le thème du maintien dans l'emploi va nous permettre d'affiner nos connaissances sur le fonctionnement du dispositif de maintien dans l'emploi en PACA, ses forces et ses faiblesses, mais aussi de mettre en évidence les connaissances et attitudes des employeurs et salariés vis-à-vis de ce dispositif.

Finalement, elle devrait nous aider à envisager des pistes d'amélioration du dispositif de maintien dans l'emploi dans la région.

### Résultats

Durant l'année 2011, le protocole a été élaboré, le comité de pilotage constitué, et les professionnels-relais identifiés.

L'année 2012 a permis de réaliser 17 entretiens auprès d'employeurs et de salariés de la région PACA souffrant de troubles musculo-squelettiques avec répercussions sur l'activité professionnelle. Les premières analyses montrent que le dispositif de maintien dans l'emploi est largement méconnu des salariés comme des employeurs, lorsque ces derniers sont responsables de très petites à petites entreprises. Dans ces entreprises, les problèmes liés aux répercussions de problèmes de santé sur le travail ne sont pas anticipés et, du côté des employeurs comme des salariés, le "système D" dans la réponse donnée à ces problèmes. Pour les salariés cela se traduit par une gestion quotidienne de la douleur par une consommation médicamenteuse. Les quelques cas de mobilisation du dispositif maintien dans l'emploi se sont avérés très utiles. La mobilisation de la formation professionnelle dans un but d'évolution ou de reconversion des salariés s'avère difficile lorsque ceux-ci ont un faible niveau d'études. Le projet se poursuit en 2013 pour étoffer l'échantillon et diversifier les secteurs d'activité représentés dans l'étude.

### Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) ; Région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Partenaires

Université de Provence, UFR de Psychologie.

### 3. Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une tumeur cancéreuse ou du VIH

Sigle : VITAVI - ANR

Période : 2009-2012

#### Problématique

Si l'on accepte de définir la vulnérabilité comme le cumul de la précarité d'une position et des difficultés à la rétablir lorsque celle-ci est perdue, il apparaît que, dans le domaine des sciences humaines et sociales appliquées à la santé, ces deux composantes de la vulnérabilité ont le plus souvent été dissociées, les travaux recensés privilégiant soit l'un, soit l'autre. En outre, ces travaux étudient comment des vulnérabilités dans diverses sphères de l'existence (travail, famille, sociabilité, conditions de vie...) concourent à dégrader l'état de santé, mais inversement l'impact d'un problème de santé sur ces vulnérabilités est très rarement envisagé. Enfin, nous pensons que la sphère professionnelle constitue une bonne porte d'entrée pour considérer cette relation inverse, sachant que les recherches réalisées jusqu'ici dans ce domaine relèvent d'une approche économiste qui privilégie des aspects factuels (statut d'activité, type de contrat de travail...) de l'insertion professionnelle, sans lien avec les autres sphères de l'existence, et uniquement à partir de données quantitatives transversales.

#### Objectifs

Le présent projet de recherche se propose d'étudier comment une fragilisation de l'état de santé, en l'occurrence le fait d'être atteint d'une maladie chronique, se répercute sur l'intégration professionnelle des personnes atteintes. Ce premier objectif se décline en questions de recherche. Par exemple, la maladie nivelle-t-elle ou au contraire aggrave-t-elle sur le marché du travail et dans l'entreprise les inégalités sociodémographiques qui préexistaient à la maladie ? Ou encore, quels sont les rôles respectifs de l'impact objectif de la maladie sur les aptitudes au travail d'une part, et des représentations et attentes d'autrui à l'égard du malade sur son lieu de travail d'autre part ?

Le second objectif vise ensuite à étudier comment la vulnérabilité professionnelle qui peut résulter de la maladie chronique se répercute éventuellement à son tour sur les autres sphères de l'existence (en particulier sur les conditions de vie et de logement, la sociabilité familiale et extrafamiliale, la vie de couple...), y compris sur l'état de santé de ces personnes au sens large.

#### Méthodologie

Il s'agit d'étudier les interactions entre différentes formes de vulnérabilité (en accordant une place centrale à la vulnérabilité professionnelle) pour deux pathologies chroniques (cancer et infection à VIH), à partir de données qualitatives (entretiens approfondis) et quantitatives (grandes enquêtes transversales nationales et cohortes).

#### Résultats

Les principaux résultats disponibles concernent le volet qualitatif du projet, en l'occurrence les 21 entretiens approfondis réalisés avec des femmes de la cohorte ELIPPSE, âgées de moins de 40 ans au diagnostic. Parmi les femmes qui avaient initialement une situation professionnelle précaire, leur situation professionnelle s'est souvent détériorée avant même l'arrêt de travail, avec des conséquences importantes sur les indemnités perçues durant cet arrêt. Cette détérioration est parfois aussi survenue pendant l'arrêt. Ensuite, si le désir de retravailler est unanime, les obstacles sont nombreux, par exemple lorsque les séquelles des traitements obligent à renoncer à son ancien métier. En outre, ces femmes ont souvent de nouvelles aspirations professionnelles après leur cancer, et tentent alors de réorienter leur carrière, ce qui constitue une difficulté supplémentaire sur le marché de l'emploi. Enfin, pour retrouver un emploi, il leur faut fréquemment dissimuler leur maladie et mobiliser leur réseau social. Les analyses montrent aussi un rapport ambivalent au travail (à la fois cause possible de la maladie, et moyen de guérir/de se reconstruire), ainsi que le rôle des préférences temporelles, l'expérience de la maladie raccourcissant l'horizon temporel.

Un article a été publié dans Bulletin du Cancer, et l'année 2013 sera consacrée à la valorisation des deux enquêtes nationales VIH et Cancer.

#### Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

## 4. Cycles de formation de médecins de soins à la prise en charge médico-sociale de cancers professionnels

Sigle : FORMATION MG CANCER

Période : 2011-2013

### Problématique

L'origine professionnelle des cancers n'est pas souvent recherchée, ce qui conduit à leur sous-déclaration. Parmi les facteurs évoqués, on relève: - l'apparition fréquente des cancers professionnels après cessation de l'activité, une traçabilité des expositions professionnelles non effective, - la formation insuffisante des médecins de soins à la conduite d'un interrogatoire sur le passé professionnel; leur manque de temps, - une méconnaissance de la réglementation française sur les maladies professionnelles, - une faible collaboration entre médecins de soins et du travail, - une sous-estimation des facteurs professionnels par les médecins de soins en cas de tabagisme. D'après l'InVS (2003), la sous-déclaration des cancers professionnels, moins importante pour le mésothéliome pleural et les cancers naso-sinusiens, concerne les cancers du poumon, les leucémies et les cancers de la vessie (taux de reconnaissance respectivement de 20%, 10% et 1%).

### Objectifs

L'objectif principal du projet est de tester un cycle de formation pilote auprès de médecins de soins afin d'améliorer leurs connaissances/ pratiques concernant la prise en charge médico-sociale de patients traités pour cancer professionnel ou ayant été exposés à des cancérogènes professionnels.

Eléments qualitatifs ciblés : 1- améliorer les connaissances et pratiques en matière de repérage de l'origine professionnelle de cancers en s'appuyant sur des outils d'aide au repérage des expositions professionnelles actuelles et passées à des cancérogènes issus du SISTEPACA ; 2- améliorer l'accompagnement par le médecin de la déclaration en maladie professionnelle faite par le patient, (rédaction du certificat médical initial, consultation des tableaux de maladies professionnelles ... ) ; 3- faire connaître le dispositif et les acteurs du maintien dans l'emploi ; 4- informer sur le suivi post-professionnel des personnes exposées à des cancérogènes professionnels ; 5- améliorer les échanges avec les médecins du travail dans une logique de bassin d'exercice et faire connaître le rôle de la consultation de pathologie professionnelle ; 6- tester la mesure dans laquelle les attitudes, connaissances et pratiques déclarées des participants sont modifiées à l'issue du cycle de formation.

### Méthodologie

Population : Deux groupes d'environ 15 médecins par bassin d'exercice, généralistes et spécialistes.

Lieux : Deux bassins d'exercice choisis dans la région Paca, le premier est à Toulon.

Formation : - Première réunion : présentation d'un cas clinique de cancer professionnel, de situations de travail à risques, du site [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org) (aide au repérage de l'origine professionnelle, déclaration en maladie professionnelle, rôle du médecin du travail et du médecin conseil). Intervenants : médecins du travail de la zone d'exercice, médecins conseils et médecin de prévention des risques professionnels (CARSAT SE) du SISTEPACA, spécialistes (oncologues).

- Intervalle entre les réunions : mise en pratique des conseils reçus auprès de patients traités pour cancer ou exposés à des cancérogènes professionnels. Soutien téléphonique du SISTEPACA.

- Deuxième réunion (à environ 6 mois): restitution collective des cas et des actions engagées par les médecins ; analyse des difficultés rencontrées et des besoins pour rechercher des solutions pratiques. Présentation de la visite de pré-reprise et du réseau de maintien dans l'emploi.

Un comité de pilotage s'appuyant sur le groupe pluri-institutionnel du SISTEPACA est mis en place. L'évaluation auprès des médecins sera de type avant-après par un questionnaire standardisé.

### Résultats

En 2012, après élaboration du protocole et des documents pédagogiques, le premier cycle a impliqué 12 médecins généralistes toulonnais ; les deux réunions composant le cycle de formation se sont tenues à 4 mois d'intervalle, avec un suivi entre-temps. Le deuxième cycle a débuté auprès de médecins de l'URPS-ML à Marseille en novembre 2012. Le suivi intermédiaire a été effectué début 2013 avant la seconde réunion programmée en mars 2013. Le bilan du premier cycle est en cours ; le bilan du second cycle et l'évaluation finale sont prévus pour l'été 2013.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

### Partenaires

Institutions collaborant au SISTEPACA (voir rubrique "Qui sommes-nous" du site [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)) ; Réseau ONCOPACA - Corse

## 5. Etude de faisabilité d'un tableau de bord sur les risques psychosociaux au travail dans le Var

Sigle : TB RISQUES PSYCHOSOCIAUX VAR

Période : 2011-2012

### Problématique

Le Comité départemental de prévention des risques psychosociaux (RPS) du Var, institué sous l'égide de l'Unité territoriale du Var de la DIRECCTE PACA, a demandé à l'ORS PACA d'étudier la faisabilité d'un tableau de bord des risques psychosociaux dans ce département.

C'est dans le Var qu'a été signé le premier accord départemental interprofessionnel sur la prévention des RPS le 3 mars 2011, dans lequel les parties signataires ont décidé "d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre un plan d'actions départemental de prévention des RPS". Cet accord a été signé par les partenaires sociaux du département du Var et les membres des institutions de prévention représentées au Comité départemental varois de prévention des RPS.

### Objectifs

La constitution d'un tableau de bord varois des risques psycho-sociaux est incluse dans le plan d'actions départemental de prévention des RPS. L'objectif d'un tel tableau de bord est de connaître la situation varoise pour guider le Comité à définir ses priorités d'action. Pour ce faire, ce tableau de bord devrait regrouper, dans l'idéal, des indicateurs sur l'exposition aux RPS et les conséquences sanitaires associées dans le Var, ainsi que des indicateurs concernant les actions mises en œuvre.

### Méthodologie

- Etude bibliographique sur les données épidémiologiques disponibles en France sur l'exposition aux RPS et les impacts sur la santé de ces risques.
- Recherche des recommandations existantes sur les indicateurs qui devraient être construits et suivis dans ce domaine.
- Bilan des données statistiques et enquêtes disponibles en France à partir desquelles des indicateurs recommandés sur les RPS, pourraient être construits à différentes échelles géographiques.

### Résultats

Si de nombreuses enquêtes et données existent au niveau national qui permettent de renseigner une partie au moins des indicateurs sur les RPS, peu sont disponibles et directement exploitables au niveau régional et encore moins au niveau départemental.

Trois pistes de travail principales sont apparues :

- 1) Renforcer des dispositifs implantés dans la région Paca de sorte qu'ils permettent une exploitation départementale : notamment le réseau Evrest dont le nombre de médecins du travail qui participent dans le Var était initialement faible mais s'est accru récemment ;
- 2) Extrapoler au département du Var, des données nationales, en tenant compte des différences de structure de secteurs d'activité entre la France et le Var, par des techniques de redressement : par exemple, à partir de l'enquête SUMER 2009 ; mais ceci gommerait les "particularités" du var, s'il en existe, et ne permettrait pas d'évaluer l'impact global des actions menées dans ce département ;
- 3) Exploiter des données sur un sous-échantillon varois au sein d'une enquête nationale ou régionale ; par exemple, à partir de l'extension régionale en Paca du baromètre santé 2010 de l'INPES qui documente certains indicateurs relatifs aux RPS. Cependant, le nombre d'individus dans le sous-échantillon varois resterait très limité, ce qui limiterait notablement l'interprétation des indicateurs construits.

Enfin, une autre piste pourrait être de construire des indicateurs d'activité à partir de données transmises par les acteurs du département, sous réserve que ces données soient déjà centralisées et recueillies de façon standardisée : par exemple, accords d'entreprises sur le stress au travail enregistrés par la DIRECCTE.

### Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)

### Partenaires

Comité départemental de prévention des risques psychosociaux (RPS) du Var ; AIST83 ; Réseau EVREST-SUD



## 6. Enquête qualitative interrégionale sur les représentations du dopage chez les sportifs et les personnes de leur entourage

Sigle : ENQUETE DOPAGE

Période : 2011-2013

### Problématique

Au cours du printemps 2011, le Ministre des Sports a annoncé la préparation d'un prochain "Plan Prévention Dopage". Un des axes de ce plan concerne l'amélioration des connaissances sur les pratiques et les représentations du dopage en France, dans différents milieux sportifs.

Une convention triennale (2011-2013) vient d'être signée entre la Fédération Nationale des ORS et le Ministère des Sports et vise à développer une collaboration sur la prévention des accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives, et à la prévention du dopage. Dans ce cadre, une enquête qualitative sur le dopage va être réalisée d'ici la fin 2012 dans 6 régions (Auvergne, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Rhône-Alpes et Bretagne), en partenariat entre les Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les ORS concernés. Six sports, arrêtés par le Ministère des Sports et les DRJSCS des six régions, vont être retenus parmi les catégories suivantes : sport de combat et de catégorie de poids, sport d'endurance, sport collectif, sport à maturité précoce.

### Objectifs

Cette enquête qualitative a pour but de faire émerger les représentations de différents publics cibles (sportifs, encadrants sportifs, cadres et élus de fédérations, professionnels de santé et parents) vis-à-vis des conduites dopantes chez les sportifs ainsi que leurs regards sur la prévention, dans différents milieux sportifs.

### Méthodologie

Chaque région, en charge de deux sports, adoptera la même méthodologie que décrite ci-dessous.

Le public cible est composé de cinq populations : les sportifs faisant de la compétition, leurs parents, les élus et cadres de fédérations sportives, les encadrants sportifs et enfin les professionnels de santé en charge des sportifs.

Chaque région va réaliser, pour chaque sport dont elle a la charge, 3 entretiens collectifs (un auprès de sportifs mineurs, un auprès de sportifs majeurs, un auprès de parents de sportifs). En parallèle et pour chaque sport, des entretiens individuels seront réalisés auprès des cadres de fédérations sportives, des encadrants sportifs et des professionnels de santé (4 à 6 entretiens par type de population).

L'étude des représentations du dopage auprès de différents publics, et dans différents milieux sportifs, devrait fournir des pistes au Ministère des Sports pour améliorer la pertinence des actions de prévention.

### Résultats

L'année 2012 a été consacrée à la réalisation du terrain (recrutement des différents publics et réalisation des entretiens individuels et des focus groups pour le tennis et la gymnastique). L'analyse des données est en cours. La restitution des résultats se fera sous forme d'un rapport et de plaquettes de synthèse destinés au Ministère des Sports.

### Commanditaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé / Ministère des Sports.

### Partenaires

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRJSCS PACA).

## 7. Impact sur la population des communications sur les risques multiples

Sigle : CORIMU

Période : 2008-2012

### Problématique

Depuis quelques années, la prévention communique sur un nombre croissant de risques pour la santé, en donnant des informations de plus en plus complexes sur des risques multiples (un même facteur de risque pouvant être associé à des risques différents, et inversement un seul risque ayant souvent de nombreux facteurs de risque associés). Se pose alors la question de la réception des messages préventifs : cette intensification de la communication sur les risques nourrit-elle de la confusion, de la lassitude ou encore des effets d'éviction au sein du public visé ?

### Objectifs

L'objectif de ce projet est d'étudier l'impact des messages préventifs (relatifs au tabagisme, à l'abus d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires) au sein de la population : pour connaître l'information retenue, savoir comment cette information est traitée par ces récepteurs, en fonction de leurs attitudes générales face au risque et au temps (aversion pour le risque, préférences temporelles), connaître l'impact observable sur les comportements déclarés, et plus généralement savoir comment les campagnes préventives sont perçues.

### Méthodologie

Une première enquête téléphonique par questionnaire fermée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de 2000 personnes a été réalisée en juin-juillet 2008. Elle est complétée par une seconde enquête en face-à-face auprès d'un échantillon plus restreint et plus ciblé de 500 personnes qui se déroule à la fin du printemps 2012.

### Résultats

Les premiers résultats publiés portent principalement sur les réactions des fumeurs face aux politiques de lutte antitabac, et en particulier à l'égard de la hausse des taxes (et donc des prix) des produits du tabac. Il apparaît que les fumeurs plus jeunes et plus précaires ont plus souvent tendance à essayer de réduire le coût de leur tabagisme (en achetant des cigarettes moins chères ou du tabac rouler, ou sur le marché noir, ou à l'étranger...) plutôt que de tenter d'arrêter ou de réduire leur consommation, tandis que les fumeurs les plus aisés ont tendance à ne rien modifier à leurs pratiques tabagiques.

Par ailleurs, les réactions face à la hausse des prix, mais aussi la perception du risque tabagique, les attitudes à l'égard des messages des campagnes de prévention, ou encore les tentatives d'arrêt récentes, dépendent des motifs pour lesquels les individus fument (fumer pour se sentir à l'aise en société, pour lutter contre le stress, pour oublier ses problèmes, etc.), ainsi que de leur horizon temporel (leur capacité à se projeter dans le futur, et à se discipliner au présent pour en tirer des bénéfices plus tard). Ces motifs et cet horizon sont eux-mêmes fortement corrélés avec le statut socioéconomique, et en particulier avec le niveau de diplôme, même si aucune de ces variables n'épuise totalement le pouvoir explicatif des autres.

### Commanditaires

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

### Partenaires

GREG HEC & CNRS (UMR 2959)

## 8. Analyse compréhensive du tabagisme : analyses secondaires

Sigle : ACTAS

Période : 2012-2014

### Problématique

En France comme dans beaucoup d'autres pays, la lutte antitabac constitue aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé publique. Pour faire reculer le tabagisme, les pouvoirs publics ont intensifié leurs efforts au cours des années 2000, avec un succès relatif, dans la mesure où la différenciation sociale du tabagisme s'est accrue : la prévalence tabagique a surtout baissé chez les cadres, restant stable parmi les ouvriers et augmentant même parmi les chômeurs. Ce constat est d'autant plus préoccupant que la réduction des inégalités sociales de santé constitue elle-aussi une priorité de santé publique.

### Objectifs

Pour mieux comprendre les difficultés de la lutte antitabac, nous proposons une démarche de recherche qui mobilise la sociologie des normes et de la déviance. Cela implique de s'interroger sur l'adhésion que les valeurs promues par la prévention suscitent au sein de la population. En effet, la valorisation de la santé, la capacité à se projeter dans le long terme, comme la confiance à l'égard des messages préventifs, ne sont pas uniformément réparties au sein de la population : il importe de documenter cette différenciation. En outre, il importe de comprendre comment les fumeurs "digèrent" les messages préventifs pour justifier malgré tout leur pratique, en relativisant les risques encourus (en référence à la notion de "carrière morale").

Cette recherche devrait contribuer à une meilleure compréhension de la pratique tabagique, des croyances des fumeurs, et de leurs attitudes à l'égard de la lutte antitabac, ainsi que de la façon dont ces trois aspects se combinent, tout en proposant un éclairage original sur les inégalités sociales de santé. Cette compréhension pourra éclairer les difficultés que rencontre la lutte antitabac, nourrir la réflexion des experts et des opérateurs de cette lutte, et déboucher sur des recommandations concrètes. Enfin, en croisant les approches sociologique et économique, nous espérons participer à la pluridisciplinarité dans les domaines des sciences humaines et sociales appliquées dans le domaine de la santé.

### Méthodologie

Nous exploiterons quatre enquêtes quantitatives nationales : ESCAPAD 2008 (enquête auto-administrée, N=39 542, jeunes de 17 ans, question ouverte sur les opinions à l'égard de la lutte antitabac), INPES 2008 (enquête téléphonique, N=2 000, 18-75 ans, questions sur les attitudes à l'égard de la prévention en général et de la lutte antitabac, sur les préférences temporelles, sur les besoins satisfaits par la cigarette), Baromètre cancer 2010 (N=2 949, 15-85 ans, questions sur le déni du risque tabagique) et Baromètre santé 2010 (sous-échantillon interrogé sur la stigmatisation des fumeurs, N=3°091). Dans ces trois enquêtes, les thématiques citées peuvent être croisées avec un large éventail d'indicateurs relatifs à la pratique tabagique des enquêtés ainsi qu'à leur situation sociale au sens large. Selon les données et les objectifs poursuivis, un large spectre de méthodes statistiques seront utilisées (statistiques exploratoires multivariées, modèles logistiques, systèmes d'équations simultanée...).

### Résultats

Les analyses sont en cours pour les trois enquêtes de l'INPES. Deux articles sont en cours de rédaction, un a été soumis au European Journal of Public Health. Cet article montre que les préférences temporelles influencent la pratique tabagique, mais aussi les réactions face à la hausse des prix et la réception des messages préventifs.

L'exploitation des données ESCAPAD 2008 a commencé au premier trimestre 2013.

### Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projet 2011 "Santé mentale, prévention, prospective, thématiques générales de l'IReSP"

### Partenaires

Olivier L'Haridon, Université de Rennes et GREG-HEC.



# 1. Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail

Sigle : TS ET TRAVAIL

Période : 2011-2013

## Problématique

Cette étude est proposée dans le contexte récent de suicides attribués aux conditions de travail dans certaines grandes entreprises en France. La survenue de suicides en rapport avec le travail a été largement médiatisée ces dernières années mais peu de données objectives sont publiées à notre connaissance permettant de documenter les liens entre ces gestes et les conditions de travail des victimes. Les résultats épidémiologiques publiés montrent, de façon convergente, l'impact négatif des risques psychosociaux au travail, notamment sur la santé mentale (accroissement de l'anxiété, de troubles du sommeil, du risque de dépression...).

## Objectifs

L'Observatoire Régional de la Santé Paca propose de mettre en œuvre une étude afin de déterminer la faisabilité d'une surveillance des tentatives de suicide (TS) potentiellement liées au travail.

## Méthodologie

Deux pistes ont été exploitées : premièrement, la possibilité d'introduire un questionnaire court programmé dans le terminal urgence (TU) de l'Observatoire Régional des Urgences et complété par les urgentistes lors de l'admission des patients après une TS dans les services d'urgences de la région. Deuxièmement, la faisabilité de recueillir des informations descriptives sur les caractéristiques professionnelles et les conditions de travail dans les mois précédant le geste auprès d'un échantillon de personnes âgées de 18-65 ans actives salariées, accueillies pour une TS dans les services d'urgences psychiatriques de 2 hôpitaux en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) : la Conception à Marseille et Saint Roch à Nice représentant 40 % environ des admissions pour TS en Paca. Cette seconde démarche nécessite d'établir des outils d'enquête et de vérifier la faisabilité logistique et l'acceptabilité des procédures de recueil dans les deux hôpitaux.

## Résultats

La surveillance des TS par l'intermédiaire d'un questionnaire court programmé dans le TU a été abandonnée. En effet, il s'est avéré difficile de recueillir des informations sur la profession des personnes ayant fait une TS par les urgentistes ainsi que sur le fait de montrer un potentiel lien entre la TS et le travail à l'aide de quelques questions. Pour la seconde piste, plusieurs outils ont été élaborés pour tester la faisabilité de la mise en place d'une enquête dans les deux hôpitaux : un auto-questionnaire standardisé comportant des échelles internationales validées en français et des questions utilisées dans l'enquête SUMER pour renseigner conditions de travail et risques psychosociaux, une grille médicale standardisée pour recueillir les données médico-psychiatriques (état et antécédents) par l'équipe psychiatrique, une lettre d'information et une feuille de consentement. Un pilote de l'étude a été réalisé durant le mois de février 2013 dans les deux services. Les premiers résultats montrent que les questionnaires sont bien acceptés mais que les taux de refus de soins (personnes qui souhaitent quitter l'hôpital rapidement et refusent l'hospitalisation) sont relativement importants. L'étude se poursuit jusqu'à fin mai 2013.

Toutes les étapes de cette étude de faisabilité ont été validées par un comité de suivi technique réunissant des experts dans le domaine de la psychiatrie, des médecins de travail mais aussi des urgentistes.

## Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)

## Partenaires

Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur

# 2. Disparités spatiales du recours aux médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau

Sigle : DISPARITES SPATIALES RECOURS PSYCHOTROPES

Période : 2009-2012

### Problématique

En France, la consommation de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) est plus élevée que dans la plupart des autres pays européens. Les recommandations de bonnes pratiques concernant durées de prescription et indications des traitements sont peu respectées. Ceci inquiète les autorités publiques en raison notamment des risques de dépendance et des graves effets secondaires que peuvent provoquer certains de ces médicaments. Il existe d'importantes disparités spatiales de cette consommation en France, qui s'expliquent probablement en partie par les variations de distribution des déterminants individuels et d'autres facteurs tels que les pratiques médicales. Comme pour d'autres problèmes de santé, la question se pose aussi de l'influence des caractéristiques socio-économiques et physiques du contexte de résidence, ce qui a été peu étudié jusqu'à présent. Il existe par ailleurs une demande accrue des décideurs pour mieux connaître leurs territoires et comprendre leurs disparités.

### Objectifs

Ce projet a pour principaux objectifs de : quantifier les disparités spatiales de différentes variables de recours aux médicaments psychotropes à l'échelle des Ilots regroupés pour l'information statistique (Iris) de la commune de Marseille ; identifier les caractéristiques du contexte de résidence (sociales et exposition au bruit environnemental plus spécifiquement) associées au recours aux médicaments psychotropes, indépendamment des facteurs individuels et de ceux liés aux médecins. Il vise également à développer une méthodologie d'estimation d'indicateurs épidémiologiques d'exposition au bruit environnemental au niveau des Iris et à étudier le lien entre ces indicateurs et les caractéristiques socio-économiques des Iris.

### Méthodologie

L'étude concerne la population adulte assurée du régime général stricto sensu résidant à Marseille et nécessite le croisement de plusieurs bases de données (Assurance maladie, Insee, expositions au bruit). Les variations spatiales des indicateurs de recours aux psychotropes, d'exposition au bruit et d'un indice de précarité construit par une analyse en composante principale à partir des variables de l'Insee sont cartographiées à l'échelle des Iris. Les inégalités sociales d'exposition au bruit sont analysées à l'aide de régressions tenant compte des phénomènes d'autocorrélation spatiale. Des analyses multiniveaux sont utilisées pour analyser le rôle du contexte de résidence indépendamment des caractéristiques individuelles et des médecins.

### Résultats

En 2008, 30,1 % des bénéficiaires ont eu au moins un remboursement de médicament psychotrope, 9,9 % au moins 6 d'anxiolytiques-hypnotiques et 6,8 % au moins 6 antidépresseurs (rapport maximum/minimum entre les Iris de 4 pour les anxiolytiques-hypnotiques et de 5 pour les antidépresseurs).

La littérature indique que les personnes ayant un faible niveau socio-économique et celles vivant dans une zone précaire présentent un risque et une durée accrue de nouveaux épisodes dépressifs. Nous avons au contraire observé que les individus ayant un faible niveau de revenu et ceux résidant dans un Iris précaire ont une moindre probabilité de recevoir un traitement antidépresseur et une probabilité accrue d'interrompre précocement leur traitement. Nos résultats suggèrent que ces inégalités ne sont pas liées à des inégalités d'accès aux soins primaires mais plutôt à des inégalités dans le contenu de ces soins.

Cette étude ne montre pas de lien convainquant entre l'exposition potentielle au bruit environnemental routier et la consommation d'anxiolytiques-hypnotiques, sauf dans les zones les moins précaires, où une exposition au bruit routier nocturne  $\geq 55$  dB(A) est associée à un nombre accru de remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques. Des recherches complémentaires s'appuyant sur des recueils de données individuelles sont nécessaires.

Ce projet apporte des éléments originaux sur les inégalités environnementales liées au bruit, relativement peu étudiées : les niveaux d'exposition au bruit routier les plus élevés sont observés dans les Iris de précarité intermédiaire. Ces résultats soulignent la nature diverse des inégalités environnementales selon le contexte économique, social et culturel et incitent à réaliser des études comparatives dans différentes villes.

### Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP) dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2008 Territoires et Santé ; Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de la région Paca (FIQCS) / Association nationale de coordination des actions de formation continue et d'évaluation en médecine spécialisée (AFORSPE) ; Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) dans le cadre de l'appel à propositions de recherche 2009 Environnement-Santé-Travail.

### Partenaires

Soldata Acoustic ; Agence régionale de santé Paca ; Direction régionale du service médical (DRSM) Paca-Corse ; Association nationale de coordination des actions de formation continue et d'évaluation en médecine spécialisée (AFORSPE).

### 3. Lien entre santé mentale et qualité de l'environnement en résidence, une approche spatiale à une échelle géographique fine

Sigle : SAMEQUALE

Période : 2011-2013

#### Problématique

En France, les problèmes de santé mentale sont fréquents et la consommation de médicaments psychotropes une des plus élevée d'Europe, avec des variations géographiques infrarégionales notables. Cette situation est préoccupante en raison notamment des risques pour la santé que présentent certains de ces médicaments. Selon la littérature, les caractéristiques physiques, sociales et les ressources de l'environnement de résidence pourraient avoir une influence sur la santé mentale, indépendamment de celles des individus. Mais ces études souffrent de limites méthodologiques, n'ont pas étudié simultanément les diverses dimensions de l'environnement et peu portent sur le recours aux médicaments psychotropes.

#### Objectifs

Par une approche multidisciplinaire, ce projet de recherche vise à étudier les liens entre le recours aux médicaments psychotropes et la qualité de l'environnement de résidence, appréhendé par différentes dimensions. Il sera réalisé à Marseille, à l'échelle géographique fine des Ilots regroupés pour l'information statistique (Iris) et explorera la possibilité de descendre à un niveau encore plus fin (carroyage).

Il a comme objectifs spécifiques : de collecter les données et développer une méthodologie permettant de caractériser l'environnement à une échelle géographique fine ; de tester la faisabilité de la construction d'indicateurs de qualité de l'environnement à une échelle géographique fine en utilisant des méthodes de désagrégation ; de décrire, quantifier et représenter sous forme cartographique les disparités spatiales des variables de recours aux médicaments psychotropes et de qualité de l'environnement de résidence ; d'étudier les liens entre le recours aux médicaments psychotropes et les indicateurs de qualité de l'environnement de résidence.

#### Méthodologie

Les données de remboursements de psychotropes (Assurance maladie) et de caractéristiques de l'environnement de résidence dans 4 dimensions (socio-économique, physique, psychosociale et ressources communautaires) seront collectées à l'échelle la plus fine disponible et intégrées dans un système d'information géographique (ArcGIS). Des indicateurs de qualité de l'environnement seront construits à une échelle fine à l'aide de méthodes de désagrégation et d'analyses de données. L'analyse des liens entre la qualité de l'environnement et le recours aux psychotropes, indépendamment des facteurs individuels et des facteurs liés à l'offre de soins et aux médecins, sera réalisée à l'aide de modèles encore peu utilisés (analyses multiniveaux tenant compte de l'autocorrélation spatiale).

#### Résultats

L'essentiel des données a été recueilli. Un comité de pilotage a eu lieu afin de définir les grandes options méthodologiques pour réaliser le carroyage et les analyses statistiques spatiales ultérieures ainsi que déterminer les données qui seront finalement intégrées dans la base de données. La préparation de la base de données sur le Système d'Information Géographique (SIG) est en cours. A partir de mars 2013, les analyses statistiques proprement dites débiteront.

#### Commanditaires

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre de l'Appel à projets ouverts 2011 - Volet exploratoire.

#### Partenaires

UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; Soldata Acoustic ; Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Direction régionale du service médical (DRSM) Paca-Corse et le Centre de traitement informatique (CTI) de l'Assurance maladie.

# 4. Enquête sur la prise en charge de la dépression dans le cadre d'un panel national de médecins généralistes

Sigle : PANEL MG NATIONAL - VAGUE DEPRESSION

Période : 2011-2012

### Problématique

La dépression est une pathologie fréquente, aux conséquences importantes en termes de mortalité et de morbidité. Le médecin généraliste est en première ligne dans le repérage et la prise en charge de cette maladie. La prise en charge de la dépression en médecine générale est largement documentée dans la littérature internationale. Cependant, certains éléments sont encore insuffisamment explorés : les stratégies mises en oeuvre par les médecins dans la prise en charge de la dépression ou encore l'influence de certains déterminants sur les pratiques, comme les représentations des médecins sur les traitements. Dans le cadre d'un panel national représentatif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville (2 400 médecins) mené sur 3 ans (2010-2012), la troisième vague d'enquête était consacrée à la prise en charge de la dépression. Le questionnaire s'appuie notamment sur une vignette clinique (cas fictif) d'un patient atteint de dépression dont différentes versions (en fonction des caractéristiques du patient et de la sévérité de la dépression) sont soumises à des sous-groupes aléatoires de médecins. Le questionnaire décrit également les pratiques de collaboration des médecins généralistes avec les professionnels de santé mentale, le dernier cas de dépression rencontré par chaque médecin interrogé et les représentations des médecins vis-à-vis de la psychothérapie.

### Objectifs

Cette vague d'enquête visait à mieux comprendre les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale et notamment la place accordée respectivement aux traitements médicamenteux, à la psychothérapie, à la collaboration avec des professionnels de santé mentale ou encore au soutien des patients. Il s'agissait aussi de mieux appréhender les déterminants des choix thérapeutiques, ceux-ci étant recherchés à la fois du côté du patient et de sa maladie (sexe, caractéristiques sociales, sévérité du trouble) ainsi que du médecin (ses caractéristiques individuelles et professionnelles, ses représentations vis-à-vis la psychothérapie, ses pratiques de collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale...) et enfin, du côté de l'offre de soins et de son accessibilité.

### Méthodologie

Cette vague d'enquête consacrée, à la prise en charge de la dépression, s'est déroulée fin 2011. Des analyses de régression multivariées ont été réalisées, pour étudier les déterminants des stratégies de traitement lors de la vignette clinique.

### Résultats

Deux médecins sur trois sont confrontés toutes les semaines à des états dépressifs. Neuf sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur cette prise en charge. La majorité des participants perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. Mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès : le coût, les délais de rendez-vous, les difficultés pour repérer les différents types de psychothérapie. Dans la prise en charge de la dépression, les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère, lors desquels elle est particulièrement recommandée. Deux tiers d'entre eux proposent des antidépresseurs, associés par près de la moitié des prescripteurs à une psychothérapie. Les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques des médecins (âge, sexe) et des patients (sexe), ce plus lors de dépressions d'intensité légère que sévère.

### Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville / Ministère de la Santé et des Sports.

### Partenaires

Unions Régionales des Médecins Libéraux et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie des régions Bourgogne et Pays de la Loire ; ORS des régions Bourgogne et Pays de la Loire.



# 5. Etude quantitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux

Sigle : DEMEGEN

Période : 2012-2013

### Problématique

La dépression est une pathologie fréquente, aux conséquences importantes en termes de mortalité et de morbidité. Le médecin généraliste (MG) est en première ligne dans le repérage et la prise en charge de cette maladie. Les pratiques de repérage, de diagnostic et de prise en charge médicamenteuse de la dépression en médecine générale de ville sont largement documentées dans la littérature internationale. Par contre, les connaissances sur la place donnée par les MG à la psychothérapie et leurs pratiques de collaboration avec les professionnels spécialisés (adressage, demande d'avis) dans la prise en charge de la dépression mériteraient d'être davantage explorées, en France en particulier. De plus, les déterminants sociaux et psychosociaux des pratiques de prise en charge ont été peu abordés dans la littérature.

### Objectifs

Ce projet a pour objectif de mieux décrire et comprendre les stratégies de prise en charge de la dépression (recours au traitement médicamenteux, place de la psychothérapie et de la collaboration avec les professionnels spécialisés) en médecine générale de ville et les motivations des choix des médecins.

Plus spécifiquement, il s'agira de mieux comprendre les déterminants sociaux et psychosociaux du recours à ces stratégies : les déterminants seront recherchés à la fois du côté du patient et de sa maladie (sexe, caractéristiques sociales, sévérité du trouble dépressif), du côté du médecin (ses caractéristiques individuelles et professionnelles, ses représentations vis-à-vis de la dépression et des types de traitements possibles (les psychothérapies en particulier) ses pratiques de collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale...), et du côté de l'offre de soins (accès à la psychothérapie, aux professionnels spécialisés). Enfin, une analyse du discours et du vocabulaire des médecins généralistes sera effectuée afin de déterminer les types de savoirs qu'ils mobilisent (savoirs profanes, savoirs techniques) dans la prise en charge de la dépression et l'impact sur leurs pratiques.

### Méthodologie

L'enquête quantitative sur la prise en charge de la dépression de l'adulte en médecine générale de ville est réalisée dans le cadre d'un panel national représentatif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville (2400 médecins), fruit d'une collaboration entre 3 Observatoires Régionaux de Santé (Provence-Alpes Côte d'Azur, Bourgogne et Pays de la Loire), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de ces régions et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont mis en place. Le questionnaire a été élaboré par un panel d'experts à partir d'une revue de la littérature. Il s'appuie notamment sur une vignette clinique (cas fictif) d'un patient atteint de dépression dont différentes versions (en fonction des caractéristiques du patient et de la sévérité de la dépression) sont soumises à des sous-groupes aléatoires de médecins. Le questionnaire décrit les pratiques de collaboration des médecins généralistes avec les professionnels de santé mentale, le dernier cas de dépression rencontré par chaque médecin interrogé et les représentations des médecins vis-à-vis de la psychothérapie.

### Résultats

Les analyses ont été réalisées sur les déterminants des choix thérapeutiques des médecins. Un Etudes et Résultats (n°810) a été publié en septembre 2012 et un article a été accepté par la revue Plos One en septembre 2012.

Les perspectives de ce travail sont de réaliser une analyse croisée avec une enquête qualitative réalisée sur la prise en charge des troubles dépressifs chez les médecins de ville à Marseille.

### Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projet 2011 "Santé mentale, prévention, prospective, thématiques générales de l'IReSP"

### Partenaires

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Ministère des affaires sociales et de la santé ; Université de Bordeaux 2 ; URPSL-ML de Bourgogne et Paca ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).



# 1. Enquête nationale sur la qualité et les conditions de vie auprès de 6000 personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic

Sigle : ALD2010 - CDV2011

Période : 2010-2013

### Problématique

Les conséquences du cancer pour les personnes atteintes et leur entourage sont nombreuses et affectent chacun des secteurs de la vie quotidienne. Les changements occasionnés sont sensibles et peuvent perdurer bien après le diagnostic et la phase de traitements. On sait aujourd'hui que les survivants du cancer doivent non seulement faire face aux séquelles liées à la maladie mais aussi à des problèmes de réinsertion sociale et de réintégration professionnelle. Ainsi, la littérature médicale internationale rapporte l'importance des restrictions d'activité que les survivants du cancer doivent impérativement opérer dans leur activités et cela, même à distance des traitements. Ces restrictions peuvent dans une certaine mesure se présenter comme des obstacles à un retour à une vie "sans cancer".

Dans de nombreux pays développés, le maintien dans l'emploi, la lutte contre la discrimination, la prise en charge de la fatigue ou le traitement de la douleur sont devenus des enjeux de premier plan dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie à moyen et long terme des survivants du cancer.

Aider à mieux connaître les difficultés quotidiennes auxquelles est confrontée cette population contribue donc pleinement à cet objectif et c'est dans cette perspective que, sous l'impulsion de l'INCa et à la suite du deuxième "plan cancer", le projet de réaliser une enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes a été élaboré. Ce projet fait suite à une première investigation conduite en 2004.

### Objectifs

Ce projet a deux objectifs :

- Rendre compte de l'état de santé des personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic ainsi que des séquelles physiques et psychologiques générées par les traitements ;
- Identifier et évaluer les effets à moyen terme de la maladie au niveau de la réinsertion sociale et de la réintégration professionnelle des personnes atteintes.

### Méthodologie

Un échantillon de 6 000 personnes a été constitué de manière aléatoire à partir des fichiers de l'Assurance-Maladie. Ont été sélectionnées des personnes ayant bénéficié d'une mise en ALD pour cancer deux ans auparavant (en 2009 ou en 2010). Douze localisations ont été choisies : 4 localisations dites de "bon pronostic" (cancer du sein, de la prostate, de la thyroïde, mélanome) ; 7 localisations dites de "pronostic intermédiaire" (cancer du colon-rectum, cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures, cancer de la vessie, cancer du rein, lymphome non Hodgkinien (LMNH), cancer du corps utérin et cancer du col de l'utérus) ; 1 localisation dite de "mauvais pronostic" (cancer du poumon).

Pour l'ensemble des personnes incluses dans l'échantillon, un croisement de trois types de données recueillies sur plus d'un an, sera organisé. Un premier groupe de données sociales et "comportementales" est issu d'un questionnaire administré auprès de chacune des personnes de l'échantillon constitué. Il concerne des domaines aussi différents que l'état de santé général physique ou psychologique avec une attention toute particulière portée sur la douleur et la fatigue, les relations avec le système de soins, la situation professionnelle et les conditions de travail, la situation familiale et la vie conjugale, la vie sociale à l'exemple de la sexualité, les croyances spirituelles, l'alimentation, la pratique du sport et l'exercice physique, enfin la perception du temps et des risques.

Ce premier jeu de données sera complété par des informations médicales recueillies auprès des médecins ayant initié la mise en ALD au moment du diagnostic, et par des données extraites de la consommation de soins enregistrée par l'Assurance-Maladie.

### Résultats

Le recueil des données a été réalisé en 2012. Les analyses statistiques seront engagées sous la supervision d'un conseil scientifique dans le premier semestre 2013. Les résultats de ces analyses seront diffusés sous la forme d'un ouvrage, lequel sera édité fin 2013.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

### Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Mutualité Sociale Agricole (MSA) ; Régime Social des Indépendants (RSI).

## 2. 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

Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPSE 40)

Période : 2004-2015

### Problématique

Si le cancer du sein chez la femme jeune demeure de moins bon pronostic que chez la femme ménopausée, le recours aux thérapies adjuvantes et ciblées a permis une baisse sensible de la mortalité et la proportion de celles qui vivent avec le cancer comme une maladie chronique est en augmentation. Cependant, l'impact à long terme de la maladie et le quotidien des jeunes " survivantes " est encore peu connu. C'est ce constat qui a motivé la mise en place de la cohorte régionale ELIPPSE 40 en septembre 2005.

### Objectifs

Ce projet a pour objectif principal de décrire les conséquences d'un cancer du sein sur le devenir des femmes à moyen et long termes : conséquences sur leur vie sociale, leur vie quotidienne, leur qualité de vie et leur survie. Trois thèmes font l'objet d'études particulières : la réinsertion professionnelle et l'accès aux prêts et assurances, l'impact du cancer et de ses traitements sur le projet reproductif (désir d'enfant, grossesses, accès à l'adoption) ainsi que le ressenti et la prise en charge des séquelles de la maladie (douleurs chroniques, effets secondaires de l'hormonothérapie, modifications de l'image du corps et reconstruction).

### Méthodologie

Entre septembre 2005 et septembre 2011, toutes les femmes de 18 à 40 ans, vivant en région PACA ou en Corse et incluses dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un primo diagnostic de cancer du sein ont reçu une invitation par courrier à participer à l'étude. Les femmes souffrant d'un cancer d'emblée métastatique n'étaient pas éligibles. Toutes les femmes ayant renvoyé leur consentement écrit ont répondu à un premier questionnaire postal puis ont été ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10, 16, 28, 48 mois du diagnostic. Le recueil des derniers suivis est toujours en cours. Des questionnaires médicaux sont parallèlement adressés aux médecins traitants et les données sur les prescriptions médicales sont recueillies tous les 6 mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

### Résultats

Les inclusions sont closes depuis septembre 2011 : 617 femmes ont été incluses (taux de réponse 73%). Les données du premier questionnaire ont montré que l'autopalpation était le mode principal de découverte de la maladie et que le délai entre la perception d'une anomalie mammaire et la première consultation était plus long quand l'anomalie détectée n'était pas une " boule " dans le sein. Les premières analyses longitudinales ont mis en évidence une mauvaise observance aux traitements hormonaux adjuvants prescrits pour diminuer le risque de récurrence, ainsi que la fréquence des plaintes d'ordre cognitifs deux ans après le début de la maladie (difficultés à se concentrer, troubles de la mémoire) en particulier chez les femmes ayant reçu un traitement chimiothérapique. Deux enquêtes qualitatives ont par ailleurs montré, d'une part la fréquence des douleurs chroniques vécues comme " normales " et non prises en charge sur le plan médical, et d'autre part l'importance du réseau social individuel pour faire face aux difficultés professionnelles qui souvent surviennent dès le diagnostic. D'autres analyses longitudinales sont en cours et seront finalisées en 2013, en particulier sur le parcours professionnel, l'accès aux reconstructions mammaires et le projet reproductif.

### Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Recherche (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 « Cancéropôles en émergence » ; Conseil Régional Provence-Alpes Côte-d'Azur ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Fondation de France ; Institut National du Cancer (INCa) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; Institut National du Cancer (INCa) et Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) : appel à proposition de recherche " Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer " ; Cancéropôle Paca.

### 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.

### 3. Etude Longitudinale sur l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de 65 à 80 ans dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et le Var

Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 65)

Période : 2004-2015

#### Problématique

En raison de la grande hétérogénéité de la population des plus de 65 ans et bien que le cancer soit en premier lieu une maladie du sujet âgé, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la survie à long terme des patients cancéreux âgés et à leurs besoins. La région PACA est l'une des régions françaises où l'index de vieillissement est le plus élevé, ce qui a permis d'envisager la mise en place d'une cohorte de femmes de plus de 65 ans. Le cancer du sein dont l'incidence est maximale vers 65 ans et qui représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers féminins, a été choisi comme pathologie d'étude. La cohorte régionale ELIPPE 65 a donc été initiée en janvier 2007 dans ce contexte particulier.

#### Objectifs

L'objectif principal de ce projet est de documenter les conséquences à moyen et long termes du cancer du sein et de ses traitements sur la vie quotidienne, la vie sociale, la qualité de vie et la survie des femmes atteintes. Etant donné la fréquence des co-morbidités dans cette tranche d'âge, l'impact du cancer du sein sur la qualité de vie doit être étudié par rapport aux autres pathologies chroniques, qu'elles engagent ou non le pronostic vital. Certains thèmes sont particulièrement développés dans les questionnaires : impact de la maladie cancéreuse et des effets secondaires des traitements sur l'autonomie des patientes (douleurs chroniques, lymphoedème, effets secondaires des traitements hormonaux), accès aux différents traitements (chimiothérapie, techniques chirurgicales, reconstruction mammaire), place de l'assistance familiale et/ou professionnelle dans le suivi à long terme. Les données recueillies permettront aussi de décrire les circonstances du diagnostic, les délais de prise en charge et la participation des patientes aux choix thérapeutiques.

#### Méthodologie

Entre janvier 2007 et septembre 2010, toutes les femmes âgées de 65 à 80 ans, vivant dans l'un des trois départements principaux de la région PACA (06,13, 83) et incluses dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de primo cancer du sein ont été invitées par courrier à participer à l'étude. Les femmes présentant un cancer d'emblée métastatique ou souffrant de pathologies psychiatriques graves (démence) n'étaient pas éligibles. Toutes les femmes qui ont accepté de participer ont été invitées à répondre à un questionnaire postal initial, puis à une interview en face-à-face à leur domicile (10 mois après le diagnostic de cancer), et à une interview téléphonique 2 et 4 ans après. Une mini évaluation gériatrique centrée sur l'autonomie physique et psychique a été réalisée au domicile de la personne. Le recueil des derniers suivis est toujours en cours. Lors de chaque interview, un questionnaire médical est adressé au médecin traitant et les données sur les prescriptions médicales sont recueillies tous les 6 mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

#### Résultats

Les inclusions sont closes depuis juin 2010 ; 676 femmes ont été incluses avec un taux de réponse de 56%. Le cancer du sein dans cette tranche d'âge est très majoritairement découvert par mammographie mais seulement dans la moitié des cas via le dispositif de dépistage organisé gratuit et garantissant une double lecture. Les premières analyses sur les données de suivi ont mis en évidence une sous-utilisation par les chirurgiens de la méthode du ganglion sentinelle chez les femmes les plus âgées alors que l'impact d'un curage ganglionnaire peut être majeur sur la qualité de vie à long terme (lymphoedème invalidant) et une observance aux traitements hormonaux adjuvants qui a tendance à s'effriter dans le temps, notamment chez les femmes utilisant des thérapies non conventionnelles. Enfin, la douleur chronique est fréquente mais souvent non verbalisée et non prise en charge sur le plan médical. Plusieurs analyses seront réalisées en 2013 sur l'accès aux chimiothérapies, le dépistage et le suivi des plus âgées, l'évolution de la dépendance et la place des aidants naturels dans l'aide au quotidien.

#### 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 ; Cancéropôle Paca ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

#### Partenaires

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

# 4. Impact du traitement du cancer du sein et du suivi médico-psycho-social sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées

Sigle : ELIPPSE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES

Période : 2011-2015

### Problématique

L'incidence du cancer du sein est maximale vers 65 ans et il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers féminins diagnostiqués. Au cours dernières années, de nouvelles thérapies adjuvantes ont démontré leur efficacité et il y a actuellement de plus en plus de " survivantes " du cancer, vivant avec le cancer comme avec une maladie chronique. Plus récemment, le concept de personnalisation des soins a retenu l'attention des oncologistes. Son objectif est d'éviter les effets secondaires inutiles et d'augmenter l'efficacité des traitements. Mieux prendre en compte la morbidité associée aux traitements du cancer est devenu un enjeu important avec l'augmentation de l'espérance de vie des patientes. Jusqu'à présent cependant, peu de progrès ont été réalisés pour identifier les stratégies thérapeutiques les plus efficaces au plan individuel et de nombreux patients, en particulier âgés, sont soit " sur " traités soit " sous " traités.

En 2007, l'UMR912 de l'INSERM, en collaboration avec l'ORS PACA, a mis en place ELIPPSE 65, une cohorte de femmes âgées de 65 ans et plus, souffrant d'un cancer du sein. Ses principaux objectifs étaient d'étudier les conséquences à long terme du cancer du sein sur la vie quotidienne, la qualité de vie et la survie. Cette cohorte peut également répondre à des questions plus spécifiques, en particulier sur le suivi médico-psychologique à long terme après un cancer du sein.

### Objectifs

Les objectifs de ce projet sont d'analyser dans la cohorte ELIPPSE 65 existante :

- les circonstances du diagnostic du cancer du sein, les délais avant la première consultation et avant le début du traitement, la prise en charge médico-psychologique initiale
- le suivi médical, psychologique et social dans les 4 ans suivant le diagnostic
- l'impact du traitement initial et du suivi médical, social et psychologique sur la qualité de vie et la survie des patients.

Les données collectées dans la cohorte permettront d'analyser le suivi des patients en fonction de leur âge, de la gravité de leur cancer, de l'endroit où elles vivent, de leur autonomie et de leur statut socio-économique, et de mettre en évidence de possibles inégalités dans l'accès aux soins et au suivi à long terme.

### Méthodologie

Les données utilisées sont extraites des suivis de la cohorte ELIPPSE 65. Les inclusions sont closes depuis juin 2010 ; 676 femmes ont été incluses avec un taux de réponse de 56%. Les derniers interviews téléphoniques à 4 ans du diagnostic seront réalisés en 2014. Les données sont analysées avec les logiciels SPSS et STATA. Il est prévu de réaliser des analyses transversales, longitudinales et de survie.

### Résultats

Les premières analyses mettent en évidence une sous-utilisation par les chirurgiens de la technique du ganglion sentinelle chez les femmes les plus âgées, conduisant à la réalisation de curages axillaires " inutiles " et à l'apparition de lymphoedèmes handicapants. En dépit des recommandations des gériatres, l'âge chronologique semble toujours déterminant dans le choix thérapeutique, indépendamment de l'âge physiologique. Une deuxième analyse a concerné l'observance à long terme aux traitements hormonaux adjuvants: 25% des femmes ont interrompu leur traitement au bout de deux ans, l'interruption étant plus fréquente chez les femmes utilisant des thérapies non conventionnelles. Enfin, la douleur chronique apparaît fréquente mais elle est souvent non verbalisée et non prise en charge sur le plan médical alors qu'elle altère considérablement la qualité de vie. En 2013 seront étudiés l'accès à la chimiothérapie, le suivi médical et la satisfaction des patientes, l'évolution des aides familiales et institutionnelles dans le temps, ainsi que les modes de découverte du cancer chez les femmes les plus âgées.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

### Partenaires

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

# 5. Prévalence des syndromes douloureux chez les survivants de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPSE et de l'enquête nationale CDV2011

Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPSE/CDV

Période : 2013-2014

### Problématique

Si ces dernières années des politiques nationales ont été mises en place pour promouvoir et développer la lutte contre la douleur, l'évaluation et le traitement des douleurs résiduelles ou chroniques chez les patients cancéreux restent néanmoins problématiques et ne font toujours pas l'objet d'un consensus comme en témoignent les données issues de l'enquête nationale 2010 pilotée par l'INCA. Les résultats de cette enquête sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer, diffusés en Mars 2012, confirment l'insuffisance de la prise en charge de la douleur cancéreuse établissant même à hauteur de 62 % la part des patients douloureux en situation de cancer avancé sous-traités du fait d'un traitement de fond insuffisant ou inadapté, en inadéquation avec l'intensité de la douleur.

Face à ce constat alarmant, il devient dès lors légitime de s'interroger sur la situation particulière des survivants du cancer à distance du traitement initial : la question de la prise en charge de la douleur devient dans ce cas beaucoup plus sensible car elle a un effet direct sur la qualité des processus de réinsertion professionnelle et de réintégration sociale des patients après l'atteinte du cancer. En effet, l'investigation réalisée par l'INCA se limitant à des patients ayant pour la plupart un recul de moins d'un an par rapport à la phase de traitement initial notamment la chimiothérapie, très peu de données récentes nationales sur la situation de patients à distance du diagnostic et de la phase de traitement sont à ce jour disponibles en France. Il convient donc de mieux connaître la prévalence des douleurs chroniques et l'état de la prise en charge pour ce type de patients et tout particulièrement, pour les plus vulnérables vis-à-vis de l'accès au traitement antalgique, à savoir les femmes et les patients plus âgés.

C'est dans cette perspective, et dans le prolongement de l'investigation menée par l'INCA, que ce projet d'exploiter conjointement les données longitudinales et transversales relatives au vécu de la douleur et à sa prise en charge a été élaboré.

### Objectifs

L'objectif principal est de mesurer la prévalence des douleurs chroniques et la prise en charge médicale associée chez des patients cancéreux à distance d'un primo diagnostic de cancer (2 à 4 ans).

Les objectifs secondaires sont :

- d'étudier l'effet de l'âge dans la perception et l'impact de la douleur chronique chez les survivants du cancer en comparant les plus jeunes aux plus âgés,
- de comparer la situation régionale à la situation nationale pour les femmes atteintes d'un cancer du sein,
- de rendre compte des facteurs médicaux et sociaux susceptibles d'influencer le vécu de la douleur chronique chez les patients cancéreux ainsi que le recours à des soins spécifiques,
- d'identifier certaines caractéristiques sociales ou médicales associées à des situations de "sous-traitement".

L'exploitation conjointe des données recueillies dans ces deux programmes de recherche portant sur les survivants du cancer et leur valorisation scientifique sous forme de publications et de communications permettront de participer pleinement au travail initié au niveau national à la suite du plan cancer visant à améliorer l'accès à une prise en charge médicale et un suivi adapté pour les patients cancéreux.

### Méthodologie

Des analyses statistiques (statistique inférentielle : description et modélisation) seront engagées à partir des données issues des recueils mis en œuvre dans le cadre des suivis régionaux ELIPPSE (qui comportent un volet spécifique sur la douleur) et de l'enquête nationale CDV-2011 (dont une section du questionnaire concerne le vécu de la douleur).

Les cohortes ELIPPSE (recueil en cours et suivi programmé jusqu'en 2015) concernent 500 femmes jeunes et 700 femmes âgées suivies pendant 5 ans après le diagnostic d'un cancer du sein.

L'enquête CDV-2011 (recueil achevé fin 2012) est une enquête nationale réalisée auprès de 6 000 patients deux ans après un primo diagnostic de cancer (11 localisations concernées). Parmi ces 6 000 patients, près de la moitié était âgé de moins de 50 ans au moment du diagnostic.

### Commanditaires

Canceropôle PACA

# 6. Continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer

Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES

Période : 2012-2015

### Problématique

Les voies par lesquelles les maladies peuvent entretenir, voire accroître, les inégalités sociales préexistantes demandent de désintriquer les inégalités d'exposition sociale et professionnelle à la maladie de celles liées à l'incertitude pesant sur l'emploi provenant des conditions ordinaires de fonctionnement du marché du travail. Ce projet de recherches s'intéresse aux conséquences socioéconomiques des maladies et de leur traitement sans évincer, dans la simultanéité envisageable des phénomènes, la manière dont le statut socioéconomique a pu en favoriser l'apparition selon des canaux que les études épidémiologiques sont en outre capables d'identifier. La recherche propose de porter un nouveau regard sur les effets délétères du cancer sur la capacité des individus à se maintenir en emploi ou à retrouver en emploi après le premier diagnostic que nous avons effectué à partir des données de l'enquête conduite par la DREES et l'INCa en 2004 sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique. Elle entend s'appuyer sur la reconduction de cette enquête par l'INCa en 2012. A ce titre, elle propose un réexamen des conséquences du cancer sur la trajectoire professionnelle des individus deux ans après le diagnostic de cancer et entend mesurer l'évolution entre 2004 et 2012 des problèmes d'activité et d'emploi occasionnés par le cancer, dans le cadre d'un projet d'évaluation des politiques publiques de santé.

### Objectifs

La recherche s'articule autour de quatre objectifs :

1. évaluer les transitions sur le marché du travail des personnes atteintes d'un cancer entre emploi, non-emploi (chômage et inactivité), différencier ces transitions selon les critères retenus en hypothèse (genre, catégorie socioprofessionnelle, contrat de travail, auxquels peuvent être ajoutés des critères plus cliniques, comme le type de traitement reçu ou la localisation cancéreuse) et mesurer l'évolution de ces transitions entre 2004 et 2012 pour déterminer si les inégalités professionnelles face au cancer ont tendu à se réduire ou non ;
2. identifier la contribution propre du cancer dans l'évolution de la situation face à l'emploi : comparer l'évolution de la situation professionnelle des personnes atteintes d'un cancer avec celle de personnes non-atteintes pour isoler l'effet propre de la maladie du jeu ordinaire du marché du travail, de nouveau en fonction de critères de stratification variés (genre, catégorie socioprofessionnelle, contrat de travail) et mesurer l'évolution, entre 2004 et 2012, de la différenciation de la contribution propre du cancer à la situation face à l'activité et à l'emploi ;
3. mesurer l'importance des phénomènes de discrimination liés à la maladie : repérer la mesure dans laquelle la perte d'emploi ou la difficulté du maintien en emploi sont liées à la perte objective de productivité des travailleurs atteints d'un cancer ou à un jugement subjectif de l'employeur en contrôlant la possible endogénéité de la déclaration d'une situation de discrimination par le salarié à sa situation face à l'emploi et évaluer l'évolution entre les enquêtes 2004 et 2012 de la proportion d'individus en emploi au moment du diagnostic estimant avoir été victimes d'attitudes discriminatoires et de la perte de chances de maintien en emploi occasionnée ;
4. évaluer le retentissement du cancer dans un contexte de double incertitude économique et sanitaire pour les travailleurs indépendants : évaluer le retour au travail des indépendants dans le cadre d'une double comparaison avec des indépendants non-atteints par le cancer et d'autres travailleurs atteints d'un cancer.

### Méthodologie

Ce projet s'appuie sur la modélisation de l'offre de travail des individus atteints d'un cancer et l'estimation de la probabilité d'occurrence d'une série d'événements afférents : interruption du travail, maintien dans l'emploi, retour en emploi, bénéfice d'un congé-maladie, durée du congé-maladie, retrait d'activité, déclaration d'invalidité. Pour ce faire, il utilisera quatre grands jeux de données (enquête cancer de l'INCa-DREES (données 2004), enquête cancer de l'INCa (données 2012), enquêtes emploi de l'INSEE (données 2004 et 2012)) et mettra en œuvre des méthodes d'estimation économétrique dont certaines seront originales.

### Résultats

Le projet a débuté en janvier 2013. La première partie de la recherche sera consacrée à la description, par les survivants du cancer interrogés en 2012, des différents événements liés à leur situation socioprofessionnelle suite au diagnostic de la maladie. L'estimation de matrices de transition (maintien en emploi, non-emploi hors retrait d'activité, retraite) sera réalisée. Une première comparaison avec les résultats de l'enquête 2004 de la DREES et de l'INCa sera effectuée, en proposant différents caractères de stratification (genre, type d'emploi occupé, gravité de la pathologie).

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projet 2012 "Cancer : maintien dans l'emploi et retour au travail".



# 7. Points de vue croisés sur les critères d'efficacité à retenir lors de la procédure d'autorisation de mise sur le marché dans le contexte du cancer métastatique

Sigle : CRIT-EFF

Période : 2009-2012

### Problématique

Lorsqu'un nouveau traitement contre le cancer est découvert, il doit passer devant une commission pour obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et est évalué selon des critères "d'efficacité, de qualité et de sécurité". L'actualité récente a mis en avant la nécessité de questionner cette procédure, en particulier dans le contexte des cancers métastatiques avec l'apparition de molécules améliorant la survie sans rechute, mais sans incidence sur la survie globale.

### Objectifs

L'objectif principal est de questionner les critères d'évaluation des traitements anticancéreux en situation métastatique sur l'ensemble des dimensions concernées : critère clinique (survie globale, survie sans progression, ...), qualité de vie (QdV) au sens large, coût des traitements et modalité de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Parce que les opinions et perceptions diffèrent d'un individu à l'autre, mais aussi d'une population à l'autre, l'ensemble des acteurs concernés a été enquêté : patients (PA), oncologues médicaux (ON), membres de l'industrie pharmaceutique (IND), décideurs publics (DP) et membres de la population générale (PopGen).

### Méthodologie

Pour répondre à cet objectif, nous avons eu recours à la Q-methodology, introduite par W. Stephenson, physicien et psychologue, qui permet d'explorer la subjectivité tout en gardant la transparence, la rigueur et les fondements mathématiques des techniques quantitatives. Typiquement, on présente aux individus un ensemble d'énoncés sur un sujet et on leur demande de les classer... sur une grille (distribution quasi-normale). Les résultats permettent de décrire une "population" de points de vue, c'est cette transposition qui s'appelle une Q-analysis. Les facteurs qui en résultent représentent des groupes d'individus qui ont un point de vue similaire.

Le questionnaire a été administré en face à face assisté par ordinateur à 54 patients à 18 mois de leur diagnostic de cancer et à 50 membres de la population générale. Il a été rempli en ligne par 27 oncologues médicaux, 2 membres de l'industrie pharmaceutique et 19 décideurs publics.

### Résultats

Trois facteurs ont émergé de l'analyse :

1/ La perspective sociétale qui explique 27% de la variance : Les 72 personnes corrélées à ce facteur (16 DP, 18 ON, 13 PA et 25 PopGen) accordent une importance plus importante à la qualité de vie qu'à la durée de vie. Ils mettent en avant le besoin de transparence sur les résultats des commissions d'AMM et de ré-évaluation des traitements ayant obtenu une AMM, préférant un recours plus fréquent aux autorisations temporaires avant la délivrance d'AMM définitives. Le souhait que les patients soient représentés, et que la déclaration des effets secondaires déclarés par les patients soit considérée lors des commissions d'AMM, est exprimé. Enfin le point qui distingue particulièrement ce facteur des deux autres est le souhait que le coût des traitements soit considéré lors de la procédure d'AMM.

2/ La perspective du patient, qui explique 11% de la variance : Les 18 personnes corrélées à ce facteur (3 ON, 11 PA, 3 PopGen) expriment un point de vue plus centré sur le patient. Si la QdV est aussi considérée comme plus importante que la durée de vie, un poids plus important est accordé aux bénéfices des traitements. La perspective vis-à-vis du coût des traitements est radicalement différente, excluant l'idée de le considérer lors de la procédure d'AMM. Si le besoin de transparence et de ré-évaluation est mis en avant, ainsi que la prise en compte de la déclaration des effets secondaires par les patients ; le souhait d'inclure un représentant de patient est moins plébiscité et un représentant de la PG est rejeté. Enfin la possibilité de recourir aux autorisations temporaires est vue comme un moyen d'accélérer l'accès à des traitements.

3/ La perspective du bénéfice clinique, qui explique 6% de la variance : Les 8 personnes corrélées à ce facteur (5 ON, 2PA, 1 PopGen) donnent priorité à tout ce qui est générateur de gain clinique, augmente l'éventail des traitements disponibles et accélère l'accès aux traitements. Au contraire des deux autres facteurs, la durée de vie prime sur la qualité de vie.

### Commanditaires

Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC).

### Partenaires

Institut Paoli Calmettes.

# 8. Risques compétitifs et cancer : tests d'adéquation et estimations sans biais des effets lorsque le modèle de régression est mal spécifié

Sigle : RISQUES COMPÉTITIFS ET CANCER

Période : 2012-2015

### Problématique

Dans le domaine de la recherche clinique en cancérologie, les patients sont exposés à différentes causes d'échec et les risques encourus sont souvent compétitifs car l'échec d'une cause donnée prévient la survenue d'un échec d'autres causes. Par exemple les patients traités après chirurgie peuvent rechuter localement ou à distance, développer un second cancer ou décéder d'une cause non liée à la maladie. Dans le cadre de la greffe de cellules hématopoïétiques, la rechute liée à la maladie et le décès lié à la toxicité des traitements sont les deux principales causes d'échec des protocoles.

Plusieurs méthodes ont été proposées pour résumer les données de survie en présence de risques compétitifs. La représentation graphique de courbes d'incidence cumulative d'une cause d'échec au cours du temps fait l'objet d'un large consensus dans la littérature car d'interprétation facile et aisée. Différentes approches ont été proposées pour estimer et comparer l'effet de covariables sur la fonction d'incidence cumulée (CIF) d'un événement d'intérêt en présence de risques compétitifs. L'estimation de la fonction d'incidence cumulée (CIF) d'un événement par l'estimateur de Prentice, la comparaison de courbes d'incidence cumulative par un test de Gray et le modèle de régression de Fine et Gray sont des méthodes de référence pour l'analyse des risques compétitifs notamment en cancérologie.

Un écart aux hypothèses d'un modèle conduit le plus souvent à des estimations biaisées voire des conclusions erronées.

Contrairement aux estimations de l'effet de covariables sur la survie de patients par un modèle de régression de Cox, les limites du modèle de régression de Fine et Gray sont l'absence de tests d'adéquation permettant de tester un écart aux hypothèses du modèle, d'outils permettant d'affiner le modèle et de méthodes robustes d'estimation des effets de covariables en cas de non-respect des hypothèses ou de censure informative.

### Objectifs

L'objectif de ce projet est de proposer des tests d'adéquation et des méthodes d'estimation de l'effet de covariables sur la fonction d'incidence cumulative d'un événement d'intérêt dans le cadre d'un modèle de régression de Fine et Gray valides en cas de non respect des hypothèses du modèle ou de censure informative.

### Méthodologie

Des simulations permettront d'étudier les conséquences d'un écart aux hypothèses des modèles selon différents scénarii ainsi que les performances des méthodes proposées et de modèles concurrents. L'analyse de données d'études cliniques en cancérologie permettra d'apprécier le biais des résultats d'analyse reportés dans la littérature et d'améliorer les recommandations en matière d'analyse des risques compétitifs

### Résultats

La première étape de ce projet repose sur une revue et une analyse approfondie de la littérature biostatistique dans le domaine. Au cours de l'année 2013, nous effectuerons le développement théorique pour les équations d'estimation en fonction d'hypothèses non proportionnelles et de censure informative. Un programme sous R sera développé et validé selon différents scénarii cliniques.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projets 2011 "Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique".

### Partenaires

Institut Paoli Calmettes, Marseille (Coordination du projet) ; Université de Waterloo, Ontario ; Institut Claudius Regaud, Toulouse ; Centre Oscar Lambret, Lille.

## 9. Défis dans l'estimation de la survie nette

Sigle : CENSUR

Période : 2012-2016

### Problématique

L'estimation de la survie est utilisée dans de nombreuses études médicales visant à étudier le pronostic de patients, l'impact de certaines variables sur la maladie étudiée. Plus généralement, l'estimation de la survie est un indicateur pertinent pour juger du contrôle de la maladie. Pour les pathologies chroniques, comme le cancer, la création de registres a permis d'améliorer les connaissances épidémiologiques. Depuis ces dernières décennies, les données de registres de cancer sont largement utilisées pour évaluer et améliorer la qualité des soins. Les analyses sont généralement effectuées en utilisant les méthodes de la mortalité en excès qui visent à estimer et à modéliser l'excès de mortalité auquel est soumis un groupe de patients et à en déduire leur survie nette (c'est-à-dire la survie corrigée pour les autres causes de décès). Dans ce contexte, la modélisation a pour objectif d'étudier l'impact des facteurs pronostiques sur l'excès de mortalité et d'évaluer la probabilité de guérison dans différents groupes de patients. Les estimations de la survie par cancer, obtenue à partir de données « de population » recueillies au sein des registres de cancers existants, sont régulièrement analysées et publiées dans les différents pays européens. Des comparaisons entre pays ne sont justifiées que si les méthodes utilisées ont pris en compte les biais inhérents aux études d'observation et sont le fruit d'une réflexion et d'une stratégie de développement auxquelles tout les partenaires concernées adhèrent. Le développement et l'harmonisation de cette méthodologie trouvent donc ici leur pleine justification.

### Objectifs

L'objectif global de ce projet est d'améliorer les méthodes actuelles d'estimation de la survie nette (mortalité en excès) et d'élargir leur champ d'application en vue d'obtenir : (i) des outils permettant de modéliser des données complexes; (ii) des estimations plus précises qui permettent d'avoir des informations sur la survie de patients atteint de la maladie étudiée et sur son impact sur la Santé Publique.

Ce projet comporte trois axes de recherche visant à : (1) proposer de nouveaux développements méthodologiques pour répondre aux questions qui sont le résultat de nos travaux au cours de notre projet précédent (MESURE ; ANR-09-BLAN-0357-01) ; (2) étendre et évaluer de nouvelles méthodes et modèles statistiques ; (3) transférer des méthodes d'estimation de la survie nette utilisée dans le cadre du cancer à d'autres applications spécifiques.

### Méthodologie

Les objectifs seront atteints en suivant une méthodologie d'élaboration de projet divisé en 4 work packages et organisé en 11 Tâches, dont une dédiée à la coordination du projet (Tâche 1).

Le WP1 est dédié à de nouveaux développements méthodologiques reliés directement aux résultats obtenus dans notre projet précédent MESURE (Méthodes d'Estimation de la SURvie Relative).

Le WP2 concerne l'extension et l'évaluation de méthodes statistiques pour estimer la survie nette.

Le WP3 porte sur le développements méthodologiques pour des applications spécifiques nouvelles.

Le WP4 concerne la dissémination des résultats obtenus dans ce projet, et plus généralement, des méthodes statistiques pour l'analyse de la survie nette

### Résultats

Le travail sur les Tâches 2, 3 et 4 sera mis en place dès le démarrage du projet en 2013 et la Tâche 5 débutera à M+6. Certains livrables seront disponibles au cours de l'année 2013, ceux de la Tâche 2 et certains des Tâches 3 et 4, dont la fin est planifiée à M+18.

### Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel à projets blanc 2012 Physiologie, physiopathologie, santé publique.

### Partenaires

Service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon ; Service de Biostatistique du CHU de Dijon ; INRS - Département d'Epidémiologie en Entreprise ; Réseau des registres français des cancers (FRANCIM) ; Non communicable Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Londres) ; Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Superior di Sanita, Roma (Italy) ; Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill university, Montreal (Canada) ; Institute for Biostatistics and Medical Informatics, Faculty of Medicine, Ljubljana (Slovenia).



# 1. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC

Sigle : METHAVILLE

Période : 2008-2013

### Problématique

En réponse à une demande du Ministère de la Santé, le projet "Méthaville" se propose d'évaluer si, à l'image de ce qui se passe avec la primo prescription en CSST, l'initiation de la substitution par la méthadone en médecine de ville permettrait de réduire les pratiques à risque de transmission du VHC tout en assurant la sécurité et le maintien en traitement.

### Objectifs

Les objectifs de ce projet sont :

- de comparer, en terme de non infériorité, la proportion de sujets non consommateurs des substances opiacées après un an de traitement chez des patients ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).
- de comparer après un an de traitement, chez des patients dépendants aux opiacés ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus CSAPA :
  1. la prévalence des autres pratiques à risque de transmission du VHC (partage du matériel d'injection ou de sniffing, autres pratiques à risque de contamination par voie cutanée, comportement sexuel, ...)
  2. l'efficacité du traitement mesurée en termes d'observance au traitement, de prévalence des pratiques addictives, d'évolution du niveau d'insertion sociale, de qualité de vie, de prévalence des comorbidités psychiatriques, de criminalité, de satisfaction à l'égard du traitement et de coût efficacité.

### Méthodologie

Le projet Méthaville est une recherche biomédicale sous la forme d'un essai randomisé à deux bras, multicentrique et sans insu comparant deux stratégies de prise en charge par la méthadone. Les patients sont randomisés selon le lieu de prescription initiale de la méthadone : en CSST ou en médecine de ville. La méthadone est dispensée par des pharmacies internes (CSST) ou des pharmacies de ville, associées au projet.

Critère de jugement principal : la proportion de non-consommateurs d'opiacés parmi les patients suivis en centre sera de 70%.

Critères de jugement secondaires : 1/ prévalence des autres pratiques à risque de transmission du VHC (partage du matériel d'injection ou de sniffing, autres pratiques à risque de contamination par voie cutanée, comportement sexuel, ...); 2/ efficacité du traitement (proportion de patients observants au traitement, prévalence des pratiques addictives, niveau d'insertion sociale, amélioration de la qualité de vie, diminution des comorbidités psychiatriques, diminution des actes de délinquance, niveau de satisfaction des patients, coût-efficacité du traitement).

### Résultats

Les inclusions sont terminées depuis le 02 janvier 2011 ; le dernier patient inclus a terminé son suivi en janvier 2012.

Dix centres ont participé à Méthaville, représentant 9 régions ; 221 personnes ont été randomisées, 66 en CSAPA et 155 en ville. 49 ont accepté la randomisation en CSAPA et 147 en ville.

La majorité des patients inclus dans Méthaville sont des hommes, âgés de 32 ans en médiane. La moitié a un emploi et vit en couple. Plus d'un tiers a des enfants.

La randomisation a permis d'avoir deux échantillons similaires en termes de caractéristiques sociodémographiques. La consommation d'opioïdes, cocaïne et tranquillisants diminue de façon significative au cours du temps. Les patients en relais de traitement par buprénorphine à l'inclusion déclarent une consommation significativement plus élevée de tranquillisants que les autres. L'usage de produits n'est pas significativement différent entre les deux bras. Les pratiques de sniffing et d'injection de drogues diminuent significativement au cours du temps. Les autres pratiques à risque de VHC sont stables dans le temps. Une tendance à un moindre recours au sniffing est observée chez les patients ayant initié en médecine de ville ( $p=0,09$ ). Une diminution significative du risque suicidaire, des symptômes dépressifs et du score à l'échelle de désespoir de Beck est observée entre M0 et M12.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) en partenariat avec le Ministère de la Santé.

# 2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection

Sigle : AERLI

Période : 2011-2014

### Problématique

La politique française pour la réduction des risques a contribué très largement à réduire l'incidence du VIH chez les personnes consommatrices de produits psycho-actifs par la voie injectable (les personnes CPPVI). Cependant, la prévalence et l'incidence des infections par le virus de l'hépatite C (VHC) ainsi que des dommages veineux restent encore très élevés dans cette population. Ce projet permettra d'expérimenter et d'évaluer, la mise en place de dispositifs innovants à même d'améliorer la santé de ces personnes. L'accompagnement et l'éducation à l'injection a pour objectif principal de permettre aux personnes CPPVI d'apprendre à s'injecter d'une façon plus sûre et de mieux gérer, d'une façon autonome, les risques associés à la pratique de l'injection, notamment les infections virales (VHC et VIH) ainsi que les autres dommages et infections associés à l'injection. Elle consiste en une série de sessions éducatives avec des personnes CPPVI demandeuses d'un soutien sur leur pratique de l'injection comprenant à la fois, un échange pédagogique sur les pratiques d'injection de la personne et les questions qu'elle se pose ; et l'injection par la personne d'une substance qu'elle consomme habituellement en présence d'acteurs associatifs formés.

Ce projet de recherche contribue à atteindre l'un des objectifs du Plan National de Lutte contre les Hépatites B et C 2009- 2012 à savoir : "disposer de recommandations pour l'élaboration de programmes légitimés d'éducation aux risques liés à l'injection afin de réduire les pratiques à risques." En outre, la Supervision Éducative de la Consommation de Substances (SECS) et son évaluation s'inscrivent légalement dans le référentiel français de la réduction des risques en direction des usagers de drogues approuvé par décret le 14 avril 2005.

### Objectifs

L'objectif principal de cette recherche est de mesurer les effets d'une intervention éducative auprès des personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), centrée sur les pratiques d'injection en particulier liées aux risques de transmission de pathologies infectieuses (VIH, VHC) et de dommages veineux. Cette étude permettra par ailleurs de mesurer la faisabilité et l'acceptabilité de ce type d'intervention éducative dans les CAARUD ainsi que l'ampleur du renforcement des compétences des personnes ayant bénéficié de l'accompagnement à l'injection, notamment d'un point de vue psycho-social (par exemple le niveau d'appropriation de l'enseignement reçu, le niveau de recours aux services de dépistage, de soins et de soutien, etc.).

### Méthodologie

Cette recherche multicentrique nationale comparera l'évolution des critères pendant un an entre :

- Un groupe intervention composé de personnes qui bénéficieront des séances d'accompagnement à l'injection dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogués (CAARUD) sélectionnés (au moins 3 séances étalées sur une durée maximale de 5 mois)

- Un groupe témoin composé de personnes qui fréquentent des CAARUD fonctionnant selon le référentiel de la pratique courante.

Les données seront collectées auprès des personnes recrutées dans l'étude, lors d'entretiens téléphoniques avec un enquêteur du centre de méthodologie et de gestion. Ces entretiens intégreront notamment des échelles quantitatives validées portant sur les gestes susceptibles de transmettre le VHC dans le mois précédant l'entretien (BBVTRAQ- SV) et sur des facteurs motivationnels associés à l'appropriation sur le long terme par les personnes de comportements favorables à leur santé. L'évaluation sera faite à J0, M6 et M12 pour chacun des groupes.

Il est prévu d'inclure 250 personnes, soit 125 dans chaque bras.

### Résultats

La phase d'inclusion a débuté en juillet 2011 dans 17 centres (8 centres Interventions et 9 centres Témoins) en France métropolitaine, et s'est terminée en décembre 2012. 273 personnes ont signé un consentement pour participer à l'étude (154 dans le groupe intervention et 119 dans le groupe témoin). Parmi elles, 244 ont réalisé leurs J0 (135 dans le groupe intervention et 109 dans le groupe témoin) et 65 leurs M6 (39 dans le groupe intervention et 26 dans le groupe témoin).

Une évaluation est réalisée à six mois (M6) et à un an (M12) pour chacun des groupes.

### Commanditaires

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

### Partenaires

AIDES ; Médecins du Monde.

### 3. Evaluation de l'efficacité d'un psychostimulant pour la prise en charge de la dépendance à la cocaïne en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du Virus de l'Hépatite C : Phase pilote sur l'étude des bénéfices/risques du méthylphénidat

Sigle : STIMAGO

Période : 2013

#### Problématique

Aujourd'hui en France, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) malgré l'accès aux traitements de substitution aux opiacés n'a pas connu de décroissance marquée chez les usagers de drogue (UD). Les données de la littérature montrent qu'il existe un lien étroit entre la transmission du VHC et la consommation de stimulants et tout particulièrement de la cocaïne et du crack. En effet, par leurs propriétés psychostimulantes et leur durée d'action courte dans l'organisme, ces substances conduisent à multiplier les pratiques à risque de transmission du VHC liées à une fréquence de consommation plus élevée qu'avec les opiacés. De plus, les stimulants sont caractérisés par leur capacité à provoquer un besoin irrésistible de consommer à nouveau (« craving »). La grande différence avec les opiacés est qu'il n'existe aucun traitement pharmacologique efficace, le seul traitement de référence étant la thérapie cognitivo-comportementale. Des études menées sur les psychostimulants et les dérivés amphétaminiques montrent que ces médicaments sembleraient avoir des effets positifs prometteurs sur les UD dépendants à la cocaïne.

#### Objectifs

Cette étude est la phase pilote d'un prochain essai clinique. Elle vise à évaluer dans un premier temps les bénéfices et les risques d'un psychostimulant chez des personnes dépendantes à la cocaïne ou au crack, le méthylphénidate (MPH), puis dans un deuxième temps d'étudier l'impact de ce traitement sur les pratiques à risque de transmission du VHC. La phase pilote permettra d'évaluer la tolérance des patients au MPH à travers le suivi de nombreux paramètres biologiques et la perception des effets secondaires. De plus, elle nous permettra de décrire la dose efficace du médicament ainsi que son efficacité selon l'évolution de la consommation de cocaïne des patients ainsi que d'autres critères de jugement comme l'observance au traitement.

#### Méthodologie

Il s'agit d'une étude avant-après (de phase II) multicentrique non comparative avec un suivi hebdomadaire d'une durée de 3 mois. La taille de l'échantillon sera de 20 patients recrutés dans le Centre de Soins et d'Accompagnement pour les Addictions (CSAPA) de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille. Les données socio-comportementales seront recueillies à l'aide d'entretiens téléphoniques et d'auto-questionnaires. Des bandelettes urinaires et des prélèvements sanguins seront réalisés afin d'obtenir les données biologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

#### Résultats

Le site clinique est le service d'addictologie de l'Hôpital Sainte Marguerite, à Marseille, avec pour investigateur principal le Professeur Nicolas Simon.

Début 2013, les demandes d'accord ont été adressées aux différentes instances compétentes ; l'essai clinique démarrera seulement après réception de ces avis favorables. Les questionnaires téléphoniques et médicaux ont été finalisés et les commandes des produits pharmaceutiques et produits de diagnostic seront effectuées dès les accords obtenus. Le recrutement des premiers patients démarrera aux environs de septembre 2013.

#### Commanditaires

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

#### Partenaires

Service Hospitalo-Universitaire d'Addictologie, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille.

### 4. Réseau européen de recherche sur les drogues illicites (European Research Area Network on Illicit Drugs)

Sigle : ERANID

Période : 2013-2016

#### Problématique

L'usage de drogues et le marché qui en découle reste un problème majeur en Europe d'autant que l'apparition de nouvelles drogues de synthèse complexifie la nature des stratégies de lutte et des politiques de prévention à mettre en œuvre. Les collaborations internationales s'imposent non seulement du point de vue opérationnel mais aussi dans le domaine de la recherche. C'est dans la perspective de développer une action concertée sur l'ensemble du territoire européen que le septième programme cadre de la Commission Européenne a soutenu la création d'ERANID.

ERANID est un réseau européen institutionnel constitué pour promouvoir la recherche en sciences sociales sur l'usage de drogues illicites.

#### Objectifs

L'objectif principal d'ERANID est d'établir un programme de recherche commun (SRA) matérialisé par la rédaction et le lancement par la Commission Européenne de deux appels à projets dans le domaine de recherche en sciences-sociales sur les drogues illicites.

ERANID s'appuie sur une coopération entre différents organismes de six états membres partenaires (Belgique, France, Italie, Royaume-Uni, Pays-Bas et Portugal). A ce jour, deux autres états membres sont associés (Allemagne et Suède) pour à terme rejoindre le réseau.

L'approche reste multidisciplinaire et concerne tous les aspects du marché des drogues (demande et offre). Une attention particulière est accordée aux drogues émergentes, aux groupes d'usagers les plus vulnérables, aux changements démographiques au sein de cette population ainsi qu'aux inégalités sociales que génère le recours aux drogues.

#### Méthodologie

La réalisation de deux appels à projets s'appuie sur trois étapes préalables successives.

Etape 1 : Recensement des recherches financées, réalisées et achevées dans entre 2006 et 2012.

Etape 2 : Analyse critique au regard des différents plans et programmes établis par les organismes européens spécialisés (Groupe Pompidou, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies)

Etape 3 : Consultation des différentes équipes de recherches européennes sur les recherches en cours et les priorités.

C'est donc sur la base de ces éléments que sera fixé le cadre des deux appels à projets rédigés par les partenaires d'ERANID.

Par ailleurs, un plan de communication sur le projet ERANID a été élaboré. Ce dernier prévoit d'assurer l'information régulière de l'ensemble des institutions et des partenaires européens ainsi que du NIDA américain sur l'avancée du travail engagé par le réseau. Cette information s'appuie sur différents supports (site internet, lettre d'information, participation à des séminaires ou des congrès...).

#### Résultats

L'année 2012 a vu la mise en place administrative du projet : convention entre les différents partenaires, rédaction du contrat de consortium, plan de financement...

Conformément au planning établi, après le meeting inaugural (en janvier 2013 à Amsterdam), le premier semestre 2013 devrait voir la réalisation de la première étape du projet, à savoir le recensement au niveau européen des recherches sur l'usage de drogues engagées dans le domaine des sciences sociales. Les résultats préliminaires de ce travail seront restitués lors d'un séminaire de travail devant se tenir courant avril 2013 à Marseille. Le second semestre de l'année 2013 sera consacré à la deuxième étape du projet qui s'appuie sur une consultation des équipes de recherches implantées en Europe.

#### Commanditaires

Commission Européenne.

#### Partenaires

Belgique : Ministère de la programmation politique scientifique (BELSPO)

Europe : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)

France : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS).

Italie : Presidenza del consiglio dei ministri (DPA).

Pays-Bas : Zorgonderzoek nederland Zon (ZonNw), Ministerie van volksgezondheid welzijn en sport (MoH).

Royaume-Uni : Liverpool John Moores University (NWPFO), Departement of Health (DH), Home office (HO).



# 5. Etude socio-économique des jeux de hasard et d'argent

Sigle : ETUDE SOCIO-ECO JEUX

Période : 2013

### Problématique

Les jeux de hasard et d'argent sont pratiqués par la moitié de la population française. Ils représentent un poids économique important : près de 40 milliards de mises par an, dont 5 milliards reviennent à l'état sous forme de prélèvements fiscaux, et 100 000 emplois générés. Des études permettant d'apprécier les impacts sanitaires, sociaux et économiques de cette activité ont déjà été réalisées dans plusieurs pays, majoritairement anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande), ainsi qu'en Suisse. A ce jour, aucune étude française ne s'est penchée sur le sujet. Il s'agit donc de combler ce manque.

### Objectifs

L'étude a pour objectif de fournir des éléments d'évaluation permettant d'éclairer la question du bilan entre les coûts et bénéfices (monétaires et non-monétaires) entraînés par les pratiques de jeux de hasard et d'argent, dans les sphères économique, sanitaire et sociale. Cela inclut notamment : les créations d'emplois directs et indirects, le plaisir retiré d'une consommation raisonnable, les dépenses liées au traitement de la dépendance, les pertes de productivité, les difficultés familiales, la criminalité... Il s'agira concrètement de : (i) définir une stratégie d'estimation, (ii) identifier les éléments immédiatement disponibles et (iii) définir les besoins de production de connaissances complémentaires, qui devront permettre d'établir une évaluation la plus exhaustive possible d'ici 3 à 5 ans.

### Méthodologie

Ce type d'étude s'inscrit dans la tradition des études dites de "coût social" appliquées à la consommation de substances (tabac, alcool, drogues illicites). La raison de cette filiation tient au fait que la pratique des jeux de hasard et d'argent, tout comme la consommation de substances, constituent des "activités de plaisir avec potentiel d'abus". Dans un premier temps, une revue de la littérature qui complètera et actualisera ce qui a été fait au cours de l'expertise collective « Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions » (Inserm, 2008) sera réalisée. Dans un deuxième temps, l'analyse critique de la littérature recensée permettra de définir le modèle théorique le plus pertinent et le mieux adapté au contexte français. Le troisième temps consistera en la recherche des données disponibles. L'ensemble des acteurs concernés de près ou de loin par l'activité des jeux de hasard et d'argent (entreprises proposant une offre, organismes impliqués dans la régulation du secteur ou la gestion de ses conséquences) sera recensé. Une revue minutieuse des données issues de la littérature scientifique française et internationale et des données produites par le système d'information statistique national (statistiques administratives, registres, enquêtes...) sera effectuée. Le rapport final sera issu de la compilation des données récoltées, selon le modèle théorique retenu, et permettra de fournir une première photographie du poids sanitaire, économique et social du secteur des jeux de hasard et d'argent en France. Un soin particulier sera accordé à la ventilation des résultats par type de coûts, ainsi que par type de jeux et, dans la mesure du possible, par type de joueurs.

### Commanditaires

Ministère de l'Economie et des Finances dans le cadre du "Marché de prestations intellectuelles ayant pour objet de réaliser un état des lieux sur les éléments permettant d'apprécier les impacts sanitaires, sociaux et économiques des jeux de hasard et d'argent".



## 1. Enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA 2010)

Sigle : VESPA2010

Période : 2010-2013

### Problématique

Près de 25 ans après l'identification des premiers cas de sida en France, et surtout 13 ans après l'introduction des multi-thérapies antirétrovirales, l'infection VIH se caractérise par une stabilité des nouveaux diagnostics. Mais, on observe encore une forte proportion de nouveaux cas chez les homosexuels masculins, ainsi que chez les hétérosexuels immigrés d'Afrique Sub-saharienne. Et malgré des progrès dans la précocité du diagnostic, il persiste un nombre encore trop élevé de diagnostics tardifs. L'enquête VESPA 2003 a permis de dresser, un tableau détaillé reflétant la diversité des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en France métropolitaine et dans les Départements Français d'Amérique (DFA).

### Objectifs

L'enquête VESPA 2010 a pour objectif de décrire de façon fine la situation actuelle des personnes séropositives prises en charge en France métropolitaine pour ce qui a trait à l'état de santé avec une pathologie chronique à vie, à la situation et au réseau social, à la situation économique et à la vie sexuelle. Il s'agit : 1) de mesurer des indicateurs, 2) de repérer les évolutions des conséquences sociales de la maladie depuis la dernière enquête VESPA 2003, 3) d'identifier des inégalités et leurs déterminants sociaux ou liés à la maladie ; 4) de regarder l'évolution entre 2003 et 2010 des conditions de vie et des comportements de prévention des personnes. Pour la première fois, des dimensions centrales de la vie des personnes séropositives seront caractérisées à large échelle en France (pauvreté matérielle, isolement, discrimination, la santé mentale...).

### Méthodologie

L'enquête VESPA 2010 a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de personnes séropositives représentatif au niveau national de la population ayant connaissance de son statut VIH et suivie en milieu hospitalier en 2011. La base de sondage était constituée de 122 hôpitaux métropolitains prenant en charge des patients séropositifs pour le VIH ; 68 hôpitaux ont été tirés au sort au sein de cette base. L'enquête a été réalisée dans 73 services, auprès de 373 médecins et auprès d'un échantillon aléatoire de 3000 patients vus en ambulatoire dans ces hôpitaux. Pour être éligibles, les sujets devaient être séropositifs pour le VIH-1 depuis au moins 6 mois, être âgés de 18 ans et plus, et résider en France. Les données patients ont été recueillies par le biais d'un questionnaire standardisé administré en face à face (CAPI) et d'un auto questionnaire. Un questionnaire médical a permis de recueillir les caractéristiques principales de la maladie VIH et les comorbidités. Afin de tenir compte du plan de sondage et de la non-réponse, les données brutes ont été corrigées par des poids qui permettent d'estimer les mesures et associations d'intérêt pour la population étudiée.

### Résultats

3 092 personnes ont participé à l'enquête dont 3 022 avaient un questionnaire CAPI complet. Le taux de participation questionnaires complets/sollicités est de 57,7%.

La moyenne d'âge est de 47 ans. 40% des répondants vivent seuls, 53,4% ont un niveau d'études inférieur au Bac. Afin de mieux caractériser la population dans les analyses, les groupes suivants ont été constitués :

- Groupe des HSH (c'est-à-dire des hommes ne se définissant pas hétérosexuel ou ayant eu un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois) est constitué de 1 337 personnes.
- Groupe des UDI (c'est-à-dire les usagers de drogues par injection définis sur la base du mode de contamination et des pratiques, hormis les hommes HSH), est constitué de 322 personnes.
- Groupe des migrants (c'est-à-dire les personnes nées en Afrique subsaharienne, hormis les hommes HSH) est constitué de 601 personnes.

762 personnes n'appartiennent à aucun des 3 groupes. Globalement, par rapport à 2003, le groupe des HSH est stable (39,1% vs 39%), le groupe des UDI est moins élevé en 2011 (9,7% vs 15,2%) mais le groupe des migrants est plus important (18,1% vs 9,2%). Les analyses se poursuivent et feront l'objet très prochainement d'une publication dans un numéro spécial du BEH.

### Commanditaires

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 Unité 687 (INSERM U687).

## 2. Dépistage rapide auprès des gays

Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS

Période : 2008-2013

### Problématique

Le dépistage du VIH demeure une stratégie de prévention cruciale et efficace, et la disponibilité des procédures de diagnostics rapides augmente vraisemblablement les possibilités de recours au test. Une détection précoce et l'accès aux soins médicaux en temps utile, améliorent de manière significative l'évolution de la maladie à VIH chez les personnes infectées. Il est possible aujourd'hui de simplifier le dépistage par des tests rapides qui permettent à des acteurs non médicaux de réaliser ce test, mais il faut établir la plus-value en santé publique.

### Objectifs

L'objectif principal de la recherche est de mettre en place et d'évaluer un dispositif de tests de dépistage du VIH à résultat rapide, accompagné d'un counseling réalisé par une association communautaire afin de montrer dans quelle mesure ce dispositif de dépistage permet d'attirer une population qui prend des risques répétés, qui souhaite avoir des recours répétés au dépistage et bénéficier d'un counseling plus adapté à ses pratiques. Un second objectif vise à comparer un dispositif de dépistage classique effectué par une équipe de CDAG (de préférence hors hôpital), avec un dispositif de dépistage avec des tests à résultats rapides, effectué par des membres d'une association communautaire. Ce second objectif vise à évaluer la non-infériorité de la situation de dépistage communautaire à l'aide de tests à résultats rapides par rapport au dépistage classique.

Le dernier objectif de la recherche concerne la faisabilité et l'analyse d'implantation de cette pratique de dépistage innovante à l'aide des tests à résultats rapides par un dispositif peu médicalisé et cela afin de déterminer les conditions optimales d'une potentielle transposition, à l'aide notamment d'un guide d'implantation.

### Méthodologie

La recherche DRAG est une intervention quasi-expérimentale visant à évaluer les forces et les limites d'un dispositif de dépistage rapide peu médicalisé auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Il s'agit d'une recherche nationale, multicentrique, qui se déroule dans quatre CDAG (un centre à Nice, un à Marseille et deux centres à Paris). La recherche s'adresse uniquement aux hommes qui entreprennent une démarche de test de dépistage du VIH et qui déclarent avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.

L'intervention est réalisée dans deux contextes :

- Le premier contexte concerne les créneaux d'ouverture des CDAG durant lesquels une randomisation est faite vers un dépistage "classique" versus un dépistage "à résultat rapide".
- Le second contexte concerne uniquement des créneaux dits spécifiques, en soirées, durant lesquels le CDAG sera ouvert, exceptionnellement, pour proposer un dépistage avec tests à résultats rapides encadré uniquement par des acteurs communautaires. Pour attirer les participants, une phase de communication a été faite sur ce créneau.

Nous avons fait le choix de comparer les deux dispositifs dans leur ensemble (test classique effectué par le personnel habituel des CDAG et test rapide effectué par les acteurs associatifs), de façon à montrer la plus-value en santé publique, si les associations communautaires devenaient de nouveaux acteurs du dépistage.

### Résultats

Les analyses préliminaires ont permis de mettre en évidence que 41% des HSH fréquentant les CDAG, ne s'étaient pas fait dépister au cours des deux dernières années. Les pénétrations anales non protégées sont plus fréquentes chez les HSH non-dépistés au cours des deux dernières années et chez les HSH déclarant des comportements déjà connus comme étant potentiellement à risque. Les dépistages en CDAG aident une partie des HSH à adopter des comportements préventifs dans leur vie sexuelle.

Par ailleurs, parmi les participants, 64% ont choisi le dépistage communautaire proposant des tests rapides. Ceux qui ont choisi le dépistage communautaire sont moins nombreux à avoir réalisé un test de dépistage dans les deux dernières années, ont un score plus faible d'évitement au risque et rencontrent plus leurs partenaires occasionnels dans les saunas, backrooms que ceux qui se sont fait dépistés dans une offre de dépistage classique.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Association AIDES ; Université du Québec à Montréal (UQAM) ; Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida).

### 3. Traitement antirétroviral "à la demande" en prophylaxie pré exposition de l'infection par le VIH chez les homosexuels masculins en France et au Québec

Sigle : IPERGAY

Période : 2011-2013

#### Problématique

Alors que le nombre de nouvelles déclarations de séropositivité VIH diminue globalement en France, ce nombre reste stable voire en augmentation dans le groupe des homosexuels masculins, avec de façon parallèle une augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles, ce qui témoigne chez ces sujets de la persistance de comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH. De nouvelles approches de prévention de l'infection par le VIH sont donc nécessaires pour dépasser les limites des stratégies actuelles. Parmi les mesures de prévention qui peuvent être proposées à ces sujets, le traitement antirétroviral pré-exposition (PrEP) mérite d'être évalué.

#### Objectifs

L'objectif principal de l'essai est d'évaluer une stratégie de prévention de l'infection par le VIH comprenant un traitement antirétroviral pré-exposition "à la demande" versus placebo, au sein de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes exposée au risque d'infection par le VIH.

L'essai permettra également d'évaluer l'évolution des comportements sexuels et les éventuels comportements à risque en cours de participation à l'essai ; d'étudier l'incidence du VIH selon les comportements sexuels ; d'étudier les facteurs associés aux modifications de comportements à risque pendant l'essai ; d'évaluer les comportements sexuels et l'incidence du VIH selon que les participants pensent recevoir le produit actif ou son placebo ; d'évaluer l'évolution des comportements sexuels et le risque de contamination par le VIH au cours de l'essai selon que les participants reçoivent ou non un counseling approfondi ; d'évaluer l'appropriation du schéma de traitement de l'essai par le participant, son ressenti lié à la participation à l'essai (niveaux de stress et de satisfaction, perception d'être sous traitement ou sous placebo) ; d'évaluer la tolérance du traitement ; d'évaluer l'observance du traitement, à l'aide de plusieurs méthodes (auto-questionnaires, décompte des unités de traitement, dosages d'antirétroviraux dans le plasma et les cheveux) ; d'évaluer l'effet prophylactique du traitement sur la contamination par le VHB ; d'évaluer l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles ; d'évaluer les caractéristiques de l'infection par le VIH chez les sujets infectés.

#### Méthodologie

Essai multicentrique de phase III, comparatif, randomisé, en double-insu, portant sur 2 groupes parallèles, recevant "à la demande" soit un traitement antirétroviral de Truvada®, soit le placebo de Truvada®, associé à une offre globale de prévention (accompagnement individuel, counseling, dépistage du VIH et des IST, préservatifs, vaccins VHB et VHA et traitement post-exposition de l'infection VIH). Il est prévu d'inclure 300 volontaires dans un premier temps, dans 3 centres (2 à Paris et 1 à Lyon). Cet essai s'adresse à des hommes adultes ayant des rapports sexuels avec des hommes, séronégatifs pour le VIH, exposés par leurs pratiques sexuelles au risque d'infection par le VIH. Les sujets seront vus un mois après la visite d'inclusion de l'essai puis un mois plus tard et tous les deux mois pour une visite médicale et counseling, jusqu'au terme de l'essai. Les volontaires pourront compléter un questionnaire sociocomportemental en ligne, tous les deux mois, à partir de leur domicile.

#### Résultats

La phase d'enquête a démarré fin janvier 2012. Trois centres participent à l'étude : les centres de Croix Rousse à Lyon, les centres de Tenon et Saint Louis à Paris. Fin 2012, 127 patients étaient pré-inclus, et 117 randomisés. 111 questionnaires d'inclusion ont été réalisés, 83 M2, 73 M4, 57 M6 et 24 M8.

Les inclusions se poursuivront en 2013 pour atteindre les 300 volontaires prévus.

#### Commanditaires

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

#### Partenaires

Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Saint Louis ; INSERM SC10.

## 4. Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients "HIV controllers" en France

Sigle : HIC

Période : 2009-2013

### Problématique

Les patients HIV Controllers (\*) ont probablement la "maladie sociale" du VIH sans pour autant avoir les inconvénients de la maladie physique. Le premier axe concerne le vécu spécifique des patients HIV Controllers. La deuxième hypothèse concerne le vécu psychosocial de la population HIV Controllers (qualité de vie ? impact de la stigmatisation potentielle sur cette dernière ?). Le troisième axe concerne les prises de risque potentielles de ces patients.

(\*) "HIV controllers" : patient dont l'infection est connue depuis 10 ans ou plus ; qui n'a jamais reçu de traitement antirétroviral (à l'exception d'un traitement transitoire pour éviter une transmission de la mère à l'enfant) et chez qui plus de 90% des mesures de charge virale en ARN plasmatique sont inférieures à 400 copies d'ARN/ml.

### Objectifs

Le premier objectif consiste à appréhender le vécu des HIV Controllers à partir de la notion de bouleversement biographique. Cette orientation permettra de comprendre dans un premier temps, l'impact de l'infection par le VIH puis le statut de HIV Controllers, dans un second temps. Dans la continuité de cette approche, les notions de rôles et statuts sociaux liés à ces statuts spécifiques seront investiguées, et cela dans les différents contextes sociaux dans lesquels vivent et interagissent les HIV Controllers. Le second objectif concerne la qualité de vie des HIV Controllers, comment vivent-ils au jour le jour cette situation ? Quel est leur rapport au temps, et quels sont les liens potentiels avec leur qualité de vie. Enfin, dans quelle mesure leur qualité de vie est-elle affectée par le vécu de stigmatisations liées à la fois à leur statut de personne infectée par le VIH mais aussi de patient HIV Controllers. Enfin, la vie avec le VIH suppose divers types de comportements. Quelles sont plus précisément les implications du statut particulier de HIV Controllers sur les comportements sexuels et le rapport au risque ? Dans quelle mesure ce statut les amène à envisager les prises de risque sexuel d'une façon spécifique ? On peut aussi se demander si les débats actuels sur la transmission du VIH par les personnes dont la charge virale est indétectable ont pu modifier les pratiques sexuelles des HIV Controllers.

### Méthodologie

Ce projet s'articule autour de deux méthodologies de recueil de données : un recueil de données qualitatives dans un échantillon restreint de HIV Controllers, et un recueil de données quantitatives auprès de l'ensemble des HIV Controllers suivis dans la cohorte. L'approche qualitative vise principalement à aborder le premier axe de recherche autour de la notion de bouleversement biographique et l'ensemble de ses répercussions sur la vie des HIV Controllers. Dans la mesure où la situation de ces personnes est inédite, le recueil de données qualitatives apparaît justifié et devra permettre de recueillir des données originales et pertinentes quant à la prise en charge de ces personnes notamment.

Le recueil de données quantitatives, à l'aide d'échelles validées, vise principalement la comparaison avec des données disponibles ou en cours de recueil auprès de personnes infectées par le VIH et non HIV Controllers.

### Résultats

Le recueil des données, quantitatif et qualitatif, a démarré en septembre 2010.

Concernant le recueil quantitatif, 83 questionnaires J0 et 27 questionnaires de suivi M12, ont été saisis. Des analyses préliminaires seront réalisées au cours du dernier trimestre 2013 et permettront de comparer les données de cette enquête à celle de l'enquête VESPA 2010 (enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH en France).

Concernant le recueil qualitatif, 14 entretiens ont été réalisés (10 en province et 4 à Paris) auprès de 9 hommes et 5 femmes.

L'analyse qualitative est actuellement en cours. L'objectif de la première analyse est de mettre en évidence les croyances et représentations sociales de la maladie, constituées par les patients HIV Controller et de les confronter aux stratégies qu'ils pensent avoir mises en œuvre pour contrôler le VIH.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Hôpital de Bicêtre, service de maladie infectieuses, le Kremlin Bicêtre ; Inserm U822, le Kremlin Bicêtre.

## 5. Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote ANRS CO-8)

Sigle : COPILOTE

Période : 2001-2012

### Problématique

Les multithérapies ont été mises sur le marché en 1996 pour traiter les patients infectés par le VIH. Cependant, aucune donnée de tolérance et d'acceptabilité n'était disponible sur le long terme. Il était nécessaire d'observer l'impact des antirétroviraux sur la tolérance, l'observance et le vécu des patients exposés à ces traitements sur une longue période.

### Objectifs

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.

Les objectifs secondaires sont de déterminer la part des polymorphismes génétiques de l'hôte dans la progression de l'infection et la survenue d'effets indésirables graves, d'étudier la charge virale et la résistance aux antirétroviraux dans le compartiment plasmatique ou cellulaire, en relation avec les concentrations des antirétroviraux au cours du temps.

### Méthodologie

COPILOTE est une cohorte prospective, multicentrique (47 centres), nationale, de patients infectés par le VIH-1 suivis au-delà de 4 ans après leur 1ère prescription d'inhibiteur de protéase. Les inclusions dans la cohorte COPILOTE ont débuté en Mars 2003 (1997-99 pour la cohorte APROCO dont elle est la continuité). Le nombre de sujets inclus dans COPILOTE est de 719.

Les principaux critères d'inclusion étaient : patients VIH+ inclus dans la cohorte APROCO (1ère prescription d'inhibiteur de protéase en 1997-99) suivis dans APROCO quatre ans après leur inclusion initiale ; suivis dans un des services volontaires pour participer à la prolongation du suivi ; ayant donné leur consentement écrit.

Le recueil de données cliniques et biologiques est effectué tous les 4 mois et il est couplé une fois par an à un recueil de données socio-comportementales (notamment des échelles de qualité de vie, dépression, symptômes perçus et observance).

### Résultats

Le recueil de données est à présent terminé. La cohorte Copilote a fait l'objet de 5 présentations à des congrès et 6 articles publiés au cours de l'année 2012. Les résultats des publications portent sur le rôle de la vulnérabilité sociale sur la satisfaction des soins des patients de la cohorte ; sur l'incidence et les facteurs psycho-sociaux associés aux troubles psychiatriques ; sur la relation entre l'observance et l'efficacité des traitements anti-rétroviraux hautement actifs ; sur l'impact de l'immunodépression et de la consommation modérée d'alcool sur les événements cardio-vasculaires ; sur l'incidence du diabète ; et sur l'association entre les polymorphismes PPAR alpha et gamma et les anomalies métaboliques. Les analyses et la rédaction de publications se poursuivront en 2013.

### 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) ; UMR912 INSERM-IRD-Aix Marseille Université (SESSTIM).

### Partenaires

Conseil scientifique APROCO COPILOTE ; Collaborations nationales : Modélisation conjointe de la qualité de vie et de la progression clinique (M. Mesbah) ; Standardisation de la mortalité sur la population générale avec la cohorte ANRS CO3 Aquitaine (C. Lewden) ; Collaborations internationales : ART-CC «Antirétroviral-Cohort Collaboration» jusqu'en 2005 (coordination M. Egger) ; COHERE «Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe» (Investigateurs Coordonnateurs : G. Chêne, J.D.Lundgren).

## 6. Etude qualitative dans le cadre de l'essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités et ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500 par mm<sup>3</sup>

Sigle : TIPI-QUALI

Période : 2009-2012

### Problématique

Il était pertinent d'étudier la qualité de vie, les effets indésirables, l'observance et la sexualité, des patients inscrits dans un nouveau protocole de soin, à savoir la prise précoce et intermittente d'un traitement ARV. Un volet qualitatif est proposé pour compléter les données quantitatives, afin d'obtenir des informations à la fois plus globales mais aussi plus précises quant au vécu des patients. Cela pour permettre d'expliquer certains résultats des études quantitatives, par la mise à jour de processus (à l'aide d'éléments relatifs à la biographie, de mise en contexte...) et à l'inverse de mettre en évidence des phénomènes passés inaperçus dans les études quantitatives et qui renvoient au vécu du patient dans sa globalité et sa subjectivité.

### Objectifs

L'objectif principal de l'essai ANRS 141 TIPI est d'évaluer à 24 mois, la capacité d'un traitement ARV intermittent à maintenir une stabilité immunologique, chez des patients infectés par le VIH-1 et ayant un nombre initial de lymphocytes CD4+  $\geq$  500 par mm<sup>3</sup>. Plusieurs questions de recherche : Dans quelle mesure la qualité de vie globale de ces patients est améliorée ou non par la prise intermittente d'un traitement ? Dans quelle mesure la qualité de vie physique et mentale, sont-elles améliorées par l'engagement dans ce nouveau protocole de soin ? Quel est l'impact de la prise intermittente d'un traitement ARV sur l'observance et sur la perception des effets secondaires ? Quel impact de l'évolution immunovirologique sur le vécu des patients quant à la souplesse de l'intermittence ?

### Méthodologie

L'essai ANRS 141 TIPI est un essai pilote de phase II, non comparatif, prospectif, multicentrique, national, qui évalue le concept d'interruption programmée de traitement chez des patients mis sous ARV à un stade précoce de l'infection par le VIH. Le vécu des patients est évalué à l'aide d'un recueil de données quantitatives à l'inclusion, M6, M12, M18 et M24. Cette évaluation permet de recueillir des informations quant à la qualité de vie (QDV) des patients, les effets indésirables, l'observance, la temporalité et la sexualité, en calculant divers scores. Elle offre la possibilité de situer les patients inclus dans TIPI sur des échelles de QDV par rapport à la population infectée par le VIH française ou encore à la population générale. Il est également proposé, à chaque patient, de participer, sur la base du volontariat, à 3 entretiens: le 1er entretien (T1) a lieu avant l'initiation du traitement; le 2nd se déroule en début de protocole durant la phase d'initiation du traitement (T2), (entre 1 et 3 mois de traitement); le 3ème entretien (T3) est programmé durant les 6 derniers mois de participation au protocole, dans une phase sans traitement.

### Résultats

L'étude s'est terminée en 2012. 19 patients ont été inclus et 3 entretiens ont été réalisés pour 12 d'entre eux. Les analyses ont été menées à la fois dans une logique verticale des enjeux majeurs pour les personnes vivants avec le VIH aux différents temps de l'essai mais aussi dans une logique longitudinale du vécu, durant les 2 années de l'essai. Les premières analyses portent sur les parcours des personnes, les motivations et raisons pour lesquelles elles se sont engagées dans cet essai. On peut observer l'enjeu majeur du traitement, comme un outil permettant d'ancrer son identité de patient séropositif. Les diverses motivations qui ont présidés à ce choix ont été évoquées, quelles soient altruistes ou plus individuelles. Dans un second temps, une analyse longitudinale a permis d'observer la construction de l'observance au traitement, l'évolution des perceptions liées à ce traitement et l'adaptation et la réintégration des phases avec et sans traitement dans la vie quotidienne sans oublier les enjeux médicaux plus ou moins présents selon les personnes.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Dijon ; Inserm U897, Bordeaux.



## 7. Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé.

Sigle : DREAM

Période : 2009-2013

### Problématique

L'évaluation médico-économique d'une stratégie de maintenance par monothérapie par Lopinavir ouvre des perspectives de recherche intéressantes tant au niveau national qu'international. Si le Lopinavir est aujourd'hui largement utilisé dans les pays développés, il est en passe de revêtir une place non négligeable dans la prise en charge des patients VIH+ dans les pays en développement, car il comporte des avantages notables par rapport à d'autres médicaments : une seule prise par jour, une conservation sans réfrigération, et pas de restrictions alimentaires. D'autre part, la formulation du médicament Lopinavir est proposée aux pays en développement à un prix réduit dans le cadre de programmes nationaux d'accès aux ARVs. Nous proposons donc de coupler l'analyse économique avec l'évaluation clinique dans le cadre de l'essai DREAM. Une telle procédure permet de disposer de données de qualité pour la réalisation de l'évaluation économique et de proposer des arguments économiques à l'intérieur même du processus de diffusion de l'innovation. Les premières informations obtenues de cette manière peuvent alors jouer un rôle non négligeable sur le développement de l'innovation et l'aide à la décision.

### Objectifs

L'objectif de ce projet est de comparer l'efficacité et le coût des deux stratégies de traitement de maintenance de l'essai DREAM : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé.

### Méthodologie

Nous présenterons une première analyse économique sur les données à la semaine 96 ; l'évaluation de la tolérance et de la qualité de vie dans l'essai DREAM permettra d'affiner le résultat clinique en valorisant le parcours du patient dans les différents états de santé (définis au regard de critères virologiques, cliniques mais également du ressenti du patient). Dans une seconde étape, nous projeterons le devenir à long terme des patients de l'essai à partir de méthodes validées. Les critères d'efficacité seront la proportion de patients en succès virologique à la semaine 96 et le nombre d'années de vie gagnées. Les ressources consommées seront valorisées à partir des remboursements de la Sécurité Sociale et le coût des traitements sera déterminé à partir des prix de catalogue des laboratoires pharmaceutiques. Le point de vue de la société sera retenu pour cette étude. En plus des coûts directs, les coûts indirects, à savoir la perte de productivité liée au temps de travail perdu par le patient et mesurée par le nombre de journées de travail perdues, seront intégrés à l'analyse.

Pour réduire au maximum les biais inhérents à la réalisation d'une évaluation économique au sein d'un essai clinique, nous ajusterons les résultats de l'analyse sur un ensemble de paramètres de coûts afin de se conformer à ce qu'on appelle communément la pratique courante. Ce projet a été retardé à cause des inclusions plus lentes que prévues dans l'essai.

### Résultats

Les inclusions se sont terminées en juin 2011, 197 personnes ont été incluses et sont suivies pendant 25 mois. Ce n'est qu'une fois la phase de suivi terminée que les analyses socio-économiques pourront être réalisées.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris (Pr PM Girard).

## 8. Evaluation du risque résiduel de transmission du VIH chez des HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable (Etude ANRS EP 49 "EVARIST")

Sigle : EVARIST

Période : 2011-2013

### Problématique

L'hypothèse de travail de base est que la quantité de virus dans les réservoirs d'une part, et les comportements sexuels d'autre part, pourraient avoir une influence sur le taux de discordance entre la charge virale dans le sang et dans le sperme chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Notre hypothèse est que ce taux devrait être supérieur à celui de la population générale par l'existence de ces facteurs biologiques et spécifiques qui favoriseraient une réplication locale du VIH. L'intérêt de centrer notre projet sur les HSH est étayé également par l'absence de données dans cette population ; par la possibilité de mesurer l'influence des déterminants liés au mode de vie sur la CV spermatique (multipartenariat, prises de risques sexuels, risque élevé d'IST, consommation de produits psycho-actifs...) ; par une forte attente de cette communauté de pouvoir disposer de nouvelles stratégies de prévention et d'informations claires sur le risque de transmission du VIH.

### Objectifs

Ce projet a pour objectif général d'estimer la fréquence de personnes pouvant avoir du virus décelable dans le sperme parmi des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) traités par traitement antirétroviral (ARV) ayant une charge virale (CV) plasmatique indétectable depuis au moins six mois. L'objectif secondaire est de mesurer l'influence de l'exposition aux risques et des facteurs médicaux sur la discordance entre CV plasmatique et spermatique.

Si la CV spermatique est en règle générale le reflet de la CV plasmatique, il existe un petit pourcentage de personnes séropositives pour lesquelles il y a discordance entre ces mesures, et par là même un risque de transmission du VIH en cas de rapports sexuels non protégés. Les études actuellement publiées ont été, pour la plupart, réalisées auprès d'hommes hétérosexuels, avec de faibles effectifs, sont transversales et ne recherchent pas les facteurs associés à cette discordance. Peu d'études ont été réalisées auprès des HSH qui représentent encore aujourd'hui une des populations les plus à risque de contracter le VIH.

### Méthodologie

L'inclusion des patients (n=150) est réalisée dans 6 centres ANRS en Ile de France. L'étude prévoit un prélèvement de sang et un recueil de sperme à l'inclusion, ainsi qu'à j30. Des analyses biologiques et virologiques seront réalisées sur chaque échantillon. Les données socio-comportementales seront recueillies à l'aide d'un questionnaire. Une partie des échantillons sera conservée pour des dosages pharmacologiques ultérieurs.

L'inclusion des sujets, le recueil des prélèvements et des questionnaires se feront sur 6 mois. Les analyses biologiques et virologiques se feront jusqu'à la fin du 2ème trimestre 2012.

### Résultats

Les inclusions sont terminées depuis mai 2012. Les analyses des résultats virologiques ont été réalisées ; les analyses des données socio-comportementales sont en cours de finalisation. Ces résultats donneront lieu à la publication d'articles en 2013.

### Commanditaires

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

## 1. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH)

Sigle : HEPA VIH

Période : 2005-2013

### 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.

### Objectifs

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 leur prise en charge et leur vécu d'une double séropositivité. Les données recueillies en longitudinal permettront d'identifier les facteurs socio-comportementaux pouvant avoir un rôle dans le retard de prise en charge de l'infection à VHC et la mise sous traitement des patients, de déterminer si le traitement anti-VHC a un impact sur l'observance du traitement anti-VIH et d'étudier l'évolution de la qualité de vie des patients co-infectés (bénéficiant ou non d'un traitement anti-VHC).

### Méthodologie

La cohorte HEPAVIH a débuté en octobre 2005 et les derniers patients participant à l'étude ont été inclus en décembre 2008. Au total 1175 patients ont été inclus et ont accepté d'être suivis pendant 5 ans. Des données cliniques, démographiques et socio-comportementales sont recueillies à l'inclusion et tout au long du suivi. Les données socio-comportementales sont obtenues par le biais d'auto-questionnaires :

- un auto-questionnaire à l'inclusion, comportant des données sur la situation affective et sociale, la consommation de drogues et de médicaments et la perception de la prise en charge du VHC, ainsi que des grilles d'évaluation de la qualité de vie, de l'observance aux traitements et de l'état

dépressif des patients ;

- un auto-questionnaire de suivi, comparable à l'inclusion pour mesurer l'évolution ;

- et pour les patients initiant un traitement anti-VHC, un auto-questionnaire traitement comportant une grille d'évaluation de l'observance aux traitements anti-VIH, une échelle mesurant la colère, les symptômes ressentis, la fatigue et la dépression, ainsi qu'un volet spécifique sur le traitement anti-VHC.

L'objectif étant d'évaluer l'observance aux traitements anti-VIH et anti-VHC, les effets secondaires ressentis et la qualité de vie en cours de traitement des patients.

Le suivi standard est mesuré à M0, M24, et M60, et pour les patients sous traitement à l'initiation, en cours de traitement et à la fin.

### Résultats

Le travail d'analyse et de valorisation scientifique se poursuit. A ce jour, les analyses en sciences sociales ont permis la parution de neuf publications.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS CO-13) ; Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

### Partenaires

UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; 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 ; CISIH 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.

## 2. Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs au cours du suivi dans la cohorte ANRS CO13 HEPAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : étude HEPAVIH-Psy

Sigle : HEPAVIH-PSY

Période : 2012-2013

### Problématique

Les troubles psychiatriques et addictifs sont fréquents chez les sujets présentant une hépatite chronique C. Ils constituent les facteurs les plus fréquemment impliqués dans le retard au bilan, la prise en charge et responsables de l'échec du traitement de l'hépatite. Ils interfèrent avec l'observance au traitement et altèrent la qualité de vie des patients. Mais une fois correctement pris en charge, ils ne modifient pas significativement la réponse virale prolongée comparativement à une population indemne de troubles psychiatrique (Schaefer, Hinzpeter et al. 2007; Lang, Melin et al. 2010). Il existe par ailleurs des spécificités cliniques des troubles psychiatriques associés au traitement de l'hépatite chronique C : troubles du comportement à type d'agressivité, irritabilité excessive, colère et ils sont le plus souvent associés à des manifestations dépressives. Les outils diagnostics habituels ne semblent pas adaptés au dépistage de ces troubles qui ont pourtant un impact important sur l'observance et la capacité à rester en traitement.

### Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et des conduites addictives chez les sujets co-infectés VIH-VHC. L'un des objectifs secondaires est de préciser la prévalence des troubles neurocognitifs, l'éventuelle association entre la fréquence et l'intensité de ces manifestations et la présence de troubles psychiatriques, ainsi qu'évaluer l'impact du traitement des manifestations psychiatriques. Nous proposons d'utiliser un outil évaluant l'hyperréactivité émotionnelle adapté à ce contexte, et d'effectuer une comparaison au sein des patients, entre ceux naïfs de traitement, ceux en cours de traitement et ceux déjà traités (avec succès ou pas). Un dernier objectif sera d'établir l'impact des troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs sur la qualité de vie des patients, l'observance au traitement, la consommation de substance psychoactives, l'usage de drogues constituant le principal mode de contamination des sujets co-infectés par le VIH et le VHC, autant d'éléments connus pour être déterminants dans l'efficacité des ARV.

### Méthodologie

L'évaluation des troubles psychiatriques et neurocognitifs proposée sera intégrée dans les visites de suivi de l'actuelle cohorte ANRS CO13 HEPAVIH et conduite par des psychologues recrutés pour la durée de l'étude dans les centres ayant accepté de participer. Il s'agit d'une étude transversale qui comprend la passation de 2 échelles : un auto-questionnaire et un entretien structuré. Il s'agit de : i) l'entretien diagnostic structuré MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ; ii) la MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States) (Henry, M'Bailara et al. 2008); iii) les Tâches de Fluence verbale; iv) le Trail making test A et B; v) Le Test de Code de Wechsler; vi) et enfin la Figure de Rey. L'ensemble de l'évaluation sera effectué pour chaque patient au cours d'une session unique d'environ une heure. La session commencera par la passation de l'auto-questionnaire suivie de la passation du MINI et des tests neurocognitifs.

### Résultats

Le recueil de données sera finalisé au début du second trimestre 2013. Les données recueillies seront saisies et vérifiées par l'équipe de Bordeaux (équipe associée à Hépavih) ; elles seront ensuite transmises à notre équipe à Marseille pour analyses et valorisation, au cours du second semestre 2013.

### Commanditaires

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

### Partenaires

UMR912 INSERM-IRD-Aix Marseille Université (SESSTIM) ; 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.

### 3. Développement international d'un questionnaire de qualité de vie (QdV) spécifique du VHC

Sigle : QdV VHC

Période : 2012-2013

#### Problématique

Bien que plusieurs instruments de mesure QdV (Qualité de Vie) validés soient utilisés, aucun ne mesure spécifiquement toutes les dimensions importantes pour les personnes vivant avec le VHC. L'inadaptation entre ces mesures actuelles et les dimensions de QdV identifiées comme pertinentes par les patients VHC apparaît clairement lors des recherches récentes quantitatives et qualitatives. Parmi les aspects clés nécessitant une attention particulière figurent la gravité de la maladie, les complications psychiatriques, le fonctionnement cognitif, la dysfonction sexuelle, la stigmatisation, l'impact du traitement, sa gestion et l'observance, la toxicomanie et sa prise en charge, la co-infection VIH/VHC, la résilience et l'instabilité émotionnelle. Un instrument sensible à ces facteurs spécifiques du VHC se traduirait par une plus grande précision des résultats des patients dans des essais cliniques et en pratique pourrait aider au choix des stratégies dans la gestion des patients.

#### Objectifs

L'objectif principal est de développer un nouveau questionnaire spécifique pour évaluer la Qualité de Vie (QdV) liée à l'état de santé spécifique de l'hépatite virale C (VHC).

#### Méthodologie

Une revue de littérature a été réalisée pour identifier les dimensions de QdV importantes du VHC. Après avoir identifié ces dimensions, un guide d'entretien a été élaboré pour déterminer leur importance, leur impact, leur fréquence et leur composition. Les entretiens seront administrés en France, au Brésil et en Australie. Les étapes suivantes sont : l'analyse des entretiens ; le développement d'une banque d'items du questionnaire ; l'analyse des items par un comité d'experts ; le développement, la validation linguistique et l'administration du questionnaire pilote ; la validation psychométrique pour aboutir au questionnaire final ; la documentation et publication du questionnaire.

#### Résultats

La phase de recueil des données par entretiens qualitatifs a été réalisée. L'analyse des verbatims a permis de construire une banque d'items et va faire l'objet d'une évaluation. Par ailleurs, les analyses factorielles qui seront réalisées, permettront la mise en place de la phase suivante du projet, c'est-à-dire la réduction des items et la construction d'une "échelle de Qualité de Vie" proprement dite.

#### Commanditaires

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

#### Partenaires

Centro de Referencia e Treinamento DST/Aids, Sao Paulo, Brésil ; Centre for Clinical Immunology & Biomedical Statistics, Perth, Australie

## 4. 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

Période : 2002-2012

### 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 2004, les résultats d'une enquête réalisée en France chez les assurés sociaux du régime général indiquent un taux de prévalence de 0,8% [0,7-1,1]. L'inter-région sud-est comprenant la région Paca est particulièrement touchée avec un taux de 1,1%.

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.

### Objectifs

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.

### Méthodologie

L'information est recueillie pour toute personne pour laquelle 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

Entre 2004 et 2010, 65 702 consultants ont été testés. Sur cette période, la séroprévalence du VHC était de 1,9 % (intervalle de confiance à 95 % : 1,8-2,0). Elle a baissé dans les CDAG de ville et dans ceux de maison d'arrêt. La séroprévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) était de 36,1 % (intervalle de confiance à 95 % : 33,6-38,6). Une tendance à la baisse a aussi été observée chez l'ensemble des UDVI pratiquant ou non le sniff, actifs ou non. Les analyses indiquent que le risque de séropositivité VHC est multiplié par 32 chez les UDVI par rapport au reste des consultants.

### Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) / Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

### Partenaires

Les 22 centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (17 CDAG de ville, 2 CDAG de centre hospitalier et 3 CDAG de maison d'arrêt) et les 4 centres d'examen de santé (CES) de la région Paca.

# 1. Analyse des évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral face aux enjeux actuels de la prise en charge du VIH et des principales co-infections

Sigle : EVOLCAM

Période : 2013-2016

## Problématique

Le Programme camerounais fait face aujourd'hui à une montée en charge importante des services VIH, conséquence à la fois de l'adoption de la gratuité des ARV en 2007, du relèvement à 350 CD4 du seuil d'éligibilité pour l'initiation du traitement et du vieillissement des files actives. Simultanément, l'ancienneté du programme soulève de nouveaux enjeux liés à la prise en charge des principales co-infections du VIH, dont la tuberculose et les hépatites, ainsi qu'à la gestion des passages en 2<sup>de</sup> ligne. Ces évolutions interviennent dans un contexte de « crise » des financements internationaux de la lutte contre le VIH/sida qui font peser des menaces préoccupantes sur la qualité des services et la pérennité de l'accès aux ARV.

## Objectifs

Objectif général : Analyser les évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV par rapport à la première enquête EVAL conduite en 2006 face aux enjeux actuels posés par la montée en puissance des besoins en traitements, le vieillissement des files actives et la gestion des co-infections dans un contexte de raréfaction des financements internationaux alloués à la lutte contre le VIH.

Objectifs spécifiques : Etudier les évolutions de l'accès aux traitements ARV et de la qualité de la prise en charge dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral (y compris Yaoundé et Douala), dans une perspective comparative avec la première enquête EVAL conduite en 2006 ; Etudier la prise en charge et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVS) co-infectés par la Tuberculose pulmonaire (TB) et/ou l'Hépatite B (VHB) ou C (VHC) dans les villes de Yaoundé et Douala.

## Méthodologie

La recherche associera des approches quantitatives et qualitatives et comprendra trois enquêtes : i) une enquête "Patient" auprès de patients séropositifs co-infectés ou non TB, VHB ou VHC, incluant des données médicales, biologiques, comportementales et socio-anthropologiques. L'enquête "Patient" quantitative sera conduite dans 33 formations sanitaires spécialisées dans la prise en charge du VIH et de la TB dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral et comprendra un échantillon aléatoire de 3150 patients. L'enquête qualitative concernera 9 de ces établissements et inclura 135 patients ; ii) une enquête "Professionnels de santé" auprès de 400 soignants des services VIH et TB où sera conduite l'enquête "Patient", portant sur les pratiques des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'infection à VIH et/ou TB et hépatites ; iii) une enquête "Formations sanitaires" portant sur un recueil de données sur les caractéristiques des services VIH et TB où sera conduite l'enquête "Patient".

## Commanditaires

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

## Partenaires

Faculté de Médecine et de sciences biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun ; Université Catholique de Yaoundé, Cameroun ; IRD - UMI 233, Montpellier.

## 2. Les associations de lutte contre le sida au Cameroun. Nouvelles implications sociales, militantes et médicales

Sigle : ASSO LUTTE SIDA CAMEROUN

Période : 2010-2012

### Problématique

Le monde associatif impliqué dans la lutte contre le sida au Cameroun se transforme. On observe : un "dynamisme associatif" au moins quantitatif ; un souci d'expertise sur des questions de recherche ; l'implication de membres d'association dans la prise en charge d'ordre "psychosocial" au sein de structures spécialisées ; l'insertion de représentants d'associations dans l'instance de coordination du Fonds Mondial au Cameroun ; enfin la gratuité des traitements antirétroviraux.

### Objectifs

Dans ce projet de recherche en sciences sociales (associant anthropologie sociale et économie politique), nous proposons d'aborder ces événements avec pour objectif central de comprendre quelles sont leurs configurations actuelles. Ceci passe par une attention aux liens que les associations établissent avec les autorités nationales ou les agences de financement ; avec les structures de prise en charge qui accueillent leurs membres dans le cadre d'interventions ; avec les autres associations dans un contexte d'accès aux ressources concurrentiel.

### Méthodologie

Trois séries d'études ont été mises en place : au sein d'associations ; au sein de structures de prise en charge du VIH intégrant des membres d'association ; auprès des partenaires et bailleurs, nationaux comme internationaux, de ces associations. Ce projet se veut une recherche sur et avec les associations.

### Résultats

Les données sont analysées ; le rapport en cours de finalisation.

### Commanditaires

Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

### Partenaires

Université catholique d'Afrique Centrale ; Université Yaoundé 1 ; Association Positive Generation ; Association 3SH ; Association REDS – Fondation Paul Ango Ela (FPAE).



### 3. Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique (ANRS 12231) : projet associé à l'essai clinique Anrs-12169-2lady (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal)

Sigle : 2LADY

Période : 2010-2013

#### Problématique

Un des défis majeurs à relever au cours des prochaines années est la gestion des échecs thérapeutiques et du passage en 2nde ligne de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées. La hausse préoccupante des dépenses associées à l'arrivée des traitements de 2nde ligne, pour la plupart brevetés, conjuguée à un contexte de rareté des ressources, risquent d'accentuer les contraintes budgétaires existantes et de contraindre fortement l'accès aux traitements efficaces du VIH/Sida dans ces pays. Il apparaît donc prioritaire de définir des stratégies de deuxième ligne qui soient coût-efficaces. Afin de répondre à ce besoin, une étude médico-économique a été associée à l'essai clinique multicentrique 2-Lady ANRS 12-169, dont l'objectif est de définir des stratégies de 2nde ligne efficaces et bien tolérées dans trois pays africains (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal).

#### Objectifs

L'étude a pour objectif de comparer le coût-efficacité de trois stratégies de 2ème ligne chez des patients en échec de 1ère ligne dans le contexte de pays à faibles ressources (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal) : 1/ l'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir (stratégie de référence) ; 2/ l'association abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir ; 3/ l'association emtricitabine + ténofovir + darunavir/ritonavir.

Les deux premières associations correspondent aux deux principales stratégies thérapeutiques recommandées par l'OMS dans les pays à faibles ressources. L'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir, qui correspond au traitement de 2nde ligne de référence dans les pays du Nord, n'a jamais été étudiée en milieu africain, chez des patients qui, pour la plupart, sont porteurs de virus de sous-types non B. Bien que non recommandée par l'OMS, la troisième association, incluant comme IP boosté le darunavir/ritonavir, a été retenue en raison de son double avantage pour une utilisation dans les pays du Sud : une monoprise quotidienne et une meilleure tolérance.

#### Méthodologie

L'analyse coût-efficacité sera réalisée à partir des données de l'essai clinique et de données collectées en face à face auprès des patients, complétées par un modèle probabiliste afin d'estimer les effets et les coûts à long terme des différentes stratégies thérapeutiques comparées. La perspective adoptée pour l'analyse sera celle de la société. Le critère d'efficacité principal sera le nombre d'années de vie gagnées. L'efficacité et le coût des stratégies thérapeutiques seront comparés sur la base d'un ratio coût-efficacité marginal. L'analyse coût-efficacité sera également stratifiée en fonction du niveau d'ARN VIH plasmatique à la pré-inclusion. Une analyse de sensibilité sera conduite afin de tester la robustesse des résultats lorsque les valeurs des paramètres clés de l'analyse varient.

#### Résultats

Les inclusions se sont achevées en octobre 2012. 450 patients ont été inclus : 303 au Cameroun, 59 au Sénégal et 88 au Burkina Faso. Les premiers patients inclus en décembre 2009 ont réalisé leur suivi M36 en décembre 2012. A la fin du 3ème trimestre 2012, 2 264 questionnaires en face-à-face avaient été administrés sur les 2 296 attendus (soit 98,6%).

La fin du suivi de l'ensemble des patients et de la collecte de données est prévue en septembre 2013 ; les premières analyses seront réalisées au cours du dernier trimestre 2013.

#### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12231 - 2LADY SHS) ; Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

#### Partenaires

IRD (Pr Delaporte, Dr Laurent), responsable du volet médical ; ORS/INSERM, responsable du volet socio-économique ; IRSA.

## 4. Evaluation Nationale de l'efficacité des traitements ARV de 2nd ligne associant une anti-protéase au Cambodge

Sigle : CAMBODGE EVAL 2ND LIGNE

Période : 2012-2014

### Problématique

La faisabilité et l'efficacité des traitements antirétroviraux (ARV) de 1ère ligne, associant des inhibiteurs de la reverse transcriptase est aujourd'hui clairement documentée dans les pays à ressources limitées. Néanmoins, l'augmentation exponentielle du nombre de patients et de la durée de traitement des patients sous 1ère ligne font qu'un nombre croissant de patients, sont mis sous traitement de 2nd ligne associant un inhibiteur de la protéase (IP) du VIH, le plus souvent sur des critères clinico-immunologiques. Le Cambodge fait partie des 8 pays à ressources limitées qui ont réussi à donner accès aux ARV à plus de 80% des patients infectés par le VIH en besoin de traitement (41 660/67 000 en sept 2010). Près de 2 000 d'entre eux sont à présent sous 2nd ligne. L'efficacité, à moyen et long terme, des traitements de 2nd ligne dans les pays à ressources limitées est encore très mal documentée. La plupart des études ont été menées sur des cohortes de patients, mais jamais réalisées au niveau national. A ce jour, aucune alternative de traitement n'est disponible pour les patients en échec de 2nd ligne dans ces pays.

### Objectifs

Cette recherche opérationnelle vise à évaluer sur le plan national, l'efficacité des traitements de 2nd ligne (facteurs individuels et structurels et de l'efficacité virologique).

Les objectifs spécifiques sont : i) de déterminer la prévalence des succès et des échecs virologiques sous 2nd lignes au Cambodge, d'identifier les facteurs de risque associés à l'échec des traitements de 2nde ligne ; ii) d'identifier les facteurs de risque individuels et des facteurs structurels liés à la non-observance du traitement chez les patients sous 2nde ligne ; iii) de décrire les profils de résistance aux ARV des patients en échec virologique sous 2nd ligne ; iv) de concevoir des traitements de 3eme ligne pour les patients en échec virologique.

### Méthodologie

Cette étude est proposée à tous les patients sous 2nd ligne, depuis au moins 6 mois au Cambodge. Après avoir signé un formulaire de consentement, un prélèvement sanguin est effectué (3 à 7 ml sur EDTA en fonction de l'âge du sujet) pour mesurer la charge virale plasmatique (CVP) et réaliser des tests génotypiques de résistances aux ARVs si elle est décelable (seuil >250 copies/ml). L'historique des traitements ARV est documenté et enregistré dans la base de données du projet. De même, des facteurs structurels et individuels associés à l'efficacité des traitements de 2nd lignes au Cambodge sont documentés par des questionnaires. Un renforcement de l'adhérence avec contrôle de la charge virale à 3 mois est recommandé pour tout patient ayant une CVP décelable sans mutation de résistance sur le génotypage du VIH. La modification du traitement ARV basée sur l'analyse du profil de résistance aux inhibiteurs de la reverse transcriptase, de la protéase et de l'intégrase, et l'histoire thérapeutique est discutée individuellement au sein d'un comité d'experts.

### Résultats

La phase de préparation du terrain d'enquête est en cours. Treize sites ont été identifiés pour participer à l'étude, six à Phnom Penh et sept en province. La phase pilote a été réalisée dans deux hôpitaux du Cambodge en janvier 2013. L'ouverture de cinq autres sites devraient se faire en mars 2013 ; le reste des centres devraient suivre en mai 2013.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Laboratoire VIH/Hépatites, Institut Pasteur du Cambodge ; Research Unit at National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS), Cambodge.

## 5. Un essai randomisé en cluster comparant l'impact d'une mise sous traitement ARV immédiate versus selon les recommandations de l'OMS sur l'incidence du VIH. L'essai ANRS 12129 TASP (traitement par la prévention) dans le sous-district de Hlabisa, Kwazulu-Natal

Sigle : TASP

Période : 2011-2014

### Problématique

Les traitements antirétroviraux (ARV) sont désormais mis en place à large échelle dans les pays à ressources limitées. Or il a été montré qu'un traitement ARV combinant des molécules ayant une forte capacité de suppression virale permettait de réduire la charge virale (CV) dans tous les compartiments corporels et de réduire le risque de transmission du VIH à de très faibles niveaux. Les ARV pourraient-ils contribuer à réduire la transmission du VIH aux niveaux individuels et populationnels ? Non seulement le traitement précoce pourrait réduire l'incidence du VIH, mais il pourrait également offrir des bénéfices individuels. Les bénéfices à long terme du traitement précoce seraient d'autant plus grands que l'incidence des maladies opportunistes graves liées au VIH, survenant à des taux élevés de CD4, est élevée, comme c'est le cas en Afrique du Sud.

### Objectifs

L'objectif est d'estimer l'impact du traitement ARV initié immédiatement après le diagnostic de l'infection par le VIH, quel que soit le niveau de CD4 des patients non encore éligibles au traitement, sur l'incidence de nouvelles infections VIH, au sein de la population d'une même région, sur 24 mois.

### Méthodologie

C'est un essai randomisé en grappes (clusters) conduit dans le sous-district de Hlabisa au sein de 2x16 grappes comprenant un total de 40 000 individus âgés de plus de 15 ans, dont 32 000 séro-négatifs au début du programme. Un service de prévention et de dépistage du VIH est mis en place dans les 2 groupes de grappes, comprenant la mise en place de dépistage à domicile, tous les 6 mois puis tous les 4 mois. La population adulte infectée par le VIH et résidant dans les grappes tirées au sort pour constituer le bras "intervention" est mise sous traitement ARV (quel que soit le taux de CD4) tandis que la mise sous traitement du groupe de comparaison se fait selon les recommandations actuelles de l'OMS (CD4<350 cellules/ml ou stade III et IV de l'infection à VIH). Le critère de jugement principal est l'incidence du VIH. La première phase de l'étude (24 mois) sera conduite dans quatre (2x2) grappes : 3 cycles de dépistage à domicile seront conduits, toutes les procédures du protocole seront mises en œuvre mais les critères de jugement seront l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention. Si les résultats sont concluants, l'essai sera mis en place dans l'ensemble des 28 autres grappes. Pour cela des questionnaires seront administrés auprès des ménages, à chaque cycle de dépistage, afin de décrire les données sociales, démographiques, comportementales et économiques. Des données seront également collectées auprès des patients suivis au sein des cliniques de l'essai au cours de leurs visites de routine.

### Résultats

Le recueil de données est actuellement en cours. Le premier cycle de dépistage à domicile s'est déroulé entre mars et octobre 2012. Sur 1113 individus auquel le dépistage à domicile a été proposé, 732 ont accepté (65,8%), 168 ont été diagnostiqués séropositifs (22,9%) et 16 seulement ont initié un traitement, 4 dans le groupe intervention et 12 dans le groupe contrôle (résultats préliminaires). Le second cycle de dépistage a démarré fin 2012 et devrait s'achever au cours du premier semestre 2013. Un troisième cycle de dépistage sera organisée dans le courant du premier semestre 2013.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux ; Africa Centre for Health and Population Studies - University of KwaZulu-Natal, Afrique du Sud ; Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations, Inserm U1018, Villejuif.

## 6. Accès aux soins maternels/infantiles et suivi des femmes infectées par le VIH/Sida au Burkina Faso. Une initiative multidisciplinaire pour contribuer à la réduction de la transmission mère/enfant (TME)

Sigle : PTME Burkina

Période : 2010-2013

### Problématique

L'Afrique subsaharienne reste une des régions les plus touchées au monde par l'infection à VIH. Les femmes y sont, comparativement aux hommes, plus nombreuses (58%) à être infectées par le VIH/Sida et beaucoup, parmi elles, apprennent leur séropositivité au moment de leur grossesse. Dans les pays à ressources limitées, des programmes Prévention de la Transmission mère/enfant (PTME) ont démarré depuis une dizaine d'années, mais les progrès restent faibles et force est de constater que l'Afrique de l'Ouest présente les moins bons résultats. Au Burkina Faso, le taux d'adhésion au dépistage est à l'heure actuelle en deçà de 50% parmi les femmes enceintes vues en CPN et inférieur à 5% parmi leurs partenaires. A ces difficultés liées au dépistage s'ajoutent celles liées au traitement et au suivi de la prise en charge des femmes et des nourrissons (selon la DSF, 13% des femmes enceintes infectées par le VIH et 22% des enfants nés de mères infectées n'ont pas reçu les ARV en 2007).

### Objectifs

A partir d'une analyse de l'offre de services en Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME) et des conditions d'accès des femmes à ces services, cette recherche a pour objectif de contribuer à une meilleure intégration du dépistage des femmes enceintes et à une réduction du nombre de couples mères/enfants perdus de vue. Cette recherche doit permettre d'identifier les "leviers les plus pertinents" pour accroître la performance de la PTME dans la perspective de mettre en place une intervention et d'en évaluer son impact.

### Méthodologie

Un état des lieux de la situation au Burkina Faso sera réalisé à partir d'une approche multidisciplinaire (anthropologie, économie, santé publique). Il sera effectué à partir du recueil de données de routine dans un échantillon des différentes structures de la pyramide sanitaire intervenant dans la PTME, de données observationnelles dans les structures de soins, d'entretiens qualitatifs auprès des femmes et des soignants, et d'une enquête quantitative auprès de soignants.

### Résultats

Les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés le 6 décembre 2011 à la journée des partenaires de la Direction de la santé de la Mère et de l'Enfant du Burkina Faso (Ouagadougou).

Une dernière série d'enquête a eu lieu du 25 février au 20 mars 2013 dans la région de Ouahigouya. Il s'agissait de compléter les données sur la production des chiffres relatifs à la PTME dans les centres de santé, d'observer la pratique des supervisions des activités PTME et de documenter le suivi de l'enfant de mère séropositive après l'accouchement.

L'analyse des données recueillies (observations, entretiens et enregistrement de causeries en conditions réelles) se poursuit.

Une publication relative au programme a été acceptée pour publication dans la revue *Curare* (Le Marcis & Rouamba, "How a Clinical Trial in an Outlying Health Center Sheds Light on the Nature of the Health System"), et un numéro spécial de revue est en cours de préparation suite à la tenue de l'atelier comparatif sur la PTME (Atelier sur les recherches en sciences sociales à propos de la PTME sur le continent africain) organisé en collaboration avec le Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) à Niamey du 16 au 18 octobre 2012.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Direction de la santé de la famille – Ministère de la santé ; UFR Sciences de la Santé – Université de Ouagadougou.

## 7. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil

Sigle : MEDICAMENTS GENERIQUES

Période : 2010-2013

### Problématique

Avec la diffusion progressive et standardisée de nouvelles législations sur les médicaments génériques, la gestion des données cliniques est devenue un enjeu décisif pour la production de copies d'ARV par les producteurs du sud. Toutes ces législations exigent désormais des producteurs de copies de médicaments princeps de recourir à des études de bioéquivalence in vivo pour démontrer l'équivalence thérapeutique de leurs produits vis-à-vis du médicament de référence. Si ces études ont pour but d'éviter la répétition des essais cliniques et pré-cliniques, leur mise en œuvre suppose deux exigences : d'une part, elle exige des capacités technologiques et des compétences spécifiques de gestion des données cliniques dont peu de pays du sud disposent ; d'autre part la validité de ces études est conditionnée à l'accès aux données produites par le producteur du médicament princeps. Or, depuis qu'elles subissent la concurrence des médicaments génériques, les grandes entreprises pharmaceutiques des pays industrialisés ont imposé aux autorités de santé de maintenir la confidentialité de l'ensemble des données relatives à leurs médicaments, repoussant d'autant la capacité des génériqueurs à commercialiser les leurs. Loin d'être cantonné dans les Etats du nord, ce phénomène, dit "exclusivité des données", s'étend progressivement aux pays du sud, sous des formes diverses, juridiques et pratiques.

### Objectifs

A partir des cas indien et brésilien, le projet se donne un quadruple objectif :

- Analyser le processus de mise en place, dans les pays du sud, de l'infrastructure et des compétences nécessaires au respect d'une norme devenue internationale en matière de médicaments génériques
- Etudier les modalités de diffusion du phénomène d'exclusivité des données dans les pays du sud ;
- S'interroger sur leurs effets concrets s'agissant de la capacité de ces pays à produire des médicaments à prix abaissés et ce au moment même où l'accès aux nouvelles générations d'ARV s'impose dans les pays du sud.
- Sur un front plus conceptuel, mener une réflexion sur un statut économico-juridique des données cliniques, apte à articuler d'une façon socialement acceptable les divers intérêts en jeu et, in fine, formuler quelques éléments de recommandation pour l'ensemble des pays du sud.

### Méthodologie

Il s'agit d'une recherche qualitative. Le recueil des données de terrains s'organisera par entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs concernés. Sur le plan analytique, nous mobiliserons les outils de l'économie industrielle et institutionnelle, du droit pharmaceutique et du droit des brevets dans la perspective de permettre un regard croisé sur l'objet de recherche.

### Résultats

L'équipe indienne s'est rendue en France en mai 2012 pour un séminaire de travail commun de plusieurs jours ; un premier article conjoint devrait paraître en 2013.

Une mission en Inde est prévue en 2013, et probablement une autre au Brésil.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12213).

### Partenaires

Laboratoire Virtuel sur l'Innovation et la Propriété Intellectuelle en Santé (Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ), Brésil ; Centre de recherche "Droit, sciences et techniques" de l'UMR CNRS 8103 ; Centre for International Trade and Development, Jawaharlal Nehru University, Inde.

## 8. Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives.

Sigle : GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE

Période : 2011-2012

### Problématique

Dans un contexte de raréfaction des ressources lié notamment à la crise financière internationale, notre projet vise à comprendre les configurations d'acteurs nationaux, locaux et internationaux impliqués dans l'organisation de la prise en charge des patients en Afrique. Dans ces circonstances, le danger est réel d'une remise en cause de l'Accès universel prôné par la communauté internationale dès 2006 et renforcé par l'objectif du "Test and Treat". Or en 2010, la couverture moyenne de l'accès aux ARV en Afrique a seulement atteint environ 45%. Dans cette optique, les réseaux transnationaux impliqués, par exemple, dans la confection des demandes des pays pour accéder aux financements internationaux, ainsi que dans l'organisation sanitaire et administrative de la prise en charge occupent une place cruciale.

### Objectifs

L'hypothèse principale est que les échecs comme les réussites dans la mise en oeuvre des recommandations internationales et nationales ne sont pas liées à un déficit d'expertise mais à l'absence ou à la faiblesse du lien entre les décideurs politiques et institutionnels et les réseaux d'experts et d'acteurs de la santé publique. En d'autres termes, il s'agit dans cette hypothèse de souligner l'écart, les contradictions et les faiblesses du lien entre "gouvernance" et "compétences". L'objectif principal est de documenter les processus de mise en oeuvre des recommandations internationales et participer à une meilleure synergie des acteurs concernés. L'ambition opérationnelle de cette recherche est de travailler sur la construction de ces liens, sur leur institutionnalisation. Autrement dit, il s'agit de formaliser les relations entre les "réseaux de politiques publiques" qui interviennent dans la réalisation d'actions de santé publique à partir d'un thème transversal ("L'Accès universel") et de thèmes particuliers : PTME, prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), prise en charge et prévention auprès de populations vulnérables suivant les pays (MSM, usagers de drogues, par exemple).

### Méthodologie

Il s'agit de tenter d'agir sur les continuités et réduire les discontinuités de réseaux, d'experts (chercheurs, consultants, politiques, etc.). Le travail est envisagé dès la construction du projet avec les différents types d'acteurs classiques :

- Au niveau des organisations internationales (ONUSIDA, OMS, Fonds Mondial) : organisations internationales, notamment les partenaires des Nations Unies officiellement coordonnés par l'ONUSIDA ;
- A l'échelon des partenaires multilatéraux (Banque mondiale, Union Européenne, etc.) ;
- Au niveau national (Ministères de la santé, Comités nationaux de lutte contre le sida) / Au niveau des associations.

### Résultats

Ce contrat d'Initiation a offert les fondations d'un groupe de recherche pluridisciplinaire. D'abord bâti autour de quatre pays (Sénégal, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Cameroun), il s'est ouvert à deux autres pays africains, le Niger et le Bénin. L'ensemble de ces pays partage une forte dépendance par rapport aux financements internationaux, tout en ayant des dynamiques épidémiologiques, des ressources économiques et des trajectoires politiques différentes. De fait, la reconfiguration de l'aide internationale dans le secteur de la santé et du sous-secteur dédié à la réponse au sida montre également des repositionnements dont la comparaison est utile pour l'analyse et nécessaire pour appuyer le passage à l'action d'une expérience à l'autre, d'un pays à l'autre, à partir des recherches multi-niveaux que nous proposons de mener et des groupes de travail fondés sur des "complémentarités institutionnelles" auxquelles nous associons les chercheurs et vice et versa.

Les résultats de ce contrat d'Initiation ont entraîné le dépôt d'un projet d'envergure à un appel d'offres de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida en mars 2013.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12251).

### Partenaires

France : Université Paris I – Panthéon – Sorbonne – ONG Solthis / Sénégal : Institut Africain de la Gouvernance ; IRD Dakar ; Université Cheikh Anta Diop, Dakar / Burkina Faso : GRIL (Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales), Université de Ouagadougou / Cameroun : Fondation Paul Ango Ela ; ISPM (Institut Supérieur de Management Public, Yaoundé) / Niger, Bénin : LASDEL (Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local).

## 9. Echange global de données pour l'information à propos de l'intelligence du marché

Sigle : UNITAID

Période : 2011-2012

### Problématique

L'intensification des initiatives de santé mondiales pour combattre le VIH/SIDA, la Tuberculose et la Malaria requiert un approvisionnement durable en grandes quantités de médicaments, de tests diagnostics, et d'autres produits de santé. Pour améliorer l'efficacité de cet approvisionnement en termes financiers et en termes de couverture des populations, il est nécessaire d'avoir accès à des informations mises à jour à propos des prix et de la qualité des produits. Les acheteurs auront ainsi à leur disposition l'information nécessaire pour effectuer une meilleure prise de décisions. Et les bailleurs de fonds comme UNITAID, le Fonds Mondial, PEPFAR pourront utiliser ces informations pour surveiller l'impact de leurs interventions et améliorer les conditions du marché. Cependant, les données du marché global concernant les biens de santé ne sont pas facilement disponibles. Cela se traduit non seulement par le paiement de prix plus élevés que ce qui est socialement souhaitable (pour les consommateurs "non informés"), mais aussi dans un accès retardé -voire un nonaccès- aux innovations permettant l'amélioration de la santé des populations qui en ont le plus besoin. Il existe un consensus général, selon lequel, la transparence en ce qui concerne les prix et la qualité des médicaments, des tests/diagnostics et d'autres produits devrait être considérée comme étant un "bien public global".

### Objectifs

Dans ce projet, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) collabore avec FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) pour soutenir le General Price Report Mechanism (GPRM) de l'AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de l'OMS. L'objectif général est de renforcer la qualité des données du GPRM, et d'améliorer non seulement sa capacité d'analyse des tendances du marché, mais aussi sa capacité à fournir des informations à un vaste ensemble de décideurs par le biais de divers canaux y compris un site Web amélioré ; à terme, on cherche à établir un centre international d'information et un système général d'intelligence du marché.

Les objectifs spécifiques sont :

- Etendre la couverture d'information à propos des médicaments, des tests diagnostics et d'autres produits de santé afin de comprendre les dynamiques des marchés.
- Renforcer les procédures de validation et standardisation des données du GPRM/AMDS afin de les rendre plus souples pour les analyses statistiques multivariées.
- Fournir des compétences statistiques et d'analyse économique pour le traitement des données du GPRM/AMDS, non seulement pour produire des rapports d'actualité, mais aussi pour répondre aux besoins du secrétariat d'UNITAID (mesures d'impact d'interventions).
- Soutenir GPRM/AMDS pour l'amélioration de l'accès aux données et aux rapports en "temps réel" à travers Internet, afin de mieux prendre les décisions d'achat.
- Garantir l'accès public international à l'information "transparente" non seulement à propos des volumes et prix des transactions, mais aussi de la qualité et la disponibilité de médicaments essentiels et des produits de santé pour les acteurs concernés.
- Produire des analyses approfondies à propos de la dynamique du marché des médicaments essentiels.

### Méthodologie

Le GPRM compile actuellement les données à propos des transactions des antirétroviraux (ARV) provenant de plusieurs sources : Clinton VIH/SIDA, Global Drug Facility, Le Fonds Global de lutte contre le SIDA, Tuberculose et Malaria, IDA Foundation, John Snow Inc., MissionPharma, Management Sciences for Health, Supply Chain Management System, The United Nations Children's Fund, UNITAID, World Health Organization country officers, et WHO/Contracting & Procurement Services. Ces données renseignent sur les caractéristiques de différents produits et du marché. Afin d'accomplir ses objectifs, l'ANRS et FIND en étroite collaboration avec l'OMS proposent :

- 1- La compilation exhaustive de données concernant les produits de santé pour VIH, Tuberculose, et Malaria.
- 2- La définition de l'information qui doit être demandée impérativement aux différentes sources de données en collaboration avec UNITAID : spécifiques aux produits (marque et nom générique, dosage, etc.), et spécifiques à la transaction (prix, date de commande, firme, pays d'origine et destination, etc.).
- 3- Elaboration d'une procédure formelle d'analyse des produits liés aux tests pour les diagnostics. Gestion de la complexité des différents éléments utilisés pour les tests, ainsi que des équipements utilisés.

4- Collecte d'information nécessaire pour les analyses approfondies, notamment celles concernant les facteurs explicatifs de l'évolution des prix et des tendances des marchés, lesquels ne figurent pas encore dans le GPRM/AMDS : indicateurs macroéconomiques (PIB, dépenses de santé des gouvernements, prévalence des maladies dans les pays, etc.), et des variables permettant la mise en œuvre de techniques économétriques adaptées (traitement de l'endogénéité par l'utilisation de variables instrumentales, par exemple).

5- Les bases de données SQL seront révisées pour incorporer la mise à jour automatisée non seulement des produits et leurs caractéristiques, mais aussi des informations liées au fonctionnement des marchés.

6- Renforcer les procédures opérationnelles pour le traitement et gestion de données : mise à jour, élaboration des rapports automatisés, etc.

A la fin 2008, le GPRM/AMDS contenait l'information d'environ 63% des transactions d'antirétroviraux effectuées par les pays à bas revenu (low and low-middle income) durant l'année 2008. Néanmoins, il est attendu très prochainement que la proportion atteigne 90% des transactions effectués par ces pays. Des statistiques descriptives et des analyses multivariées serviront pour la production de rapports annuels à propos des principales tendances pour chaque marché couvert par les données du GPRM/AMDS. Cela permettra de répondre, dans la mesure du possible, aux questions soulevées par le secrétariat d'UNITAID et/ou d'autres partenaires à propos des dynamiques du marché. L'équipe de l'ANRS établira un plan d'analyse des données et coordonnera le développement des analyses économiques portant sur les prix des médicaments et des produits de santé. Cela, afin d'informer UNITAID et d'autres partenaires à propos des principaux déterminants des prix et de l'évolution du marché.

## Résultats

Un effort très important en termes de nettoyage et harmonisation de la base de données a été effectué. Un processus de gestion du flux d'entrée de nouvelles données a été défini en collaboration avec le département d'informatique de l'OMS. Des algorithmes ont été élaborés pour effectuer un balayage de la base de données du GPRM afin de détecter la présence de doublons (même transaction rapporté par plusieurs sources). Après cette première étape, une stratégie statistique a été mise en place non seulement pour la détection de prix aberrants, mais aussi pour éliminer l'hétérogénéité introduite par les différents INCOTERMS (International Commercial Terms) et rendre les prix comparables. La procédure de nettoyage et harmonisation de données a été testée et est en cours de programmation par les informaticiens de l'OMS pour son automatisation dans le GPRM où elle sera utilisée de manière permanente. Néanmoins, toutes les procédures ont été conçues avec les données des médicaments pour le VIH et requerront d'une adaptation pour la gestion et traitement des données concernant les médicaments pour la Malaria et la Tuberculose. Concernant les diagnostics, une stratégie de gestion, traitement et analyse des données est en cours d'élaboration. Les procédures concernant les médicaments ne sont pas adaptables aux diagnostics du fait de la structure complexe de ce type de données. Ainsi, des procédures adéquates de traitement doivent être conçues.

Une liste de variables non-transactionnelles (à propos des brevets, données macroéconomiques, etc.) a été élaborée afin de pouvoir collecter ces informations qui serviront pour les analyses économétriques. Actuellement, plusieurs analyses sont en cours : 1) une analyse mettant en avant les procédures utilisées pour la détection de prix aberrants et la standardisation des prix en éliminant l'hétérogénéité des INCOTERMS ; 2) une analyse portant sur les déterminants des prix des ARVs qui donne une vision globale de ce marché ; 3) une analyse qui mobilise des informations concernant brevets au niveau des pays (obtenues d'après Medicines Patent Pool) pour analyser les déterminants des prix des médicaments pour le VIH en tenant compte du contexte local de propriété intellectuelle ; 4) une analyse décrivant le marché des ARVs pédiatriques. Des analyses sur les prix des antipaludéens sont aussi en cours et portent principalement sur les déterminants des prix et les dynamiques de ce marché au niveau global. Le GPRM est fonctionnel depuis juin 2012 avec un affichage d'informations standards automatisées qui permettent au public d'avoir les principales tendances du marché des antirétroviraux. Les données concernant les médicaments anti-tuberculose et anti-malaria devraient être rendues publiques au cours du second trimestre 2013.

Les analyses en cours ont donné lieu à des communications orales dans différentes conférences, notamment, la conférence mondiale du SIDA à Washington en 2012 ; et la conférence IAS Pathogenesis, Treatment and Prevention en 2013.

## Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) / Organisation Mondiale de la Santé pour le compte d'UNITAID.

## Partenaires

Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) ; AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de l'OMS.



# 1. CHANGements environnementaux, Circulation de biens et de personnes : de l'invasion de réservoirs à l'apparition d'anthropozoonoses. Le cas du Rat noir dans l'espace sénégal-malien

Sigle : CHANCIRA - ANR

Période : 2011-2014

## Problématique

Ce projet s'inscrit dans la contribution à la compréhension des phénomènes de diffusion et de propagation des risques sanitaires infectieux dans une approche one-health. Par la dynamique spatiale et temporelle du rat noir et des pathologies dont il est porteur comme indicateurs, il vise à identifier les processus d'émergence d'espaces et populations à risques à travers la transformation des territoires et des mobilités de personnes et de biens au Sénégal et à l'est du Mali.

Ce programme interdisciplinaire combinant sciences sociales, biologiques et médicales permettra de comprendre le fonctionnement dynamique du système pathogène des anthropozoonoses liées au rat noir et favorisera l'élaboration d'actions de prévention et de vigilance épidémiologique.

## Objectifs

En s'appuyant sur l'étude des deux pays s'étendant entre zones bioclimatiques sahélienne et guinéenne, (Le Mali n'est pour le moment plus accessible à la recherche), l'objectif de ce projet vise à comprendre comment les dynamiques d'évolution des territoires et des paysages, et les dynamiques de flux de personnes et de biens peuvent générer l'émergence de nouveaux risques d'anthropozoonoses liées au rat noir, de l'échelle zonale à l'échelle locale.

Dans un second objectif, ce projet cherche à identifier les conditions de réalisation effective du risque à l'échelle des phénomènes de transmission par la création d'espaces partagés entre hommes, rat et virus dans des contextes de modification de l'environnement.

L'exemple de ce modèle de diffusion devra permettre de contribuer aux débats actuels autour de la question de la mondialisation des risques sanitaires et de l'émergence des espaces à risques.

## Méthodologie

- Compilation de données d'archives afin d'alimenter une base de données interdisciplinaire permettant de mesurer et hiérarchiser les déterminants de la variabilité spatiale de la diffusion.
- Enquêtes de terrains dans les champs de la biologie humaine et animale et de la géographie afin d'identifier les limites actuelles de la diffusion et de ses déterminants.
- Investigations biologiques (captures de rongeurs, prises de sang, relevés de registres de dispensaires) et sociales (condition d'habitat et modes de vie, politiques d'aménagement, ...) afin d'identifier les chemins et conditions du passages des virus du rat à l'homme sur des sites illustratifs de transformations des espaces anciennement et nouvellement colonisés par le rat noir
- Analyse des données à l'aide de systèmes d'informations géographiques, de statistiques multiniveaux et de statistiques bayésiennes.

## Résultats

Ce projet a tenu sa réunion de lancement du 31 janvier au 1er février 2012. Des enquêtes de terrain ont été réalisées et la limite de diffusion de *Rattus rattus* a été précisée ainsi que la distribution des déterminants. La recherche des virus au sein de la population humaine et animale a fait l'objet d'un premier examen sur les fronts de la diffusion. Une typologie des espaces à risques spécifiques a été réalisée.

En 2013, les enquêtes se poursuivent pour déterminer les conditions de la diffusion du réservoirs sur les marges de l'espace colonisé selon une approche comparative entre espaces touchés et indemnes. Les sites ateliers seront identifiés courant du premier trimestre 2013 pour la réalisation des enquêtes virologiques, biologiques et géographiques sur le passage des anthropozoonoses du rat à l'homme. L'approche des processus de transformation des espace fera l'objet d'enquêtes qualitatives auprès des acteurs. Le système d'information géographique (SIG) commencera à être mis en ligne durant le second semestre 2013 qui verra la poursuite des enquêtes biologiques et sociales de terrain.

## Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du Programme "Changements Environnementaux Planétaires et Sociétés" 2011.

## Partenaires

UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; UMR 022 Centre de Biologie et de Gestion des Populations (CBGP) ; UMR 8586 Pôle de Recherche pour l'Organisation et la Diffusion de l'Information Géographique (PRODIG) ; Institut Pasteur de Dakar.



### 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 notamment sur un partenariat privilégié avec l'Unité Mixte de Recherche INSERM - IRD - Aix-Marseille Université (UMR912) qui a fusionné, depuis le 1er janvier 2012 avec le Laboratoire d'Enseignement et de Recherche sur le Traitement de l'Information Médicale (LERTIM) pour devenir l'UMR912 SESSTIM "Sciences Economiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale", toujours dirigée par le Pr Jean-Paul Moatti.

Dans le cadre de son partenariat avec l'UMR912 SESSTIM, l'ORS PACA accueille dans ses locaux au 23 rue Stanislas Torrents (Marseille 6ème) deux équipes du SESSTIM :

- l'équipe ESSEM "Environnements, Systèmes de santé et Maladies transmissibles", associant des chercheurs et enseignants-chercheurs, décline deux axes de recherche intégrant la perspective de s'intéresser aux situations que rencontrent les pays du Nord comme ceux du Sud et mobilisant de larges compétences en sciences économiques et sociales, santé publique et bio-statistiques : la prise en charge globale (médicale et psychosociale) des maladies transmissibles, dans leurs dimensions individuelles et institutionnelles, et dans des contextes d'innovations médicales ; les effets et les leviers des interventions de prévention.
- l'équipe CRISSPOP "Chronicisation du risque santé, système de soins et politiques publiques", associant des économistes et des épidémiologistes, se structure autour de trois thématiques principales : soins de long-terme et l'étude des solidarités intergénérationnelles face à la dépendance ; mutations des attitudes, comportements et pratiques des soignants face à la chronicisation ; attitude des populations face à la chronicisation : impacts sociaux et réponses de politique publique.

Par ailleurs, depuis fin 2007 et dans le cadre du Cancéropôle PACA, une équipe de l'ORS s'est rapprochée de l'équipe CAN-BIOS "Cancers, Biomédecine & Société" de l'UMR912, basée sur le site de l'Institut Paoli Calmettes et travaillant en collaboration avec des cliniciens et biologistes. Cette équipe CAN-BIOS décline trois thèmes de recherche : le premier axé sur la prédiction et la prévention des cancers ; le second autour des enjeux des nouvelles thérapeutiques en cancérologie ; le troisième sur les questions liées à l'efficacité thérapeutique et à la survie.

L'Observatoire Régional de la Santé et l'UMR912 SESSTIM s'engagent, depuis 2012, aux côtés de l'IHU Méditerranée Infection pour développer un axe sciences humaines, épidémiologie sociale sur la question des maladies infectieuses.

### Partenariat avec des équipes de recherche et réseaux professionnels

#### • **Université du Québec à Montréal (UQAM)**

L'équipe a établi un partenariat avec l'Université du Québec (UQAM), en particulier avec l'équipe de Joanne Otis. Dans le cadre du projet DRAG, il s'agit de construire et d'analyser des questionnaires de satisfaction et comportementaux qui ont été introduits dans l'évaluation de nouveaux systèmes de dépistage communautaires en France, à l'aide de tests rapides. Il s'agit également de réaliser une analyse d'implantation. Dans le cadre du projet IPERGAY, après St Louis, Tenon et Croix Rousse, Montréal va être le 4<sup>ème</sup> centre d'investigation. L'équipe de Joanne Otis se charge d'adapter les versions françaises de nos questionnaires au contexte canadien afin qu'ils soient mis en ligne et gérés par notre équipe, comme c'est déjà le cas pour les trois centres français.

#### • **Université de Limerick, Irlande**

Dans le cadre d'une recherche sociohistorique sur la notion d'addiction et ses usages contemporains, collaboration avec un chercheur de cette université, Lee Monhagan.

#### • **Réseau européen CANWON : Cancer and Work Network**

Un chercheur de l'équipe est représentant pour la France au Managing Committee du réseau européen CANWON (responsable : Angela de Boer, Coronel Institute of Occupational Health, Amsterdam, Pays Bas).

#### • **Yunus Centre for Social Business and Health, Glasgow Caledonian University**

Une collaboration a été établie notamment avec Rachel Baker dans le cadre du projet CritEff, dont l'objectif est de questionner les critères d'efficacité à retenir lors des procédures d'autorisation de mise sur le marché et les modalités de cette procédure.

#### • **Joint Programming Initiative "More Years, Better Lives" (programme européen)**

L'initiative conjointe "More Years, Better Lives - The Potential and Challenges of Demographic Change" représente une nouvelle approche pour encourager la coopération et la collaboration dans les domaines de la recherche et du développement sur les changements sociétaux en Europe.

Actuellement, 13 états européens participent à l'initiative.

Joint Programming Initiative (JPI) cherche à coordonner les programmes de recherche nationaux et européens liés à la transition. Les domaines de recherche et thèmes politiques touchés par la transition démographique couvrent la santé et la performance, les systèmes sociaux & le bien-être, le travail & la productivité, l'éducation & l'apprentissage et les logements, le développement urbain et rural et la mobilité. Ainsi, l'agenda de la JPI est transnational et multidisciplinaire, réunissant différents programmes de recherche et scientifiques en provenance de disciplines variées afin de trouver des solutions pour les défis à venir et d'utiliser le potentiel des changements sociétaux en Europe.

#### • **Programme Alcotra - Alpes latines coopération transfrontalière France Italie – 2007-2013**

Dans le cadre du programme de coopération transfrontalière France-Italie Alcotra 2007-2013, l'ORS PACA a été sollicité par la Région Piémont pour participer à un projet de création d'une plateforme d'information transfrontalière commune aux Français et aux Italiens dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Ce projet associe des partenaires de 4 régions : Piémont (la Région, le Consortium pour le système d'information (CSI-Piemonte) et le Comité italien de promotion de la santé (CIPES)), Ligurie (la Région et l'Agence sanitaire locale (ASL) 1 Imperiese), Rhône Alpes (l'ORS Rhône Alpes et la Fédération Rhône Alpes d'éducation pour la santé) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (l'ORS PACA, le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES), le Conseil régional PACA et le Groupement régional de santé publique PACA (GRSP)).

#### • **Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille - Institut D'Economie Publique (GREQAM-IDEP) ; World Health Organization - Eastern Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO) ; Health Economics and HIV/AIDS Research Division of the University of KwaZulu-Natal (HEARD-UKZN) ; Institute of Community and Public Health-Birzeit University (ICPH-BZU) ; National Institute of Labour and Social Studies-University of Carthage Tunis (INTES-UCT)**

Un partenariat avec ces équipes a été mis en place dans le cadre du projet "Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays Africains et du Moyen-Orient : problèmes de mesure et d'interprétation" qui se propose de contribuer au débat scientifique sur l'équité en santé dans les PED.

• **Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL), Université de Ouagadougou, Burkina Faso ; Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) - Niamey, Niger ; Institut Supérieur de Management Public (ISPM) - Yaoundé, Cameroun ; Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE) - Yaoundé, Cameroun ; Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop (UCAD) - Dakar, Sénégal ; Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN), Laboratoire de recherche sur les transformations économiques et sociales (LARTES), UCAD - Dakar, Sénégal ; Institut Africain de la Gouvernance - Dakar, Sénégal**

Un partenariat avec ces équipes a été établi dans le cadre du projet "Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)", financé par l'ANRS et élargi à deux nouveaux pays, le Bénin et le Niger.

• **Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC), Yaoundé, Cameroun ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun**

Collaboration dans le cadre du projet EVOLCAM "Evolutions du programme camerounais d'accès aux ARV face à la prise en charge des comorbidités (VIH et tuberculose ou hépatite B ou hépatite C) et des échecs thérapeutiques à Yaoundé et Douala".

• **Africa Centre for Health and Population Studies - KwaZulu-Natal, Afrique du Sud**

Institut de recherche de l'Université du KwaZulu-Natal dont les activités portent sur l'épidémiologie et la prévention du VIH ([www.africacentre.com](http://www.africacentre.com)).

Un partenariat avec les équipes de l'Africa Center a été mis en place dans le cadre de l'essai ANRS 12249 TasP (Treatment as Prevention) dont l'objectif est d'évaluer l'impact sur l'incidence du VIH en milieu rural en Afrique du Sud d'une stratégie de traitement antirétroviral immédiat (versus une stratégie de traitement basé selon les recommandations de l'OMS).

• **Centre de recherche sur les addictions, Columbia University, New-York**

Collaboration sur différents articles à travers un soutien méthodologique ayant abouti à plusieurs publications dans des journaux à comité de lecture (Addiction). Les données analysées sont issues d'études expérimentales sur des usagers de drogues dépendants aux opiacés.

• **International AIDS Society (IAS) / National Institute on Drug Abuse (NIDA)**

Avec le soutien de l'Institut national sur l'abus des drogues (NIDA), l'International AIDS Society (IAS) a mis en place un programme de bourses de recherche portant sur l'utilisation de drogues et le VIH, dans le but de contribuer aux progrès de la connaissance scientifique de la consommation de drogues et le VIH, tout en favorisant la collaboration internationale sur le VIH et l'utilisation de drogues. Un chercheur de l'équipe est mentor dans le cadre de ce programme.

• **Jawaharlal Nehru University, New Delhi, Inde**

Collaboration scientifique sur les médicaments génériques et la propriété intellectuelle, débutée en 2011 dans le cadre du projet ANRS 12213 "Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil".

• **Fiocruz (Fondation Oswaldo Cruz), Rio de Janeiro, Brésil**

Collaboration scientifique sur les médicaments génériques et la propriété intellectuelle, débutée en 2011 dans le cadre du projet ANRS 12213 "Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil".

• **Université du Ceara (Brésil)**

L'équipe collabore avec le département de santé communautaire de la Faculté de Médecine de l'Université du Ceara (Fortaleza) dans le cadre d'un programme ANRS portant sur le dépistage du VIH dans le Nordeste du Brésil.

• **Labex Aix-Marseille School of Economics (IRD-CNRS-EHESS-GREQAM-IDEP) ; Bureau Régional de l'Est méditerranéen de l'OMS au Caire ; Institut de santé communautaire et publique, Université de Birzeit, Palestine (ICPH-BZU) ; Faculté des sciences de la santé, Université Américaine de Beyrouth (FHS-AUB), Beyrouth, Liban ; Institut National de Travail et des études Sociales-Université de Carthage Tunis (INTES-UCT) ; Faculté des Sciences de l'Université Mohammed I, Oujda, Maroc**

Ce réseau de travail nord-sud multidisciplinaire a été mis en place dans le cadre du projet INEGSANTE "Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays Africains et du Moyen-Orient : problèmes de mesure et d'interprétation" qui se propose de contribuer au débat scientifique sur l'inégalité et l'équité en santé dans les PED.

### • **Coalition Plus**

Coalition Plus est une coalition internationale créée le 20 avril 2008 et dont les membres fondateurs sont : AIDES en France, ARCAD SIDA au Mali (Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida), COCQ-Sida au Québec (Coalition des Organismes Communautaires Québécois de Lutte contre le sida) et ALCS au Maroc (Association de Lutte contre le sida). L'objectif de cette coalition est de replacer les malades au cœur des dispositifs d'aide et de prévention, peser auprès des grands financeurs internationaux pour faire évoluer les programmes, développer les associations membres en les soutenant et leur donnant plus de moyens et mutualiser les expertises pour mener des projets de recherche communautaire. L'équipe travaille en partenariat avec Coalition Plus sur l'analyse de données issues d'une enquête dont l'objectif était l'étude des comportements et pratiques sexuels auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Douala, Cameroun. Après avoir permis la valorisation d'une enquête de terrain auprès des HSH à Douala, l'équipe a mis en place (avec Coalition Plus et l'Unité IRD de Montpellier, un contrat d'initiation ANRS à la mise en place d'une cohorte d'HSH en Afrique sub-saharienne.

### • **Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) : ITMO Santé Publique et ITMO Cancer**

L'Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé, AVIESAN, a confié aux Instituts thématiques multi-organismes (ITMO) une mission de coordination des opérateurs nationaux de la recherche. Dix Instituts thématiques multi-organismes ont été mis en place, au nombre desquels figurent :

- l'ITMO Santé Publique qui a pour mission de faciliter et de coordonner l'activité des équipes de recherche qui développent des travaux consacrés à la santé publique ou à la recherche clinique.

- l'ITMO Cancer qui a pour mission de travailler, avec ses collègues des différents organismes, à la réflexion sur la politique de site (création des unités, recrutements...) et à la stratégie scientifique dans le domaine du cancer.

L'équipe est représentée au sein du comité d'experts de l'ITMO Cancer et à la direction de l'ITMO Santé Publique.

### • **Centre des expertises collectives Inserm**

Participation à l'expertise collective commandée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) sur les addictions chez les jeunes.

### • **Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, Ministère de la Santé)**

Responsabilité en partenariat avec le bureau "Professions de santé" de la DREES de la conception et de la construction d'un panel de 2400 médecins généralistes libéraux en France métropolitaine, avec trois sur-échantillons en Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La logistique d'enquête est assurée par la cellule d'enquête de l'ORS. Cinq vagues d'enquête ont été réalisées. Le questionnaire des vagues d'enquête n°1, 3 et 5 a été élaboré par les chercheurs et chargés d'études.

### • **Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, Ministère de la Santé et des Sports)**

Membre du groupe de conception des enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors) 2014-15.

### • **L'Institut National du Cancer (INCa)**

Depuis 2010, l'INCa a initié la deuxième enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique ; il contribue, comme membre du comité de pilotage, à la réalisation et au suivi de ce projet.

### • **Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP)**

Membre du Comité de la Prévention et de la Précaution, qui est un des organismes de conseil placé auprès du Ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer. Il est composé d'une vingtaine de personnalités scientifiques reconnues pour leurs compétences dans les domaines de l'environnement et de la santé.

### • **Greg HEC (laboratoire d'économie), Université Paris-Sorbonne, Jouy-en-Josas**

Collaboration scientifique dans le cadre du projet CORIMU (communication sur les risques multiples) financé par l'INPES.

### • **Groupe de recherche en Psychologie Sociale (GRePS), Université Lumière Lyon 2**

Ce laboratoire de recherche s'intéresse aux problématiques de santé en apportant un regard psychosocial permettant une meilleure compréhension des constructions de sens autour de la représentation de la maladie et des comportements de santé.

### • **Laboratoire d'Excellence Aix-Marseille School of Economics (LabEx AMSE, dir. Alain Trannoy)**

Aix-Marseille School of Economics a pour but d'impulser à Aix-Marseille, autour des deux principaux laboratoires de recherche en sciences économiques (GREQAM et SESSTIM), une dynamique scientifique dédiée aux problèmes de la globalisation et de son impact sur les politiques publiques. La dimension santé (santé globale) y est traitée par les chercheurs INSERM, IRD et ORS, notamment pour ce qui concerne les travaux portant sur les pays en développement (Maghreb, Afrique Subsaharienne,...). L'AMSE bénéficie du soutien des différentes tutelles présentes à Marseille : Aix-Marseille Université, EHES, CNRS, INSERM, Ecole Centrale Marseille et IRD. Son activité est consultable sur le site <http://www.amse-aixmarseille.fr>

L'équipe de l'ORS-SESSTIM est largement représentée au sein de l'AMSE, et trois de ses membres siègent au Comité de Direction du LabEx.

### • **IHU Infectiopôle Sud**

Collaborations avec plusieurs chercheurs/praticiens membres de l'IHU ou associés à l'IHU sur les thématiques "risque nosocomial", "infections saisonnières", "vaccination".

### • **Collaboration médicale pluridisciplinaire autour de la santé au travail en PACA : le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA) soutenu par la DIRECCTE et la Région PACA**

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, un médecin inspecteur régional du travail, des médecins du travail de services autonomes et interentreprises du régime général et du régime agricole, le médecin de la Consultation de Pathologie Professionnelle (CHU de Marseille), des médecins conseils de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la CNAMTS, le médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CARSAT-SE, un médecin généraliste de l'URPS ML, et la coordinatrice départementale du Service d'appui au maintien dans l'emploi des Bouches du Rhône (SAMETH HEDA) ont collaboré, dans le cadre du Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA), 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 des 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, les Bouches-du-Rhône et les Alpes Maritimes.

### • **Départements d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale des Facultés de Médecine de Marseille et de Nice**

Collaboration en vue de la constitution d'un panel de jeunes médecins généralistes.

### • **Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur**

L'équipe de l'ORS a collaboré avec le CRES pour réaliser des formations aux outils OSCARS (Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) et SIRSéPACA (Système d'Information Régional en Santé PACA). L'objectif de ces formations est de faciliter l'accès aux données sur l'état de santé des populations, d'identifier les actions contribuant à répondre aux priorités de santé publique de la région PACA et de permettre aux acteurs, aux décideurs et financeurs de partager ces informations grâce à des outils accessibles.

D'autre part, l'équipe de l'ORS a travaillé en articulation étroite avec le CRES sur le dispositif d'appui destiné aux porteurs de projet de Maisons Régionales de la Santé porté par le Conseil Régional Paca. Cette collaboration a notamment donné lieu à la co-rédaction d'un guide à l'usage des porteurs de projet intitulé "De l'idée à la création d'une Maison Régionale de la Santé" et à l'organisation conjointe de la 1<sup>ère</sup> journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons Régionales de la Santé en Région Provence-Alpes Côte d'Azur.

### • **Société d'urologie Félix Guyon du Sud-Est (SFGSE) et Association française d'urologie (AFU)**

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA ont collaboré, dans le cadre du SISTEPACA, pour sensibiliser les urologues au repérage de l'origine professionnelle possible des tumeurs des voies urinaires ; fiche sur internet ([www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)), brochure diffusée à l'ensemble des médecins généralistes et urologues de la région, communications régulières à la SFGSE, enquêtes sur les besoins et les pratiques des urologues, participation à un enseignement post-universitaire (Diplôme interuniversitaire d'onco-urologie, janvier 2010), information sur le réseau de maintien dans l'emploi à mobiliser en cas de diminution des capacités physiques/psychiques des patients (2012-2013).

### • 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'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS). Reconnue d'utilité publique, AIDES bénéficie d'une convention pluriannuelle avec la Direction Générale de la Santé (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". En 2011, des articles valorisant la dernière enquête ont été conduits grâce à la collaboration avec notre équipe. L'équipe est impliquée depuis 2008 avec AIDES dans un projet phare de dépistage rapide auprès des gays, le projet DRAG, financé par l'ANRS.

### • Consortium AIDES – Act-Up – Solidarité Sida

En association avec ce consortium, le groupe "Gouvernance et sida en Afrique" travaille sur "la capitalisation du plaidoyer" effectué par trois associations en Afrique (Burkina Faso, Bénin, Cameroun). Il s'agit de documenter les modifications apportées par le travail des "plaideurs" financés par le Consortium, auprès des autorités nationales sur l'amélioration de l'action publique contre le sida dans ces différents pays.

### • Réseau ONCOPACA & Corse

Le Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse représente la fédération de quatre réseaux fondateurs (ONCAZUR, ONCORéP, ONCOSUD, R2c) et des réseaux corses ONCO 2a, ONCO 2b. Depuis 2006 une collaboration a été mise en place avec le réseau dans le cadre des cohortes Elippsse. Le réseau s'est engagé à nous aider à sensibiliser les oncologues aux projets Elippsse, en diffusant notamment auprès des membres du réseau les lettres Elippsse deux fois par an. La participation aux assemblées générales nous permet également de communiquer sur les cohortes.

Une deuxième collaboration a été engagée depuis 2011 avec la FNORS et le réseau ONCOPACA pour la réalisation d'une étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon (2011) et des cancers colo-rectaux et de la prostate (2012).

Par ailleurs, depuis fin 2009, une collaboration a été instaurée avec le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA), concrétisée en 2010 et en 2011 par la présentation du SISTEPACA aux coordinateurs des centres de coordination en cancérologie "3C" afin de les informer sur les cancers professionnels et sur le réseau de maintien dans l'emploi à mobiliser pour aider leurs patients. Des liens entre les deux sites internet du SISTEPACA et d'ONCOPACA-Corse ont été établis. Des réunions de formation médicale continue sur les cancers professionnels ont été organisées à l'attention de cancérologues, de médecins généralistes du réseau ville-hôpital et de personnels d'annonce (infirmier(e)s, assistant(e)s sociales). Avec un soutien complémentaire de l'INCA, deux cycles de formation de médecins généralistes sur cancer et travail (2 réunions à 4-6 mois d'intervalle avec suivi intermédiaire des médecins) ont été organisés en 2012-2013.

### • Gynécologues-obstétriciens de l'AP-HM, école de sages-femmes EU3M (Faculté de Médecine Nord), réseau Périnatal Sud, Service de médecine et santé au travail et biogénotoxicologie de la Faculté de Médecine de la Timone, Institut National de Recherche et Sécurité (INRS)

Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA) collabore avec différents cliniciens et préventeurs impliqués dans la prise en charge de la grossesse et/ou des risques professionnels nocifs pour la mère ou l'enfant, pour créer une rubrique "Grossesse et travail" (mise en ligne au premier semestre 2013) ; participations prévues au Diplôme Universitaire "Accompagnement à la grossesse et à la naissance" et à la journée de la Société française de médecine du travail en 2013.

### • Caisses d'assurance maladie (niveau régional) : CNAMTS, MSA, AMPI, CNMSS

Depuis 2005 les quatre principaux régimes d'assurance maladie des régions PACA et Corse (régime général, régime agricole, régime des travailleurs non salariés, non agricoles et régime militaire) sont partenaires des cohortes Elippsse 40 et Elippsse 65. Ce partenariat a été précisé par des conventions qui font l'objet de mises à jour annuelles. Les cohortes sont constituées à partir des fichiers nominatifs des personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % au titre d'une ALD pour cancer du sein. Les services médicaux des caisses d'assurance maladie sollicitent toutes les femmes éligibles pour leur proposer de participer à l'enquête. Les caisses ont également en charge la transmission des données anonymisées de consommation de soins pendant la période d'étude et doivent procéder à la recherche du statut vital des individus en fin de cohorte.

### • Caisses d'assurance maladie (niveau national) : CNAMTS, MSA, RSI

Les trois principaux régimes d'assurance maladie contribuent, comme membres du comité de pilotage, à la réalisation et au suivi de la deuxième enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique.



### Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- Unité INSERM 897 de Bordeaux pour les cohortes APROCO-COPILOTE et HEPAVIH, et pour le projet TASP (Treatment as prevention) en cours en Afrique du Sud
- Unité INSERM 687 de Villejuif pour le projet VESPA et le projet TASP
- Unité INSERM 108, équipe "Epidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé" (Mme I. Niedhammer et Mme M. Melchior) dans le cadre d'une participation au comité scientifique de l' "Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail".
- Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) dans le contexte du contrôle des overdoses de l'étude Méthaville
- Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) PACA Ouest-Corse et PACA Est
- Unité INSERM SC10 de Villejuif dans le cadre d'une collaboration visant à comparer la qualité de vie des patients infectés par le VIH participant aux essais cliniques, la population VIH en France (enquête VESPA), et la population générale
- Unité INSERM SC10 de Villejuif pour le projet d'intervention de prophylaxie pré-exposition (IPERGAY), et sur les analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques ou des cohortes (essai EASIER, cohorte COVAC)
- Unité INSERM 720 (Dominique Costagliola) sur des analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques (essai Racknral, essai Tipi) ainsi que sur l'étude ANRS EP 49 EVARIST visant à déterminer les discordances entre virémie plasmatique et virus dans le sperme chez des HSH séropositifs contrôlés et les facteurs socio-comportementaux associés.
- Unité INSERM 822 sur la cohorte HIC décrivant le vécu des personnes séropositives contrôlant spontanément leur maladie sans traitement (Laurence Meyer, Olivier Lambotte)
- Unité INSERM 707 de Paris pour les essais cliniques sur les mono-infections par le VHB ou le VHC et les co-infections VIH-VHC (PEGAN ANRS HB06, ETOC ANRS HC20, PEGLIST-C ANRS HC22) et pour la cohorte CUPIC ANRS CO20 sur l'infection à VHC
- Institut de veille sanitaire (InVS), Département des maladies infectieuses) dans le cadre de la dernière enquête presse gay (ANRS-EPGL 2011).
- Institut Paoli Calmettes (Pr Viens, Dr Rousseau, Dr Extra, Dr Camerlot, Dr Ben Soussan, Dr Huiart, Dr Returnaz, Dr Provensal) dans le cadre des cohortes ELIPPSE
- Institut Paoli-Calmettes dans le cadre du projet CritEff qui consiste à connaître les critères d'efficacité à retenir lors de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) selon diverses populations (oncologues, patients, population générale, industrie pharmaceutique et décisionnaire) pour les traitements des cancers métastatiques.
- Service des urgences psychiatriques des hôpitaux de la Conception à Marseille (Dr JM. Henry) et Saint Roch à Nice (Dr F. Jover) dans le cadre de l'étude sur les tentatives de suicides en lien potentiel avec le travail.
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD) de Montpellier (Eric Delaporte et Christian Laurent) dans le cadre de l'analyse des données de l'essai STRATALL (ANRS 12-110), l'essai de 2<sup>ème</sup> ligne de traitement en Afrique 2-LADY, et la réflexion en cours sur le futur projet de cohorte HSH en Afrique.
- Jewish Hospital (Unité du Pr Mark Wainberg) à Montréal pour le projet de dépistage rapide auprès des gays (DRAG)
- Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Louis à Paris pour le projet de prévention pré-exposition IPERGAY
- Service d'Infectiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- Faculté de Médecine de Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis
- Institut de recherche Socio Anthropologique de l'Université catholique d'Afrique centrale (IRSA - Yaoundé, Cameroun) dans le cadre de l'enquête EVAL-ANRS12116 "Evaluation du programme camerounais d'accès aux traitements antirétroviraux".
- Service d'imagerie médicale de l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal)
- Service d'imagerie médicale du CHU de Fann (Dakar, Sénégal)
- Centre de Recherche Clinique, UMI 233, CHU de Fann (Dakar, Sénégal) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Service des maladies infectieuses, Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Hôpital de Jour - Sanou Souro, CHU de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1 (Cameroun) dans le cadre du projet EVOLCAM.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS): projet 2PICAM (Cambodge)
- Coronel Institute of Occupational Health (Dr Angela de Boer), Academic Medical Centre, Université d'Amsterdam, Pays-Bas
- Service de Médecine Interne de l'hôpital du Kremlin Bicêtre et le Service d'Epidémiologie et de Santé Publique INSERM U822 dans le cadre de l'étude HIV Controller (Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients "HIV controller" en France).

## Partenariat scientifique

---

- Laboratoire de Virologie de Hôpital Necker-Enfants-Malades (Pr C. Rouzioux), Unité INSERM 943 (Dr D. Costagliola), et Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre (Dr J. Ghosn) dans le cadre du projet ANRS EP 49 EVARIST.
- Laboratoire de Recherche de l'Établissement Public de Santé Maison Blanche (EPS) dans le cadre de l'étude WEBTEST sur le recours aux tests de dépistage VIH achetés sur Internet et les enjeux psychologiques associés.
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York.

# Contribution à des structures nationales et régionales, professionnelles et scientifiques

L'ORS et l'UMR912 siègent dans de nombreuses structures nationales et régionales, soit en tant que personnalité morale, soit par la compétence de leurs chargés de recherche. Ils développent également une activité croissante de lecture et de validation d'articles dans de multiples publications scientifiques.

### Structures nationales

- Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Actions Coordonnées (AC) de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) : n° 5 "Essais thérapeutiques dans l'infection à VIH", n° 7 "Cohortes", n°12 "Pays en développement", n° 18 "Recherches en prévention", n° 24 "Essais thérapeutiques dans les hépatites virales", n°25 "Recherche en santé publique, sciences de l'homme et de la société dans le domaine des hépatites", n°5-24 "Essais cliniques de la co-infection VIH-hépatites", groupe socio-comportemental sur les essais cliniques, n° 27 "Recherches socio-économiques sur la santé et l'accès aux soins dans les pays du sud"
- Comité scientifique sectoriel (CSS) de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) : n° 5 "Recherches en santé publique, sciences de l'homme et de la société"
- Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) : ITMO Santé Publique et ITMO Cancer
- Consortium de REcherches VACCinales (COREVAC) mis en place sous l'égide Aviesan - ITMO Microbiologie et maladies infectieuses
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)
- Agence Nationale de la Recherche (ANR) : rapporteur dans le cadre de l'Appel à Projets Blanc 2013
- Comité National de la Recherche Scientifique (CNRS) : section 36 "Sociologie et sciences du droit"
- Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (DGRI-MESR)
- Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) : groupes de travail dédiés à l'élaboration du nouveau plan de lutte contre les drogues et les addictions
- Conseil National du Sida (CNS)
- Institut National du Cancer (INCa) : groupe de travail sur la prévention des conduites à risque, et groupe de travail pour l'élaboration du Plan Cancer 3
- Conseil d'Administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Conseil d'Administration de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
- Comité de visite de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) pour l'évaluation des unités de recherche
- Comité d'Orientation Stratégique de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à recherches "Handicap et perte d'autonomie" de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à projet permanent de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à projet permanent CNSA - MiRe/DREES
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
- Comité de rédaction de la revue "Santé Publique"
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

### Structures régionales

- Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA)
- Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRSA PACA) : commission permanente de la CRSA, commission spécialisée dans le domaine de la prévention, et commission spécialisée dans le domaine de l'organisation des soins
- Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRSA PACA) : collège "Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé", commission "Organismes de l'observation de la santé, de l'enseignement et de recherche"
- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- Conseil d'administration de l'Institut Paoli Calmettes
- Comité scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille
- Comité de direction de l'Aix Marseille School of Economics (AMSE)
- Conseil d'Administration de la Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes Côte d'Azur (ORU PACA)
- Comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)
- Comité régional des risques psycho-sociaux de la DIRECCTE
- Comité d'orientation de l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Comité scientifique de la Charte régionale de coopération pour le maintien dans l'emploi
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Cancéropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université

### Appartenance à des Sociétés savantes

- Association des chercheurs de Politique africaine
- Association Française d'Economie Politique
- Association Française de Science Économique (AFSE)
- Association Française de Science Politique
- Association Internationale de Science Politique
- Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)
- International Health Economic Association (IHEA)
- International AIDS Society
- Preference Group Elicitation (PEG)
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse
- Société Française de Radiologie (SFR)

### Activité de reviewing d'articles

- Addiction
- Agora Débats/jeunesse
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- Annales of Internal Medicine
- Anthropologica
- Anthropologie et Sociétés
- Applied Health Economics and Health Policy
- Autrepart
- BMC Cancer
- BMC Public Health
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- Contemporary Politics
- Economie Publique
- Economic Bulletin
- Economics and Human Biology
- Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research
- Face A Face. Regards sur la santé
- Family Practice
- Global Health Promotion
- Health and Quality of Life Outcomes
- Health Policy and Planning
- HIV Clinical Trials
- Industrial and corporate change
- International archives of occupational and environmental health
- International Journal of Drug Policy
- Journal of AIDS
- Journal of Environmental Planning and Management
- Journal of Happiness Studies
- Journal of Health Care for the Poor and Underserved
- Journal of Health Economics
- Medical Anthropology
- Nature, Sciences, Sociétés
- Pharmacoepidemiology and drug safety
- PLOS ONE
- Politique africaine
- Pratiques et Organisation des soins
- Quality of Life Research
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- SAHARA
- Santé Publique
- Sciences sociales et Santé
- Sexually Transmitted Infections
- Slavic Review
- Social psychiatry and psychiatric epidemiology
- Social Science and Medicine
- Socio
- Tiers Monde
- Transcultural Psychiatry
- Visual Anthropology



## Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2012

### Au niveau local et national

- 7<sup>ème</sup> congrès de Psychologie de la Santé de la langue Française - Lille : 17-19 décembre 2012
- 14<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 13 décembre 2012
- Workshop "Les biens publics mondiaux 10 ans après" - Marseille : 10-11 décembre 2012
- 2<sup>nd</sup> séminaire Maladies Infectieuses Emergentes, actualités et propositions - Paris : 7 décembre 2012
- 1<sup>ère</sup> journée nationale Observatoire National de la Fin de Vie - Paris : 6 décembre 2012
- 4<sup>ème</sup> édition des rencontres annuelles de l'INCa - Paris : 4 décembre 2012
- Colloque "Prendre soin hors les murs : pratiques de prises en charge, care et inégalités de santé dans un monde déshospitalisé" - Paris : 29-30 novembre 2012
- Congrès national des généralistes enseignants - Lyon : 22-23 novembre 2012
- Séminaire scientifique international sur le vieillissement - Bordeaux : 15 novembre 2012
- 7<sup>ème</sup> colloque francophone sur les sondages - Rennes : 5-7 novembre 2012
- 49<sup>ème</sup> journées santé-travail du CISME - Paris : 23-24 octobre 2012
- 2<sup>ème</sup> forum International de Prospective de Recherche et Traitement pour le Cancer - Paris : 9-10 octobre 2012
- 2<sup>ème</sup> Journées scientifiques de l'Assurance Maladie - Paris : 9-10 octobre 2012
- 32<sup>ème</sup> journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie - Paris : 2-4 octobre 2012
- 12<sup>ème</sup> Conférence biennale, European Association of Social Anthropologists (EASA), "Uncertainty and disquiet" - Nanterre : 10-13 juillet 2012
- Conférence "Political economy and the outlook for capitalism", co-organisée AHE, IIPPE et AFEP - Paris : 5-7 juillet 2012
- 2<sup>ème</sup> rencontres SHS autour de la maladie d'Alzheimer et de ses enjeux : représentations et construction sociales - Paris : 5 juin 2012
- 10<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap "Approches sociodémographiques du handicap : les enquêtes Handicap-santé" - Paris : 24 mai 2012
- 3<sup>ème</sup> colloque thématique de l'ADELF "épidémiologie sociale et inégalités de santé" - Toulouse : 15-16 mai 2012
- Séminaire de recherche de l'ANRS "Eradiquer le VIH et le VHC : rêve ou réalité ?" - Paris : 3-4 mai 2012
- 9<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap "Approches sociodémographiques du handicap : les enquêtes Handicap-santé" - Paris : 02 avril 2012
- 8<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap "Approches sociodémographiques du handicap : les enquêtes Handicap-santé" - Paris : 8 mars 2012
- 3<sup>rd</sup> joint CES – HESG Workshop - Aix-en-Provence : 11-13 janvier 2012

### Au niveau international

- 22<sup>nd</sup> Alzheimer Europe Conference - Vienne, Autriche : 4-6 octobre 2012
- 5<sup>ème</sup> congrès international d'épidémiologie ADEL/EPITER - Bruxelles, Belgique : 12-14 septembre 2012
- 2<sup>nd</sup> conference on evidence based policy in long - Londres, Angleterre : 5-8 septembre 2012
- 28<sup>th</sup> annual Q conference - Pittsburg, USA : 5-8 septembre 2012
- 4<sup>ème</sup> international summer institute "De l'altruisme au partenariat : un croisement des savoirs. Quels enjeux pour le développement humain ?" - Bouznika, Maroc : 27-31 août 2012
- XIX<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le Sida – Washington, USA : 22-27 juillet 2012
- 2012 European Conference on Health Economics - Zurich, Suisse : 18-21 juillet 2012
- Journées Internationales "Analyse statistique : Théorie et Applications" - Oujda, Maroc : 4-6 juin 2012
- Q methodology workshop - Amsterdam, Pays-Bas : 29-30 mars 2012
- 6<sup>ème</sup> conférence francophone VIH/SIDA - Genève, Suisse : 25-28 mars 2012





### Activité d'enseignement

L'équipe ORS-SESSTIM 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 Master (1ère et 2ème années), de doctorants qui réalisent leur thèse sur le site de l'ORS, de post-doctorants, d'internes en médecine et en pharmacie, et d'étudiants qui effectuent leur stage de fin d'étude au sein de l'ORS.

En 2012, l'équipe a participé à plusieurs enseignements très diversifiés :

- Master de Santé Publique et Management de la Santé, spécialité "Méthodes en évaluation thérapeutique", module "Traitement de l'infection par le VIH", Faculté de médecine Xavier Bichat, Paris
- Module interprofessionnel de Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes
- Master de Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes
- Master de Santé Publique, spécialité recherche "Méthodes Quantitatives et Econométriques pour la Recherche en Santé" (MQERS), Plusieurs modules en SHS et en Econométrie, Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, spécialité "Expertise et Ingénierie des Systèmes d'Information en Santé" (EISIS), module EPI-BASE : Epidémiologie, Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master en Sciences Sociales, 1<sup>ère</sup> année, sur le thème "Analyse statistique de données", Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) - Marseille
- Master Recherche Sciences sociales et développement, Université Paris 1
- Master d'Epidémiologie, Aix-Marseille Université
- Master Economie Appliquée, 2<sup>ème</sup> année, spécialité Evaluation des Politiques Publiques, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master Economie Appliquée, 2<sup>ème</sup> année, spécialité Politiques et Projets d'Aide au Développement, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master Aix-Marseille School of Economics, 1<sup>ère</sup> année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master "Economie de l'Environnement", AMSE, Aix-Marseille Université
- Master de Psychologie de la Santé, Aix-Marseille Université
- Master Anthropologie, Etude du développement, et Santé publique (SPP), séminaires en 1<sup>ère</sup> et en 2<sup>ème</sup> années, sur le thème "Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement", EHESS Paris
- Master Recherche Anthropologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
- Master Ressources Humaines - Cadre de santé, 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année, Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master Professionnel Crises, Université Paris 1
- Master professionnel Anthropologie des métiers du développement durable, Aix-Marseille Université
- Master 2 Economie de la santé dans les pays en développement et en transition, module "Evaluation des politiques et des interventions", Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand
- Master Santé des pays en développement, Université Bordeaux 2
- Master Affaires Internationales, Paris School of International Affairs (PSIA), Sciences Po Paris
- Master Santé et Développement, CEPED, Université Paris Descartes
- Master 2 "Innovation et Management de la Propriété Intellectuelle", Université Paris 13, Sorbonne, Paris, Cité
- Master 1 Sciences Politique, Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne
- Master 1 "Création immatérielle et Droit", faculté de Droit de l'Université Montpellier I
- Licence Administration Economique et Sociale, 1<sup>ère</sup> année, Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Aix Marseille Université
- Licence Mathématiques appliquées et sciences sociales (MASS), 2<sup>ème</sup> année, Aix-Marseille Université, Luminy. "Les paradigmes de la sociologie".
- Licence Economie et Management, 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix Marseille Université
- Diplôme Universitaire "Cours International sur l'Infection VIH et autres IST dans les pays à ressources limitées", Département de Santé Tropicale, IMEA, Faculté de Médecine Denis Diderot Paris 7, site Xavier Bichat
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Aix-en-Provence
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA), Toulon
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille
- Formation à la Santé Publique, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille

- Formation Médicale Continue, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine de Marseille, Département Universitaire de Formation Médicale Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, sur les thèmes :
  - . Place du médecin généraliste face aux souffrances psychiques liées au travail
  - . La prise en charge des cancers professionnels en médecine générale
  - . Tumeurs des voies urinaires : évoquer une origine professionnelle
  - . Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en médecine générale
  - . Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en pneumologie
  - . La prise en charge des maladies de l'amiante
  - . Le maintien dans l'emploi
  - . Accidents du travail et maladies professionnelles : démarches administratives
- Formation santé travail bi-annuelle aux internes en médecine générale, en collaboration avec le Département universitaire de médecine générale de la Faculté de médecine de Marseille et le Collège méditerranéen des généralistes maîtres de stage.

### Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2012-2013 au sein de la plateforme ORS-SESSTIM :

#### THÈSES SOUTENUES

- Judith HERMANN, Aix-Marseille Université  
Doctorat d'anthropologie. Date de soutenance : 13 septembre 2012  
Thèse : L'implication de l'église éthiopienne orthodoxe chrétienne dans la lutte contre le sida.  
(directeurs de thèse : L. Vidal, IRD)
- Constance MEINERS, Aix-Marseille Université et Universidade Federal do Rio De Janeiro  
Doctorat en sciences économiques. Date de soutenance : 19 octobre 2012  
Thèse : Pharmaceutical technology incorporation and affordability of HIV/AIDS treatment in developing countries: an analysis of the Brazilian response.  
(directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Aix-Marseille Université ; Pr L. Hasenclever, Universidade Federal do Rio De Janeiro)
- Gilbert NDZIESSI, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 03 avril 2013  
Thèse : Impact des traitements antirétroviraux sur le risque de transmission du VIH/Sida en Afrique Subsaharienne : le cas du Cameroun.  
(directeur de thèse : P. Carrieri, Inserm)
- Muhammad Asim AFRIDI, Aix-Marseille Université  
Doctorat en sciences économiques. Date de soutenance : 10 avril 2013  
Thèse : The effects of health aid on health outcomes: public versus private channels.  
(directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Aix-Marseille Université ; B. Ventelou, GREQAM-IDEP)

#### THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Nicolas LORENTE, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2013  
Thèse : Comportements de réduction des risques sexuels chez les HSH (Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes) séropositifs ou séronégatifs.  
(directeur de thèse : B. Spire, Inserm)
- Aurélia Tison, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2014  
Thèse : La décision sur le marché du travail dans un contexte de double incertitude économique et sanitaire : les travailleurs indépendants face au cancer.  
(directeurs de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEP ; A. Paraponaris, Aix-Marseille Université)
- Ali BEN CHARIF, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2015  
Thèse : Prise en charge des femmes âgées souffrant de cancer du sein : inégalités et impact à long terme.  
(directeurs de thèse : B. Spire, Inserm ; P. Carrieri, Inserm)
- Audrey MICHEL-LEPAGE, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2015  
Thèse : Le rôle des mécanismes incitatifs dans l'amélioration des prescriptions antibiotiques.  
(directeur de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEP)
- Mégane MERESSE, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2015  
Thèse : Prise en charge des femmes âgées souffrant de cancer du sein : inégalités et impact à long terme.  
(directeur de thèse : Pr R. Giorgi, Aix-Marseille Université)

#### INTERNES EN MEDECINE

- Samer ABOU KAIS, Interne en santé publique
- Yohan André EL-HAIK, Interne en pharmacie

### **MASTERS, LICENCES**

- Ali BEN CHARIF, Master MASS (Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales) spécialité "Analyse des populations", Aix-Marseille Université
- Camille BERNARDI, Master 2 MASS (Mathématiques appliquées aux Sciences Sociales), Aix Marseille Université
- Géraldine BERNHARD, Magistère Ingénieur Economiste (2ème année), Aix Marseille Université
- Marion BERNHARD, Magistère Ingénieur Economiste (1ère année), Aix Marseille Université
- Marie HEMAR, Master2 Recherche Psychologie, Université Lumière Lyon 2
- Xavier MABIRE, Master2 de Psychologie Sociale de la Santé, Aix Marseille Université
- Ludovic CASANOVA, Master2 Recherche Santé Publique, Université Paris Sud
- Alberto SOTO ALADRO, Master Santé Publique spécialité "Expertise et ingénierie des systèmes d'information en santé", Aix-Marseille Université
- Boni Armand ELEGBE, Licence Professionnelle Gestion et traitement statistique de bases de donnée (GTSBD), Aix-Marseille Université
- Khaled MAKHLOUFI, DU Préparation aux concours administratifs, Aix-Marseille Université
- Pascale ULPAT, Licence Professionnelle Gestion et traitement statistique de bases de donnée (GTSBD), Aix-Marseille Université

## Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé

- Président :  
**M. Michel Vauzelle**  
Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Vice-Présidents :  
**M. Norbert Nabet**  
Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Dr Vincent Sciortino**  
Médecin conseil régional, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- Secrétaire Général :  
**Dr Pierre Souvet**  
Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Secrétaire Général adjoint :  
**Mme Anne Mesliand**  
Conseillère régionale, Présidente de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics
- Trésorier :  
**M. Bernard Malaterre**  
Membre de l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
- Trésorier adjoint :  
**Dr Pierre Albarrazin**  
Membre du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Membres du Bureau  
**M. Philippe Brun**  
Collectif Inter associatif Sur la Santé  
**M. Daniel Marchand**  
Directeur Stratégie et Prospective, Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Un représentant de l'Union Régionale des Professions de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

### Premier Collège

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

M. Michel Vauzelle, Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant, membre de droit

M. Hugues Parant, Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant, membre de droit

### Au titre de l'Etat

- Agence Régionale de Santé (ARS PACA)
  - M. Norbert Nabet, Directeur général adjoint
  - M. Daniel Marchand, Directeur Stratégie et Prospective
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE Paca)
  - M. Patrice Russac, Directeur régional
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS Paca)
  - M. Jacques Cartiaux, Directeur régional
- Rectorat Académie Aix-Marseille
  - M. Bernard Dubreuil, Recteur

### Au titre du Conseil Régional

Mme Anne Mesliand, Conseillère régionale, Présidente de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics

M. Ladislav Polski, Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics, Délégué aux Maisons Régionales de Santé

Dr Pierre Souvet, Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics

Mme Danièle Tubiana, Conseillère régionale, Membre de la Commission Développement Durable, Environnement, Energie et Climat, Membre de la Commission Relations Internationales, Europe et Euro-Région

### Au titre du Conseil Economique et Social Régional

Dr Pierre Albarrazin, Membre du Conseil Economique et Social Provence Alpes Côte d'Azur

### Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

- Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Sud-Est (CARSAT-SE)
  - M. Jean-Louis Thierry, Directeur régional
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
  - Dr Vincent Sciortino, Médecin conseil régional

### Au titre des Universités / Facultés

- Aix-Marseille Université
  - Pr Yvon Berland, Président
- Faculté de Médecine de Marseille
  - Pr Georges Leonetti, Doyen
- Faculté de Médecine de Nice
  - Pr Patrick Baqué, Doyen

### Deuxième Collège

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

#### **Au titre des Etablissements hospitaliers publics**

- Fédération Régionale PACA - Fédération Hospitalière de France  
M. Jean-Michel Budet, Délégué Régional

#### **Au titre des Etablissements hospitaliers privés**

- Syndicat Régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée du Sud-Est  
M. Jean-Louis Maurizi, Président

#### **Au titre des Organismes de recherche bio-médicale**

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM Paca)  
M. Dominique Nobile, Délégué régional

#### **Au titre de l'Union régionale des professions de santé**

- Union régionale des professionnels de santé Médecins Libéraux  
Dr Jean-François Giorla, Président
- Union régionale des professionnels de santé (Pharmaciens / Infirmiers / Chirurgiens-dentistes)  
Un représentant

#### **Au titre des Associations du secteur sanitaire et social**

- Comité Régional d'Education pour la Santé (GRES)  
Pr Jean-Marc Garnier, Président
- Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)  
M. Bernard Malaterre, Délégué
- Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)  
M. Philippe Brun, Trésorier du CISS
- Dispositif Régional d'Observation Sociale PACA (DROS)  
Mme Bernadette Melmont, Directeur adjoint de la Caisse d'Allocation Familiales des Bouches du Rhône
- Coordination des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (CODERPA PACA)  
M. Jocelyn Eledjam, Délégué régional
- Centre interRégional d'Etude, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation (CREAI)  
M. Serge Davin, Vice-président
- Croix Rouge Française (CRF), Délégation régionale PACA  
Mme Simone Long, Présidente

#### **Au titre de la Mutualité**

- Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur  
M. Dominique Trigon

#### **Au titre des Confédérations syndicales**

- Confédération Générale du Travail (CGT)  
M. François Guittet
- Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)  
Mme Maria-Isabel Léon
- Fédération Syndicale Unitaire (FSU)  
M. Jean-Paul Beauquier
- Union Régionale de la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)  
M. Gérard Malventi

#### **MEMBRES CONSULTANTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral  
M. Mario Barsamian, Président de l'Observatoire Régional des Métiers (ORM)  
M. Raoul Stiouï, Délégué régional de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF)

## L'équipe sur le site ORS-SESSTIM

### Direction

MOATTI Jean-Paul  
Professeur d'Economie - Aix Marseille Université  
Directeur de l'UMR912 SESSTIM  
Tél: 04 91 59 89 10  
jean-paul.moatti@inserm.fr

OBADIA Yolande  
Médecin épidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA  
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS  
Tél: 04 91 59 89 10  
yolande.obadia@inserm.fr

PERETTI-WATEL Patrick  
Sociologue  
Directeur adjoint de l'UMR912 SESSTIM  
patrick.peretti-watel@inserm.fr

VERGER Pierre  
Médecin épidémiologiste, Directeur-adjoint de l'ORS  
Tél: 04 91 59 89 01  
pierre.verger@inserm.fr

### Equipe administrative et technique

ADAM Marie-Odile  
Adjointe administrative  
Tél: 04 91 13 41 16  
marie-odile.adam@inserm.fr

BEALU Boris  
Infographiste  
Tél: 04 91 59 89 28  
boris.bealu@inserm.fr

BLANCHON Priscilla  
Adjointe administrative  
Tél: 04 91 59 89 06  
priscilla.blanchon@inserm.fr

GIOVANNINI-GOZZI Carole  
Attachée des ressources humaines  
Tél: 04 91 59 89 03  
carole.giovannini@inserm.fr

GORINE Zohra  
Secrétaire d'études  
Tél: 04 91 59 89 10  
zohra.gorine@inserm.fr

KERENFORS Christelle  
Accueil et standard  
Tél: 04 91 59 89 00  
accueil@orspaca.org

KISSIKIAN Marie-Pierre  
Comptable  
Tél: 04 91 59 89 15  
kissikian@orspaca.org



MARQUES Christiane  
Adjointe administrative  
Tél: 04 91 59 89 06  
christiane.marques@inserm.fr

MAYER Laurent  
Informaticien  
Tél: 04 91 59 89 28  
laurent.mayer@inserm.fr

### **Equipe Observation et territoire**

#### **Responsable d'équipe**

GUAGLIARDO Valérie  
Responsable du pôle Observation de la Santé  
Statisticienne  
Tél: 04 96 10 28 67  
valerie.guagliardo@inserm.fr

#### **Composition de l'équipe**

ARNAUD Sandrine  
Médecin épidémiologiste  
Chargée d'études ORS  
Tél: 04 91 59 89 07  
sandrine.arnaud@inserm.fr

BOCQUIER Aurélie  
Ingénieur agronome  
Tél: 04 91 59 89 14  
aurelie.bocquier@inserm.fr

CATTIN Grégoire  
Gestionnaire de bases de données  
Tél: 04 96 10 28 61  
gregoire.cattin@inserm.fr

CORTAREDONA Sébastien  
Statisticien  
Ingénieur de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 13  
sebastien.cortaredona@inserm.fr

DUMESNIL Hélène  
Psychosociologue  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 25  
helene.dumesnil@inserm.fr

JARDIN Marie  
Biostatisticienne  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 12  
marie.jardin@inserm.fr

KURKDJ Patrick  
Gestionnaire de bases de données  
Technicien ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 23  
patrick.kurkdji@inserm.fr

VIAU Alain  
Médecin de santé publique  
Chargé d'études  
Tél: 04 91 59 89 21  
alain.viau@inserm.fr

### **Equipe Cancers, biomédecine & société (CAN-BIOS)**

BEN DIANE Karim  
Sociologue  
Chargé de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 84 25 33 88  
marc-karim.bendiane@inserm.fr

BERENGER Cyril  
Data-Manager/Statisticien  
Ingénieur d'études ORS/INSERM  
Tél: 04 91 13 41 10  
cyril.berenger@inserm.fr

REY Dominique  
Médecin épidémiologiste  
Chargée de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 84 25 33 85  
dominique.rey@inserm.fr

### **Doctorant(s)**

BEN CHARIF Ali  
Doctorant  
Bourse doctorale régionale  
Tél: 04 96 10 28 81  
ali.ben-charif@inserm.fr

MERESSE Mégane  
Doctorante  
Bourse Fondation de France  
Tél: 04 84 25 33 87  
megane.meresse@inserm.fr

### **Equipe Environnements, systèmes de santé et maladies transmissibles (ESSEM)**

#### **Responsable(s) d'équipe**

EBOKO Fred  
Politologue  
Chargé de recherche IRD  
Tél: 04 91 59 89 00  
fred.eboko@ird.fr

SPIRE Bruno  
Médecin épidémiologiste,  
Directeur de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 77  
bruno.spire@inserm.fr

### Composition de l'équipe

ATLANI-DUAULT Laetitia  
Anthropologue  
Directeur de recherche IRD  
laetitiaatlani@wanadoo.fr

BLANCHE Jérôme  
Gestionnaire de bases de données  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 82  
jerome.blanche@inserm.fr

BOYER Sylvie  
Economiste  
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 72  
sylvie.boyer@inserm.fr

BOYER Véronique  
Chercheur en virologie  
Chargée de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 69  
veronique.boyer@inserm.fr

CARRIERI Patrizia  
Biostatisticienne  
Ingénieur de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 75  
Pmcarrieri@aol.com

DEMOULIN Baptiste  
Statisticien  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 81  
baptiste.demoulin@inserm.fr

GAZIN Pierre  
Médecin épidémiologiste  
Chargé de Recherche IRD  
pierre.gazin@ird.fr

LIONS Caroline  
Statisticienne  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 84  
caroline.lions@inserm.fr

MARCELLIN Fabienne  
Biostatisticienne  
Ingénieur d'étude INSERM  
Tél: 04 96 10 28 79  
fabienne.marcellin@inserm.fr

MARCH Laura  
Statisticienne  
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 71  
laura.march@inserm.fr

MORA Marion  
Psychosociologue  
Ingénieur d'étude ANRS/ORS  
Tél: 04 96 10 28 83  
marion.mora@inserm.fr

OBADIA Yolande  
Médecin épidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA  
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS  
Tél: 04 91 59 89 10  
yolande.obadia@inserm.fr

ORSI Fabienne  
Economiste  
Chargée de recherche IRD  
Tél: 04 96 10 28 70  
fabienne.orsi@ird.fr

OUATTARA Fatoumata  
Anthropologue  
Ingénieur de recherche IRD  
Tél: 04 96 10 28 74  
fatou.ouattara@ird.fr

PROTOPOPESCU Camélia  
Mathématicienne, Economètre  
Ingénieur de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 80  
camelia.protopopescu@inserm.fr

ROUX Perrine  
Chercheur en Santé Publique  
Tél: 04 96 10 28 76  
perrine.roux@inserm.fr

SAGAON TEYSSIER Luis  
Economiste  
Ingénieur de recherche IRD  
Tél: 04 96 10 28 78  
luis.sagaon-teyssier@inserm.fr

SUZAN-MONTI Marie  
Virologue  
Chargée de recherche CNRS  
Tél: 04 96 10 28 76  
marie.suzan@inserm.fr

WERNER Jean-François  
Anthropologue  
Chargé de Recherche IRD  
Tél: 04 90 09 99 34  
jean-francois.werner@ird.fr

### Doctorant(s)

LORENTE Nicolas  
Doctorant en santé publique  
Tél: 04 96 10 28 82  
nicolas.lorente@inserm.fr

**Equipe Chronicisation du risque santé, système de soins et politiques publiques (CRISSPOP)**

**Responsable (s) d'équipe**

VENTELOU Bruno  
Economiste  
Chargé de recherche CNRS  
Tél: 04 91 59 89 16  
bruno.ventelou@inserm.fr

**Composition de l'équipe**

ABU-ZAINEH Mohammad  
Economiste  
Ingénieur de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 65  
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

ARRIGHI Yves  
Statisticien  
Ingénieur d'études ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 44  
yves.arrighi@inserm.fr

DAVIN Bérengère  
Economiste  
Chargée de recherche ORS  
Tél: 04 91 59 89 08  
berengere.davin@inserm.fr

FERONI Isabelle  
Sociologue  
Maître de conférence - Université de Nice-Sophia Antipolis  
Tél: 04 91 59 89 07  
Isabelle.feroni@inserm.fr

PARAPONARIS Alain  
Economiste  
Maître de conférence - Université de la Méditerranée  
Tél: 04 91 59 89 02  
alain.paraponaris@inserm.fr

PROTIERE Christel  
Economiste  
Chargée de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 60  
christel.protiere@inserm.fr

PULCINI Céline  
Médecin Infectiologue  
Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH)  
Université Nice-Sophia-Antipolis - CHU de Nice  
pulcini.c@chu-nice.fr

**Post-doctorant(s)**

MASSIN Sophie  
Economiste  
Tél: 04 91 59 89 21  
sophie.massin@inserm.fr

### Doctorant(s)

MICHEL-LEPAGE Audrey  
Doctorante en sciences économiques  
Bourse doctorale IHU-Fondation Méditerranée Infection  
Tél: 04 91 59 89 21  
audrey.ml@laposte.net

TISON Aurélia  
Doctorante en sciences économiques  
Bourse doctorale ED372  
Tél: 04 91 59 89 08  
aurelia.tison@inserm.fr

### Plateforme d'enquêtes

#### Responsable (s) d'équipe

MARADAN Gwenaëlle  
Responsable de la plateforme d'enquêtes  
Tél: 04 91 63 56 44  
gwenaëlle.maradan@inserm.fr

#### Composition de l'équipe

KHAOUANI Samia  
Technicienne d'enquête  
Tél: 04 91 63 56 45  
equipe-logistique.ors-paca@inserm.fr

RIABI Cheraz  
Technicienne d'enquête  
Tél: 04 91 63 56 45  
equipe-logistique.ors-paca@inserm.fr

## Publications 2012-2013

- **Self-reported alcohol abuse in HIV–HCV co-infected patients: a better predictor of HIV virological rebound**  
Marcellin, F., Lions, C., Winnock, M., Salmon, D., Durant, J., Spire, B., Mora, M., Loko, M. A., Dabis, F., Dominguez, S., Roux, P., Carrieri, M. P.  
Addiction, 2013, 108 : doi:10.1111
- **Appraising financial protection in health: the case**  
Abu-Zaineh, M., Ben Romdhane, H., Ventelou, B., Moatti, J. P., Chokri, A.  
International Journal of Health Care Finance and Economics, 2013, 13 ((1)) : 73-93 : DOI 10.1007/s10754-013-9123-8
- **Sex Differences in the Return-to-Work Process of Cancer Survivors 2 Years After Diagnosis: Results From a Large French Population-Based Sample**  
Marino, P., Sagaon Teyssier, L., Malavolti, L., Le Corroller-Soriano AG  
Journal of Clinical Oncology, 2013 : PMID:23358985
- **Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online**  
Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon, L., Hefez S, Lorente, N., Spire, B.  
AIDS Care, 2013, 25 (1) : 49-54. doi: 10.1080/09540121.2012.687823. PMID:22670681
- **Reflections about the efficiency criteria for cancer treatments during marketing authorization application**  
Jeannin N, Blois-Da Conceicao, S., Protiere, C.  
Bulletin du Cancer, mars 2013 (Epub ahead of print)
- **Is the psychological impact of genetic testing moderated by support and sharing of test results to family and friends?**  
Lapointe, J., Dorval, M., Noguès C, Fabre, R., Julian-Reynier, C.  
Familial cancer, 2013, 12 ((1)) : DOI 10.1007/s10689-013-9621-3
- **Chikungunya Fever: A Clinical and Virological Investigation of Outpatients on Reunion Island, South-West Indian Ocean.**  
Thiberville, SD, Boisson, V, Gaudart, J, Simon, F, Flahault, A, De Lamballerie, X  
PLoS Neglected Tropical Diseases, 2013, 7 : (1):e2004 ;
- **Outcome of Multimodal Therapy in Operated Acromegalic Patients, a Study in 115 Patients**  
Albareil, F, Castinetti, F, Morange, I, Conte-Devolx, B, Gaudart, J, Dufour, H, Brue, T  
Clinical Endocrinology, 2013, 78 : (2):263-70 ; PMID: 22783815
- **Laparoscopic Approach Is feasible in Crohn's Complex Enterovisceral Fistulas: A Case-Match Review**  
Beyer-Berjot, L, Mancini, J, Bege, T, Moutardier, V, Brunet, C, Grimaud, J-C, Berdah, S  
Diseases of the colon and rectum, 2013, 56 : (2):191-197 ; PMID: 23303147
- **Pain Narratives in Breast Cancer Survivors**  
Peretti-Watel, P., Ben Diane, M. K., Spica, L., Rey, D.  
Pain Research and Treatment, 2012, 2012 : doi:10.1155/2012/153060
- **Randomized study of 2 reduced-intensity conditioning strategies for human leukocyte antigen-matched, related allogeneic peripheral blood stem cell transplantation: Prospective clinical and socioeconomic evaluation**  
Blaise, D., Tabrizi, R., Boher, J. M., Le Corroller-Soriano, A. G., Bay, J. O., Fegueux N, Boiron JM, Furst, S., Castagna, L., Chabannon, C., Boyer Chamard, A., Milpied, N., Labussière-Wallet H, Faucher, C., Bardou, V. J., Mohty, M., Michallet, M.  
Cancer, 2012, doi: 10.1002/cncr.27786 ([Epub ahead of print] PubMed PMID: 22893313)
- **Two years after cancer diagnosis, what is the relationship between health-related quality of life, coping strategies and spirituality?**  
Preau, M., Bouhnik, A.D., Le Corroller-Soriano, A. G.  
Psychol Health Med, 2012 (Epub ahead of print)
- **Impact du cancer du sein sur la vie professionnelle. Enquête parmi les femmes de la cohorte ELIPPSE.**  
Gallardo L, Rey D, Peretti-Watel P.  
Bulletin du Cancer, 2012, 99(7-8), pp. 779-86
- **Responses to increasing cigarette prices in France: how did persistent smokers react?**  
Peretti-Watel P., L'Haridon O., Seror V.  
Health Policy, 2012, 106, pp. 169-176
- **Struggling with AIDS in South Africa, the Space of the Everyday as a Field of Recognition**  
Le Marcis, F.  
Medical Anthropology Quarterly, 2012, 26 : Issue 4, pp. 486–502

- **Impact of HIV comprehensive care and treatment on serostatus disclosure among Cameroonian patients in rural district hospitals**  
 Suzan-Monti, M., Kouanfack, C., Boyer, S., Blanche, J., Bonono, R. C., Delaporte, E., Carrieri, M. P., Moatti, J. P., Laurent, C., Spire, B. Stratall ANRS 12-110/ESTHER Study Group  
 PLoS ONE, 2012
- **General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey**  
 Dumesnil, H., Cortaredona, S., Verdoux H, Sebbah, R., Paraponaris, A., Verger, P.  
 PLoS ONE, 2012, 7 (12) : e52429. doi:10.1371/journal.pone.0052429
- **Clinical utility gene card for: Lynch syndrome (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM) - update 2012**  
 Rahner N, Steinke V, Schlegelberger, B., Eisinger, F., Hutter P, Olschwang S  
 European Journal of Human Genetics (EJHG), 2012 (doi: 10.1038/ejhg.2012.164) : [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22892529.
- **Variation in breast cancer risk associated with factors related to pregnancies according to truncating mutation location, in the French National BRCA1 and BRCA2 mutations carrier cohort (GENEPSO)**  
 Lecarpentier J, Noguès C, Mouret-Fourme, E., Gauthier-Villars, M., Lasset, C., Fricker, J. P., Caron, O., Stoppa-Lyonnet, D., Berthet P, Faivre, L., Bonadona, V., Buecher, B., Coupier, I., Gladiéff, L., Gesta, P., Eisinger, F., Frenay, M., Luporsi, E., Lortholary, A., Colas C, Dugast C, Longy M, Pujol P, Tinat J  
 Breast Cancer Research and Treatment, 2012, 14 (4) : R99. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22762150.
- **Use of daptomycin for the treatment of methicillin-resistant coagulase-negative staphylococcal ventriculitis**  
 Erritouni M, Ktaich N, Rahal JJ, Figueroa D, Nieto J, Urban C, Mariano N, Eisinger, F., Abayev J, Nicolau D, Rubin D, Raifu M, Segal-Maurer S  
 Case Report Medecine, 2012, PubMed PMID: 22649456; PubMed Central PMCID: PMC3357510.
- **Tests diagnostiques et thérapies ciblées en cancérologie : enjeux économiques**  
 Marino, P., Bertucci, F., Goncalves, A., Seror, V.  
 Medecine Sciences, 2012 (28) : 19-23
- **AIDSImpact--more than a virus**  
 Rietmeijer K, Catalan, J., Hedge, B., Spire, B., Prince, B., Albarracin D, Wolitski R, Guell A, Ross, M., Van Den Boom, F., Cluver L, Harding R, Sherr, L.  
 AIDS Care, 2012, 24 (8) : 943. doi: 10.1080/09540121.2012.674098. PMID:22524467
- **Sexual health with and by barebackers: "NoKondom Zone" Workshops.**  
 Rojas, D., Cocquelin V, Sempe V, Jablonski O, Le Gall, J.M., Spire, B.  
 AIDS Care, 2012, 24 (8) : 1046-51.
- **Methadone induction in primary care (ANRS-Methaville): a phase III randomized intervention trial.**  
 Roux, P., Michel, L., Cohen, J., Mora, M., Morel, A., Aubertin JF, Desenclos, J. C., Spire, B., Carrieri, M. P. and the ANRS Methaville Study Group.  
 BMC Public Health, 2012, 12 : 488. doi: 10.1186/1471-2458-12-488. PMID:22741944
- **High CD4 count and Moderate Alcohol Consumption in HIV-infected Patients : Evidence of Protection against Cardiovascular Disease Events over 11 years of ART.**  
 Carrieri, M. P., Protopopescu, C., Le Moing, V., Reboud P, Raffi, F., Mahy S, Roux, P., Marchou, B., Spire, B., Lepout, C.  
 BMJ Open, 2012, 2 (6) : doi:pil: e001155.
- **Time to combine intervention with prevention in countries where HIV is also driven by hazardous drinking: The journal publishes both invited and unsolicited letters.**  
 Carrieri, M. P., Spire, B., Lert, F., Michel, L.  
 Addiction, 2012, 108 (1) : 221-2. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04057.x. PMID:22900983
- **ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men.**  
 Champenois, K., Legall, J. M., Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Lert, F., Spire, B., Yazdanpanah, Y.  
 BMJ Open, 2012, 2 (2) : e000693. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000693. PMID:22466158 PMCID:PMC3323802
- **Adherence as a predictor of sexual behaviors in people living with HIV/AIDS during the first year of antiretroviral therapy in rural Cameroon: data froER trial.**  
 Ndziessi, G., Boyer, S., Kouanfack, C., Cohen, J., Marcellin, F., Moatti, J. P., Delaporte, E., Spire, B., Laurent, C., Carrieri, M. P. Stratall ANRS 12110/ESTHER Study Group.  
 PLoS ONE, 2012, 7 (6) : e36118. doi: 10.1371/journal.pone.0036118. PMID:22701555



- **HIV Prevalence and Sexual Risk Behaviors Associated with Awareness of HIV Status Among Men Who Have Sex with Men in Paris, France.**  
 Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Léon L, Le Vu S, Pillonel J, Spire, B., Semaille C  
 AIDS and Behavior, 2012 : PMID:22968398
- **Observational study on HIV-1-infected patients treated with an ARV combination therapy including raltegravir: the RACING cohort results at month 12.**  
 Pugliese, P., Poizot-Martin, I., Billaud, E., Spire, B., Marcelin A, Julien V, Nait-Ighil L  
 Journal of the International AIDS Society, 2012, 15 (6) : 18398. doi: 10.7448/IAS.15.6.18398. PMID:23235061
- **The "Swiss Statement": who knows about it? How do they know? What are its effects on people living with HIV/AIDS?**  
 Rojas Castro D, Fugon, L., Bourgeois-Fisson E, Le Gall, J.M., Barbier F, Spire, B.  
 AIDS Care, 2012, 24 (8) : 1013-9. doi: 10.1080/09540121.2012.668169. PMID:22519656
- **The use of the Internet in male sexual encounters by men who have sex with men in Cameroon**  
 Henry, E., Yomb, Y., Fugon, L., Spire, B.  
 DIGITAL CULTURE & EDUCATION, 2012, 4 (1) : 65-76
- **Proximity to HIV is associated with a high rate of HIV testing among men who have sex with men living in Douala, Cameroon**  
 Lorente, N., Henry, E., Fugon, L., Yomb, Y., Carrieri, M. P., Eboko, F., Spire, B.  
 AIDS Care, 2012, 24 (8) : 1020-7. doi: 10.1080/09540121.2012.668172. PMID:22519605
- **Coming out of the Nkuta: disclosure of sexual orientation associated with reduced risk behavior among MSM in Cameroon.**  
 Henry, E., A Wondo, P., Fugon, L., Yomb, Y., Spire, B.  
 Archives of sexual behaviors, 2012, 41 (3) : 525-7. doi: 10.1007/s10508-012-9916-8. PMID:22315042
- **Incidence, medical and socio-behavioural predictors of psychiatric events in an 11-year follow-up of HIV-infected patients on antiretroviral therapy.**  
 Protopopescu, C., Raffi, F., Brunet-Francois, C., Salmon, D., Verdon, R., Reboud P, Carrieri, M. P., Leport, C., Spire, B., Michel, L. APROCO-COPILOTE (ANRS C08) Study Group.  
 Antiviral Therapy, 2012, 17 (6) : 1079-83. doi: 10.3851/IMP2102. PMID:22544079
- **Engaging HIV-HCV co-infected patients in HCV treatment: the roles played by the prescribing physician and patients' beliefs (ANRS C013 HEPAVIH cohort, France).**  
 Salmon-Ceron, D., Cohen, J., Winnock, M., Roux, P., Sadr FB, Rosenthal, E., Martin IP, Loko, M. A., Mora, M., Sogni, P., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P.  
 BMC Health Services Research, 2012, 12 : 12:59. doi: 10.1186/1472-6963-12-59. PMID:22409788  
 PMCID:PMC3325848
- **Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfecting patients: one more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users.**  
 Roux, P., Fugon, L., Winnock, M., Salmon-Ceron, D., Lacombe, K., Sogni, P., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P. ANRS-CO-13-HEPAVH Study Group.  
 Addiction, 2012, 107 (1) : 152-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03608.x. PMID:21819472
- **Satisfaction with care in HIV-infected patients treated with long-term follow-up antiretroviral therapy: the role of social vulnerability.**  
 Preau, M., Protopopescu, C., Raffi, F., Rey, D., Chêne G, Marcellin, F., Perronne, C., Ragnaud, J. M., Leport, C., Spire, B. Anrs Co8 Aproco-Copilote Study Group  
 AIDS Care, 2012, 24 (4) : 434-43. doi: 10.1080/09540121.2011.613909.
- **Continuous-Time Markov Model for Transitions Between Employment and Non-Employment: The Impact of a Cancer Diagnosis**  
 Joutard, X., Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Ventelou, B.  
 ANNALS OF ECONOMICS AND STATISTICS, 2012, 107/108 : 239-265
- **Ecosystem focused therapy in poststroke depression: a preliminary study.**  
 Alexopoulos GS, Wilkins VM, Marino, P., Kanellopoulos D, Reding M, Sirey JA, Raue PJ, Ghosh S, O'Dell MW, Kiosses DN  
 International Journal of Geriatric Psychiatry, 2012, 27 (10) : 1053-60. doi: 10.1002/gps.2822.  
 PMID:22249997[PubMed - in process] PMCID:PMC3361524
- **Research resource: A genome-wide study identifies potential new target genes for POU1F1.**  
 Herman JP, Jullien, A. M., Guillen S, Enjalbert, A., Pellegrini, I., Franc, J. L.  
 Molecular endocrinology, 2012, 26 (8) : 1455-63. PMID:22638072[PubMed - in process]

- **Biomechanical characterisation of fresh and cadaverous human small intestine: applications for abdominal trauma.**  
 Bourgoïn S, Bège T, Masson C, Arnoux PJ, Mancini, J., Garcia S, Brunet, C., Berdah SV  
 Medical & Biological Engineering & Computing, 2012 : PMID:23054381[PubMed - as supplied by publisher]
- **Inactivation of PITX2 transcription factor induced apoptosis of gonadotroph tumoral cells.**  
 Acunzo J, Roche, C., Defilles C, Thirion, S., Quentien, M. H., Figarella-Branger D, Graillon T, Dufour H, Brue, T., Pellegrini, I., Enjalbert, A., Barlier, A.  
 Endocrinology, 2012, 152 (10) : 3884-92. PMID:21810944[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Health care expenditures linked to the use of targeted therapies and diagnostic tests for cancer patients.**  
 Marino, P., Bertucci, F., Goncalves, A., Seror, V.  
 Médecine & Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:19-23PMID:22494652[PubMed - indexed for MEDLINE] .
- **The emergence and development of gene expression profiling: a key component of the 3B (bench, bedside, bytes) in translational research.**  
 Cointet JP, Mogoutov, A., Bourret, P., El Abed R, Cambrosio, A.  
 Médecine & Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:7-13. PMID:22494650[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Evaluation of a prototype electronic personal health record for patients with idiopathic thrombocytopenic purpura.**  
 Chiche L, Brescianini A, Mancini, J., Servy H, Durand JM  
 Medical & Biological Engineering & Computing, 2012 : 6:725-34. doi: 10.2147/PPA.S36320.  
 PMID:23077409[PubMed] PMCID:PMC3474173
- **Spontaneous disclosure of BRCA1/2 genetic test results to employers: a French prospective study.**  
 Eisinger, F., Fabre, R., Lasset, C., Stoppa-Lyonnet, D., Julian-Reynier, C., Nogues, C  
 European Journal of Human Genetics (EJHG), 2012, 20 (9) : 981-3. doi: 10.1038/ejhg. PMID:22378286[PubMed - in process] PMCID:PMC3421122[Available on 2013/9/1]
- **BRCA1/2 carriers: their childbearing plans and theoretical intentions about having preimplantation genetic diagnosis and prenatal diagnosis.**  
 Julian-Reynier, C., Fabre, R., Coupier, I., Stoppa-Lyonnet, D., Lasset, C., Caron, O., Mouret-Fourme, E., Berthet, P., faivre L, Frenay, M., Gesta, P., Gladieff, L., Bouhnik, A. D., Protiere, C., Nogues, C  
 Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics, 2012, 14 (5) : 527-34. doi: 10.1038/gim. PMID:22241105[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Human, economics and social sciences: rebounds of ideas on genomics and clinical trials.**  
 Julian-Reynier, C.  
 Medecine Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:3-4. PMID:22494647[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Patients' regrets after participating in a randomized controlled trials depended on their involvement in the decision making.**  
 Mancini, J., Genre, D., Dalenc, F., Ferrero, J. M., Kerbrat, P., Martin, A.L., Roche, H., Maylewin, F., Tarpin, C., Viens, P., Gamet C, Julian-Reynier, C.  
 Journal of Clinical Epidemiology, 2012, 65 (6) : 635-42. PMID:22436109[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **How to share results of clinical trials with study participants?**  
 Sarradon-Eck, A., Mancini, J., Genre, D., Sakoyan J, Desclaux A, Julian-Reynier, C.  
 Medecine Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:33-6.Review.French. PMID:22494655[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Perception by cancer patients of biomedical research in the era of large-scale biobanking.**  
 Mancini, J., Chabannon, C., Vey, N., Billard-Daufresne LM, Pellegrini, I., Julian-Reynier, C.  
 Medecine Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:28-32. Review. French. PMID:22494654[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Targeted chemotherapy for breast cancer: patients perception of the use of tumor gene profiling approaches to better adapt treatments.**  
 Pellegrini, I., Rapti, M., Extra, J. M., Petri Cal, A., Apostolidis, T., Ferrero, J. M., Bachelot, T., Viens, P., Bertucci, F., Julian-Reynier, C.  
 Medecine Sciences, 2012 : 28 Spec No 1:24-7. Review. French. PMID:22494653[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Self-management strategies adopted by breast cancer survivors to improve their adherence to tamoxifen.**  
 Sarradon-Eck, A., Pellegrini, I., Largillier, R., Duran, S., Tallet, A., Tarpin, C., Julian-Reynier, C.  
 Breast journal, 2012, 18 (4) : 389-91. doi: 10.1111/j.1524-4741.2012.01258.x. PMID:22640035[PubMed - in process]
- **Contributing to research via biobanks: what it means to cancer patients.**  
 Pellegrini, I., Chabannon, C., Mancini, J., Viret, F., Vey, N., Julian-Reynier, C.  
 Health Expect, 2012 : doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00781.x. [Epub ahead of print] PMID:22512791[PubMed - as supplied by publisher]

- **They should take time : disclosure of clinical trial results as part of a social relationship.**  
Sarradon-Eck, A., Sakoyan J, Desclaux A, Mancini, J., Genre, D., Julian-Reynier, C.  
Social Science & Medicine, 2012, 75 (5) : 873-82. doi: 10.1016/j.socscimed. PMID:22658623[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Development of a scale for assessing respondents' perceptions of health research questionnaires (the REP-HQ Scale).**  
Bouhnik, A. D., Favre, R., Dorval, M., Mancini, J., Mouret-Fourme, E., Nogues, C, Julian-Reynier, C.  
Journal Clin Epidemiol, 2012, 65 (10) : 1098-106. doi: 10.1016/j.jclinepi. PMID:22910539[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Incidence, medical and socio-behavioural predictors of psychiatric events in an 11-year follow-up of HIV-infected patients on antiretroviral therapy.**  
Protopopescu, C., Raffi, F., Brunet-Francois, C., Salmon, D., Verdon, R., Reboud P, Carrieri, M. P., Leport, C., Spire, B., Michel, L. the APROCO-COPILOTE (ANRS C08) Study Group.  
Antiviral Therapy, 2012, 17 (6) : 1079-1083. doi: 10.3851/IMP2102. PMID:22544079[PubMed - as supplied by publisher]
- **La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique**  
Jeannin N, Pelletti, C., Dany, L.  
Pratiques et Organisation des Soins, 2012, 43 (3) : 177-185
- **The macroeconomic consequences of renouncing to universal access to antiretroviral treatment for HIV in Africa: a micro-simulation model.**  
Ventelou, B., Arrighi, Y., Greener, R., Lamontagne, E., Carrieri, P., Moatti, J. P.  
PLoS ONE, 2012, 7 (4) : e34101. PMID:22514619[PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID:PMC3325986
- **Self-Reported Cognitive Impairment After Breast Cancer Treatment in Young Women from the ELIPPSE40 Cohort: The Long-Term Impact of Chemotherapy.**  
Rey, D., Bouhnik, A. D., Mancini, J., Ben Diane, M. K., Seror, V., Viens, P.  
Breast journal, 2012, 18 (5) : 406-414. doi: 10.1111/j.1524-4741.2012.01275.x. PMID:22827555[PubMed - as supplied by publisher]
- **Breast cancer's impact on work life. Survey among women of the ELIPPSE cohort.**  
Gallardo, L., Rey, D., Peretti-Watel, P.  
Bulletin du Cancer, 2012, 99 (7-8) : 779-786. PMID:22736710[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Early discontinuation of tamoxifen intake in younger women with breast cancer: is it time to rethink the way it is prescribed?**  
Huiard, L., Bouhnik, A. D., Rey, D., Tarpin, C., Cluze, C., Ben Diane, M. K., Viens, P., Giorgi, R.  
European Journal of Cancer, 2012, 48 (13) : 1939-46. doi: 10.1016/j.ejca.2012.03.004. PMID:22464016[PubMed - in process]
- **Forgotten antibiotics: an inventory in Europe, the United States, Canada, and Australia.**  
Pulcini C, Bush K, Craig WA, Frimodt-Møller N, Grayson ML, Mouton JW, Turnindge J, Harbarth S, Gyssens IC ESCMID Study Group for Antibiotic Policies.  
Clinical Infectious Diseases, 2012, 54 (2) : 268-74. PMID:22198992[PubMed - in process]
- **Perceptions and attitudes of French general practitioners towards rapid antigen diagnostic tests in acute pharyngitis using a randomized case vignette study.**  
Pulcini C, Pauvif L, Paraponaris, A., Verger, P., Ventelou, B.  
Antimicrobial agents and chemotherapy, 2012, 67 (6) : 1540-6 PMID:22398648[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Pandemic influenza (A/H1N1) vaccine uptake among French private general practitioners: a cross sectional study in 2010.**  
Verger, P., Flicoteaux, R., Schwarzingler, M., Sagaon Teyssier, L., Peretti-Watel, P., Launay, O., Sebbah, R., Moatti, J. P.  
PLoS ONE, 2012, 7 (8) : e41837.PMID:22879896[PubMed - in process] PMCID:PMC3411730
- **Drug-specific quality indicators assessing outpatient antibiotic use among French general practitioners.**  
Pulcini C, Lions, C., Ventelou, B., Verger, P.  
European Journal of Public Health, 2012 : [Epub ahead of print] PMID:22843612[PubMed - as supplied by publisher]
- **Small-area analysis of social inequalities in residential exposure to road traffic noise in Marseilles, France.**  
Bocquier, A., Cortaredona, S., Boutin, C., David, A., Bigot, A., Chaix B, Gaudart J  
European Journal of Public Health, 2012 : [Epub ahead of print] PMID:22645238[PubMed - as supplied by publisher]

- **Responses to increasing cigarette prices in France: how did persistent smokers react?**  
Peretti-Watel, P., L'Haridon, O., Seror, V.  
Health Policy, 2012, 106 (2) : 169-76. PubMed PMID : 22502935
- **The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents.**  
Legleye, S., Beck, F., Khlaf, M., Peretti-Watel, P., Chau, N.  
J Adolesc Health, 2012, 50 (4) : 395-402. PMID:22443845[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Proximity to HIV is associated with a high rate of HIV testing among men who have sex with men living in Douala, Cameroon.**  
Lorente, N., Henry, E., Fugon, L., Yomb, Y., Carrieri, M. P., Eboko, F., Spire, B.  
AIDS Care, 2012, 24 (8) : 1020-7. PubMed PMID:22519605
- **Factors associated with history of HIV testing among pregnant women and their partners in Cameroon: baseline data from a Behavioral Intervention Trial (ANRS 12127 Prenahtest).**  
Tchendjou PT, Koki PN, Eboko, F., Malateste K, Essounga AN, Amassana D, Mossus T, Tejiokem M, Boisier P, Orne Gliemann, J.  
J Acquir Immune Defic Syndr, 2012, 57 : Suppl 1:S9-15. PubMed PMID:21857289
- **Highlights from the 2012 International Symposium on HIV & Emerging Infectious Diseases (ISHEID): from cART management to the search of an HIV cure.**  
Lafeuillade, A., Soriano V, Suzan-Monti, M., Stevenson M, Izopet, J., Stellbrink HJ  
PLoS ONE, 2012, 9 (1) : 23. doi: 10.1186/1742-6405-9-23. PMID:22853692[PubMed - in process]
- **ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testg intervention in non-medical settings for men who have sex with men.**  
Champenois, K., Legall, J. M., Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Lert, F., Spire, B., Yazdanpanah, Y.  
BMJ Open, 2012, 2 (3) : e000693. PMID:22466158 ; PubMed Central PMCID:PMC3323802
- **Access to and use of unauthorised online HIV h men.**  
Greacen T, Friboulet D, Fugon, L., Hefez S, Lorente, N., Spire, B.  
Sexologies, 2012, 88 (5) : 368-74. PubMed PMID : 22436195.
- **Adherence to and effectiveness of highly active antiretroviral treatment for HIV infection: assessing the bidirectional relationship.**  
Lamiraud K, Moatti, J. P., Raffi, F., Carrieri, M. P., Protopopescu, C., Michelet C, Schneider L, Collin, F., Leport, C., Spire, B.  
Med Care, 2012, 50 (5) : :410-8. PubMed PMID:22362167
- **Choice of therapeutic strategies in the context of HIV infection: key role of patient-reported outcomes.**  
Marcellin, F., Carrieri, M. P., Spire, B.  
Expert Rev Anti Infect Ther, 2012, 10 (4) : :403-6. PMID:22512747
- **AIDS Impact--more than a virus.**  
Rietmeijer K, Catalan, J., Hedge, B., Spire, B., Prince, B., Albarracin D, Wolitski R, Guell A, Ross, M., Van Den Boom, F., Cluver L, Harding R, Sherr, L.  
AIDS Care, 2012, 24 (8) : Pubmed PMID:22524467[PubMed - indexed for MEDLINE]
- **Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online.**  
Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon, L., Hefez S, Lorente, N., Spire, B.  
Hepatology, 2012 : [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22670681
- **Elevated coffee consumption and reduced risk of insulin resistance in HIV-HCV co-infected patients (HEPAVIH ANRS CO-13).**  
Carrieri, M. P., Sogni, P., Cohen, J., Loko, M. A., Winnock, M., Spire, B. the HEPAVIH study group.  
Hepatology, 2012 : doi: 10.1002/hep.25813. [Epub ahead of print] PMID:22535683
- **Adherence as a predictor of sexual behaviors in people living with HIV/AIDS during the first year of antiretroviral therapy in rural Cameroon: data from Stratall ANRS 12110/ESTHER trial**  
Ndziessi, G., Boyer, S., Kouanfack, C., Cohen, J., Marcellin, F., Moatti, J. P., Delaporte, E., Spire, B., Laurent, C., Carrieri, M. P. Stratall ANRS 12110/ESTHER Study Group.  
PLoS ONE, 2012, 7 (6) : :e36118. Epub 2012 Jun 6. PubMed PMID: 22701555; PubMed Central PMCID: PMC3368909.
- **Initiation of Methadone in primary care (ANRS-Methaville):**  
Roux, P., Michel, L., Cohen, J., Mora, M., Morel, A., Aubertin JF, Desenclos, J. C., Spire, B., Carrieri, M. P.  
BMC Public Health, 2012, 12 (1) : 488. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22741944.

- **Tailored chemotherapy based on tumour gene expression analysis: breast cancer patients' misinterpretations and positive attitudes**  
Pellegrini, I., Rapti, M., Extra, J. M., Petri Cal, A., Apostolidis, T., Ferrero, J. M., Bachelot, T., Viens, P., Julian-Reynier, C., Bertucci, F.  
European journal of cancer care, 2012, 21 (2) : 242-50
- **French women's breast self –examination practices with time after undergoing BRCA1/2 genetic testing**  
Maheu, C., Apostolidis, T., Petri Cal, A., Mouret-Fourme, E., Gauthier-Villars, M., Lasset, C., Berthet, P., Fricker, J. P., Caron, O., Luporsi, E., Gladieff, L., Nogues, C., Julian-Reynier, C.  
Familial cancer, 2012 : epub ahead of print DOI: 10.1007/s10689-012-9512-z
- **Letter to the editor. Coming Out of the Nkuta: Disclosure of Sexual Orientation Associated with Reduced Risk Behavior AmongMSM in Cameroon**  
Henry, E., A Wondo, P., Fugon, L., Yomb, Y., Spire, B.  
Archives of sexual behaviors, 2012 : epub ahead of print DOI 10.1007/s10508-012-9916-8
- **Distributive sharing among HIV-HCV co-infected injecting drug users : the preventive role of trust in one's physician**  
Jauffret Roustide, M., Cohen, J., Poisot-Martin, I., Spire, B., Gossop, M., Carrieri, M. P.  
AIDS Care, 2012, 24 (1-2) : 232-8
- **Ten-year diabetes incidence in 1046 HIV-infected patients started on a combination antiretroviral treatment**  
Capeau, J., Bouteloup, V., Katlama, C., Bastard, J. P., Guiyedi, V., Salmon-Ceron, D., Protopopescu, C., Leport, C., Raffi, F., Chene, G.  
Aids, 2012, 26 (3) : 303-14
- **BRCA1/2 carriers: their childbearing plans and theoretical intentions about having preimplantation genetic diagnosis and prenatal diagnosis**  
Julian-Reynier, C., Fabre, R., Coupier, I., Stoppa-Lyonnet, D., Lasset, C., Caron, O., Mouret-Fourme, E., Berthet, P., Faivre, L., Frenay, M., Gesta, P., Gladieff, L., Bouhnik, A. D., Protiere, C., Nogues, C  
Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics, 2012 : epub ahead of print doi:10.1038/gim.2011.27
- **Heterogeneity of cancer patient information seeking behaviors**  
Protiere, C., Moumjid, N., Bouhnik, A. D., Le Corroller-Soriano, A. G., Moatti, J. P.  
Medical decision making, 2012 : epub ahead of print DOI: 10.1177/0272989X11415114
- **Molecular study of the perforin gene in familial hematological malignancies.**  
El Abed R, Bourdon, V., Voskoboinik I, Omri H, Youssef YB, Laatiri MA, Huiard, L., Eisinger, F., Rabayrol, L., Frenay, M., Gesta, P., Demange, J. L., Dreyfus H, Bonadona, V., Dugast C, Zattara H, faivre L, Zaier M, Jemni SY, Noguchi T, Sobol, H., Soua Z  
Hereditary Cancer in Clinical Practice, 2012, 9 (1) : 9. PMID:21936944[PubMed] Central PMCID:PMC3197553