



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 1 0 - 2 0 1 1

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 du Conseil Régional, 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 SE4S (INSERM-IRD-Université de la Méditerranée) et avec l'Institut Fédératif de Recherches « Sciences Humaines, Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (IFR SHESS-AM), l'ORS regroupe des chargés d'études, des chercheurs de l'INSERM ou du CNRS, des doctorants, soit au total une équipe de 70 personnes de formation pluridisciplinaire (médecins épidémiologistes, économistes, sociologues, statisticiens, démographes).

Dans les années à venir, ce partenariat privilégié sera étendu au Laboratoire d'Enseignement et de Recherche sur le Traitement de l'Information Médicale (EA3283 - Faculté de Médecine de Marseille).



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 1 0 - 2 0 1 1

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

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

La production de connaissances nouvelles...

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

Les thématiques étudiées...

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

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



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 1 0 - 2 0 1 1

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

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.

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'ACTIVITÉ

2010 - 2011

A C T I V I T É 2 0 1 0 - 2 0 1 1

I. Indicateurs sanitaires et synthèses sur la santé observée en région	5
II. Offre et demande de soins	11
III. Environnement, travail, habitudes de vie, prévention-dépistage précoce	21
IV. Cancer	29
V. Maladies transmissibles - Infection à VIH	35
VI. Maladies transmissibles - Co-infection VIH-VHC	43
VII. Maladies transmissibles - Grippe	47
VIII. Activité dans les pays du Sud [Offre de soins]	49
IX. Activité dans les pays du Sud [Maladies transmissibles - Infection à VIH]	57
X. Activité dans les pays du Sud [Maladies transmissibles - Dengue, Peste]	65
XI. Partenariat scientifique	69
XII. Activité de communication scientifique	77
XIII. Activités d'enseignement et de formation	79
XIV. Activités administrative et technique	83
XV. Les publications et communications 2010 - 2011	97

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

I. 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).....	5
2> Etat des lieux sur les «Etats de santé et inégalités en Provence-Alpes-Côte d'Azur» (RAPPORT PRS).....	6
3> Maintenance et évolution de SCORE-SANTE (VEILLE SANITAIRE).....	7
4> Réalisation de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des 6 départements de la région (DIAGNOSTICS DEPARTEMENTAUX).....	8
5> Réalisation de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des territoires de proximité (n=25) (DIAGNOSTICS TERRITORIAUX).....	9
6> Observatoire transalpin de promotion de la santé (ALCOTRA).....	10

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

Sigle : SIRSE
Période : 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.

Objectif(s)

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, socio-économiques, 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 (les cancers, les 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». 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.

Depuis fin 2010, 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 autonome 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) ; Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) ; Mutualité Sociale Agricole des Alpes-Maritimes, Alpes-Vaucluse, Bouches-du-Rhône et Var.



2. Etat des lieux sur les « Etats de santé et inégalités en Provence-Alpes-Côte d'Azur »

Sigle : RAPPORT pour le PRS

Période : 2010

Problématique

La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) de juillet 2009 a ordonné la création des Agences régionales de santé (ARS) dont l'une des premières missions est l'élaboration du Plan stratégique régional de santé (PSRS), première étape du Projet régional de santé (PRS). A partir d'une analyse des besoins de santé (contexte démographique, états de santé...), de l'offre de prise en charge et après un processus de concertation, le PSRS détermine les priorités régionales en matière de santé et fixe les orientations des futurs schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. Afin d'aider à l'élaboration du PSRS, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) a confié à l'ORS la réalisation d'un état des lieux sur l'état de santé régional.

Objectif(s)

L'objectif général du projet est de disposer d'une analyse de l'état de santé (mortalité, morbidité), des principaux comportements et facteurs de risque pour la population générale et certains groupes spécifiques (enfants, jeunes, personnes âgées...) en Paca. L'objectif spécifique est de rendre compte des disparités d'état de santé qui traversent la population régionale : disparités selon genre, les caractéristiques socio-économiques, disparités géographiques en particulier.

Méthodologie

Cet état des lieux a été réalisé à partir d'une analyse des données statistiques disponibles sur le Système d'information régional en santé (SIRSéPACA), la base de données SCORE-Santé de la Fédération nationale des ORS ou auprès de partenaires nationaux ou régionaux. Dès que cela était possible, des évolutions temporelles, des comparaisons géographiques (inter et infra-régionales), selon le genre et la catégorie socioprofessionnelle ont été effectuées.

Les données ont été mises en perspective au regard des connaissances et enjeux actuels et discutées lors d'un séminaire de travail interdisciplinaire réunissant des personnels de l'ARS, des chercheurs en sociologie, en économie de la santé et en épidémiologie.

Le rapport « Etats de santé et inégalités en Paca » propose une analyse du contexte régional et de la situation pour les principales causes de morbi-mortalité prématurée ou évitable, les maladies chroniques, les déterminants de santé (comportements, environnement...) et certains groupes de population.

En annexe à ce rapport, un dossier « Indicateurs statistiques thématiques et cartographies SIRSéPACA » présente les principaux indicateurs (en particulier ceux recommandés dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004) sur 30 thématiques (cancers, diabète, problèmes de poids, vaccination...), Des « chiffres clés » fournissent par ailleurs des éléments d'aide à la priorisation des problématiques de santé.

Commanditaire

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



3. Maintenance et évolution de SCORE-SANTÉ

Sigle : VEILLE SANITAIRE

Problématique

SCORE-SANTÉ a été créé en 2000 à l'initiative des différentes institutions impliquées dans la gestion du système de santé ; son développement a été confié au réseau des ORS, par l'intermédiaire de la Fédération nationale des ORS (FNORS). En 2006, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens (COM 2006-2008), SCORE-SANTÉ a été relancé avec une nouvelle dynamique. Une nouvelle version du site a été mise en ligne en 2008 et continue d'évoluer avec par exemple la création d'un accès aux indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Cette nouvelle version offre également la possibilité d'accéder à une sélection de niveaux géographiques multiples et permet aux utilisateurs d'enregistrer leurs sélections d'indicateurs. Un guide d'utilisation a été conçu pour aider les utilisateurs à naviguer sur le site.

Objectif(s)

SCORE-SANTÉ est un site commun d'observation en santé qui met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population à l'échelle des régions et des départements français (<http://www.score-sante.org/score2008/index.htm>). Il a notamment pour objectif de faciliter le suivi des politiques nationales et régionales de santé publique.

Méthodologie

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

Résultats

En 2010, l'ORS PACA a assuré la réactualisation des thèmes « Usages de drogues illicites » et « Sida » dont il a la charge depuis 2000.

Outre la réactualisation des indicateurs déjà présents sur les cas de sida, de nouveaux indicateurs, renseignant sur les cas de séropositivité, ont été intégrés dans SCORE-SANTÉ. Le délai moyen entre la contamination par le VIH et l'apparition du sida ayant significativement augmenté grâce à l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux en 1996, la surveillance des cas de sida (reflétant les infections ayant eu lieu plus de 10 ans auparavant) ne permet plus de suivre la dynamique de l'épidémie. Les indicateurs nouvellement intégrés dans SCORE-SANTÉ sur les nouvelles séropositivités permettent de suivre les infections plus récentes.

Une réflexion a également été menée sur les nouveaux indicateurs qui pourraient être intégrés dans SCORE-SANTÉ sur le thème « Usages de drogues illicites » (données issues des rapports d'activité des Centres spécialisés de soins pour toxicomanes --CSST-- notamment).

Commanditaires

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

Partenaires

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



4. Réalisation de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des 6 départements de la région

Signe : DIAGNOSTICS DEPARTEMENTAUX
Période : 2010

Problématique

La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) de juillet 2009 a ordonné la création des Agences régionales de santé (ARS) dont l'une des premières missions est l'élaboration du Plan stratégique régional de santé (PSRS), première étape du Projet régional de santé (PRS). Cette loi prévoit une déclinaison régionale de la politique de santé au niveau de territoires de santé, qui, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), ont été définis comme correspondant à l'échelon départemental. Afin d'aider à l'élaboration du PSRS, l'ARS Paca a souhaité disposer de diagnostics territoriaux à l'échelle des 6 départements de la région.

Objectif(s)

L'objectif du projet a été de réaliser, pour chacun des 6 départements de la région, une fiche synthétique présentant une sélection d'indicateurs socio-sanitaires et une synthèse des principales caractéristiques socio-économiques et épidémiologiques du territoire.

Méthodologie

La méthodologie de ce projet est similaire à celle qui avait été utilisée pour l'élaboration de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des 25 territoires de proximité (projet commandité par l'ex-GRSP). A partir des données disponibles dans le Système d'information régional en santé (SIRSéPACA), une fiche synthétique d'indicateurs a été réalisée de façon standardisée pour chacun des 6 départements de la région. Chaque fiche permet de comparer la situation du département à celles des autres départements et celle de la région dans 6 domaines : sociodémographique, mortalité, morbidité, recours aux soins - prévention et offre de prise en charge. A partir de ces données et d'études éventuellement disponibles dans les départements de la région, une synthèse des principaux constats démographiques, socio-économiques et épidémiologiques a été rédigée.

Ces documents ont été annexés au rapport sur les « Etats de santé et inégalités en Paca », réalisé à la demande de l'ARS dans le cadre de la préparation du PRS. Ils sont également disponibles sur le site du SIRSéPACA (www.sirsepaca.org) dans la rubrique « Documentation par territoire ».

Commanditaire

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



5. Réalisation de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des territoires de proximité (n=25)

Sigle : DIAGNOSTICS TERRITORIAUX

Période : 2009-2010

Problématique

Afin d'aider à la mise en place du Programme régional de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (PRSP Paca) 2005-2009, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass Paca) a réalisé il y a quelques années des états des lieux socio-sanitaires à l'échelle des 25 territoires de proximité de la région Paca. Suite aux conclusions et recommandations de l'évaluation intermédiaire du PRSP réalisée en 2008, le Groupement régional de santé publique (GRSP) a souhaité actualiser ces diagnostics territoriaux afin d'aider les pilotes à affiner leurs territoires prioritaires, faire émerger d'éventuels plans locaux de santé et préparer le futur plan stratégique régional en santé qui sera mis en œuvre par l'Agence régionale de santé.

Objectif(s)

L'objectif du projet est de réaliser, pour chacun des 25 territoires de proximité, une fiche synthétique présentant une sélection d'indicateurs socio-sanitaires et une synthèse des principales caractéristiques du territoire. Dans un second temps, des entretiens avec des interlocuteurs clés seront réalisés dans quelques territoires afin de recueillir des informations qualitatives sur la situation sanitaire et sociale du territoire et sur les réponses qui sont apportées par le système de santé.

Méthodologie

Le projet se décompose en trois phases :

- Définition d'un « set » d'indicateurs socio-sanitaires à partir des outils disponibles (« SIRSéPACA » et « Diagnostics territoriaux ») et d'une analyse des travaux existant. Cette phase est réalisée dans le cadre d'un comité de pilotage composé d'acteurs locaux et régionaux ;
- Réalisation de fiches synthétiques d'indicateurs et rédaction d'une synthèse sur les principales caractéristiques du territoire. Les fiches seront présentées de façon standardisée pour faciliter les comparaisons entre les territoires ;
- Entretiens qualitatifs dans dix territoires définis par le GRSP. Une quinzaine d'interlocuteurs clés sera interviewée dans chaque territoire, selon une grille d'entretien adaptée aux objectifs du projet. L'analyse des données recueillies donnera lieu à la publication d'une synthèse par territoire.

Commanditaire

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA).



6. Observatoire transalpin de promotion de la santé

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). Cet observatoire a pour objectif de favoriser le partage de connaissances entre les acteurs des régions participantes (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Ligurie et Piémont) en créant une plateforme transfrontalière d'information et d'échanges dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Dans ce contexte, deux enquêtes (quantitative et qualitative) ont été réalisées dans chaque région sous la responsabilité de l'ORS PACA.

Objectif(s)

L'objectif de ces études était, par des méthodologies complémentaires, de faire un état des lieux des besoins, des connaissances et des pratiques en matière d'utilisation de systèmes d'information en santé publique, selon le type d'acteur : décideurs (élus ou pas), acteurs de terrain, experts. Le recueil de ces données a permis d'établir des recommandations pour la construction de la plateforme. L'enquête qualitative a permis d'approfondir plusieurs aspects soulevés ou non dans l'enquête quantitative.

Méthodologie

Les deux études se sont déroulées d'avril à juin 2010. L'enquête quantitative a été réalisée par Internet, à l'aide d'un questionnaire standardisé, auprès de 894 acteurs provenant des 4 régions participant au projet (taux de réponse : 41,2 %). Les entretiens de l'enquête qualitative ont été réalisés par téléphone en France et en face-à-face en Italie auprès de 20 personnes dans chaque région. Les résultats issus des enquêtes mettent en évidence des besoins importants en informations et données chez les acteurs exerçant dans le domaine de la santé publique. Malgré la quantité d'informations disponibles de nombreux besoins restent non couverts. Les acteurs ont notamment déclaré avoir des difficultés à trouver et à accéder à des données locales, récentes, de qualité et concernant certaines populations spécifiques. Les professionnels italiens ont été plus nombreux que les français à estimer avoir besoin d'une formation en lien avec la recherche d'informations et/ou données dans le domaine de la santé. Le projet de plateforme en ligne a suscité l'intérêt de beaucoup d'acteurs, notamment les experts et les personnes exerçant une activité en promotion de la santé ou dans le secteur médico-social. L'intérêt majeur déclaré par les personnes interrogées est la possibilité de centraliser en un seul lieu l'ensemble des données actuellement éparpillées et pour lesquelles la recherche fait perdre du temps.

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 ; ARS 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) l'Educazione Sanitaria) Piemonte ; ASL1 (Azienda Sanitaria Local) Imperiese ; Région Ligurie ; Société 1 égal 2.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

II. OFFRE ET DEMANDE DE SOINS

- 1>** Panel national et interregional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (PANEL MG NATIONAL - INTERRÉGIONAL).....11
- 2>** Comportement de prescriptions et qualité des soins en médecine générale de ville (PANEL MG NATIONAL - COMPORTEMENTS PRESCRIPTIFS)12
- 3>** Disparités spatiales du recours aux médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau (DISPARITÉS SPATIALES RECOURS PSYCHOTROPES)13
- 4>** Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile (CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT).....14
- 5>** Coûts économiques et sociaux de l'aide informelle dans la maladie d'Alzheimer (CICAD - EMMA).....15
- 6>** Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des seniors dépendants. Etude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I (DENTS DES SENIORS DÉPENDANTS (DSD)).....16
- 7>** L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale (QUALIMEC) ? (QUALIMEC).....17
- 8>** Les hospitalisations évitables comme marqueur d'un déficit de prise en charge ambulatoire (SYSTÈME DE SOINS ET TERRITOIRES).....18
- 9>** Evaluation monétaire de la santé en Europe (European Value of a quality adjusted life years) (EuroVAQ).....19

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

Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERRÉGIONAL

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 ; ces changements commencent déjà à provoquer des transformations importantes des modalités d'exercice. 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 très 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.

Objectif(s)

A travers cinq vagues d'enquêtes menées de 2010 à 2012, selon un rythme d'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 : le comportement des médecins face à la grippe A/H1N1 (la collecte de données s'est terminée en octobre 2010, les premiers résultats sont attendus pour janvier 2011), l'économie du cabinet médical (secrétariat, organisation des locaux, conditions de travail, gestion du temps non médical, ...) ; le diagnostic et la prise en charge des problèmes de santé mentale ; la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ; la délégation des tâches (personnels paramédicaux et autres professionnels de santé) ; les 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 eux-mêmes 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.

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, Pays de la Loire.



2. Comportement de prescriptions et qualité des soins en médecine générale de ville

Sigle : PANEL MG - COMPORTEMENTS PRESCRIPTIFS

Période : 2009-2011

Problématique

Le décideur public (l'Etat, la Haute Autorité de Santé, les Agences Régionales) cherche à promouvoir des travaux concernant la qualité et « l'efficacité » des producteurs de soins privés (médecins et industrie pharmaceutique essentiellement), notamment pour ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques. Ce champ de travaux, qui relève dans le monde anglo-saxon du «Health Services Research», n'est pas extrêmement développé en France, sans doute en raison de la nature majoritairement «libérale» du système ambulatoire.

Objectif(s)

La recherche repose sur l'étude des comportements des médecins généralistes libéraux et de leurs réactions aux mesures de régulation que les diverses tutelles peuvent être amenées à mettre en place face à la chronicisation du recours aux soins. Parmi les questions abordées : la durée de consultation, l'adéquation des prescriptions de médicament, la connaissance et l'utilisation des guides de bonne pratique en médecine générale font l'objet des travaux présentés ici.

Le projet vise aussi, toujours en lien avec la qualité du soin, à documenter les variétés de pratiques de prescription et notamment à mettre en relief l'impact du niveau de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques sur leur prescription par les médecins.

Méthodologie

Les travaux reposent essentiellement sur la base de données constituée par les différentes vagues du Panel de Médecins Généralistes. La collecte de données a été réalisée en 2009. Plusieurs méthodes sont sollicitées :

- Les comportements de prescription de produits pharmaceutiques sont observés grâce à deux «vignettes» (cas de diabète et cas de dépression), proposées aux médecins du panel 5 régions
- Le lien Rémunérations-Démarche qualité (formation à l'ETP, prévention) est observé à partir d'une expérimentation, un «essai randomisé», visant à tester la réaction des médecins à des scénarios d'augmentation tarifaire ciblée, en première approximation de l'introduction de mécanismes de «paiement à la performance »
- En général, les données du panel seront ré-exploitées (analyses secondaires des vagues d'enquête) par des analyses économétriques permettant d'observer «qualitativement» le comportement du médecin. L'analyse de scores de connaissance et d'utilisation des BBP (guides de bonne pratique) est un exemple d'application.

Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'Appel à projets «Recherches sur les services de santé 2008».

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, Pays de la Loire.



3. 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

Problématique

En France, la consommation de médicaments psychotropes (notamment anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) est plus élevée que dans la plupart des autres pays européens. Mais les recommandations de bonnes pratiques concernant les durées de prescription et les indications des traitements sont peu respectées et certaines co-prescriptions de médicaments psychotropes non justifiées, voire dangereuses. Cette situation inquiète les autorités publiques françaises en raison notamment des risques de dépendance et des graves effets secondaires que peuvent provoquer certains de ces médicaments.

Comme dans d'autres pays, des études ont montré l'existence de disparités spatiales importantes de la prévalence des remboursements de médicaments psychotropes en France dont les causes ne sont pas encore bien comprises. Ces disparités s'expliquent en partie par les variations de distribution des déterminants individuels et d'autres facteurs tels que les variations de pratiques médicales. Comme pour d'autres problèmes de santé, la question se pose de l'influence des caractéristiques socio-économiques et physiques du contexte de résidence. A notre connaissance, seules deux études ont étudié les facteurs contextuels associés à l'usage de ces médicaments, indépendamment des facteurs individuels et de nombreuses hypothèses restent à tester.

De telles études sont d'autant plus nécessaires qu'il existe un besoin et une demande accrue des décideurs pour mieux connaître leurs territoires et comprendre leurs disparités. Ceci est particulièrement vrai à Marseille où il existe de forts contrastes territoriaux socio-économiques et sanitaires, et où la santé mentale est devenue une priorité de santé pour les élus locaux. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, une collaboration mise en place depuis plusieurs années entre l'Observatoire régional de la santé et l'ex-Union régionale des caisses d'assurance maladie offre par ailleurs un contexte favorable à l'étude des disparités spatiales de recours aux médicaments psychotropes à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie.

Objectif(s)

Ce projet de recherche associe l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'UMR912 Inserm-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S), l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ex-Union régionale des caisses d'assurance maladie), la Direction régionale du service médical Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse et le bureau d'études Soldata Acoustic.

Il a pour principaux objectifs de :

- décrire et quantifier les disparités spatiales de différentes variables de recours aux médicaments psychotropes à l'échelle des Iris de la commune de Marseille ;
- identifier, à l'aide d'analyses multiniveaux, les caractéristiques du contexte de résidence (sociales, liées à l'habitat et exposition au bruit) associées au recours aux médicaments psychotropes, indépendamment des facteurs individuels et des facteurs liés aux médecins prescripteurs.

Ce projet 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. Ce travail nécessite le croisement de plusieurs bases de données provenant de l'Assurance maladie, de l'Insee et sur les expositions au bruit. Ces données sont géocodées à l'Iris. 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. Les interrelations entre inégalités territoriales socio-économiques et expositions au bruit sont analysées à l'aide de régressions tenant compte des phénomènes d'autocorrélation spatiale (simultaneous autoregressive models). Des analyses multiniveaux de type « classification croisée » seront utilisées pour analyser le rôle du contexte de résidence indépendamment des caractéristiques individuelles et des médecins.

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 Provence-Alpes-Côte d'Azur (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 ; AFORSPE.



4. Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile

Sigle : CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT

Période : 2006-2011

Problématique

Les évolutions démographiques et sociales liées au vieillissement de la population posent la question de l'organisation de l'aide et des soins de longue durée à apporter aux personnes âgées. D'un côté, l'augmentation du nombre de personnes souffrant de polypathologies, de maladies chroniques, ayant besoin d'aide pour les activités quotidiennes et leurs préférences en matière de lieu de vie contribuent à accroître la demande de soins de long terme en domicile ordinaire. De l'autre, l'augmentation de l'activité féminine, l'éloignement géographique entre enfants et parents, la dissolution plus fréquente des couples modifient le niveau de l'aide traditionnellement proposée par la famille. Dans la mesure où les solidarités intergénérationnelles inter- ou intrafamiliales peuvent ne pas ou plus suffire à assurer une réponse jugée satisfaisante aux besoins d'aide exprimés, ces évolutions suscitent des questionnements multiples quant à la pérennité des équilibres à trouver entre protagonistes de l'aide à domicile.

Objectif(s)

Pourquoi, à limitations fonctionnelles données et à pertes d'autonomie constantes, certaines personnes déclarent-elles un besoin d'aide pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne et d'autres non ? Quelle est l'étendue des besoins exprimés par les personnes âgées vivant en domicile ordinaire ? La recherche entend évaluer de façon horaire puis monétaire l'aide humaine dont les personnes âgées vivant en domicile ordinaire déclarent avoir besoin et si ces besoins sont satisfaits. L'aide effectivement reçue par les personnes dépendantes est fournie par une multiplicité d'acteurs, au premier rang desquels les enfants et les familles qui apportent une aide qualifiée d'informelle, à la fois incontournable et déconsidérée. La recherche aura donc à expliciter la nature des motivations des aidants informels. Une valeur économique de cette aide informelle sera calculée, en la reliant par exemple à la composition de la famille, au statut socioéconomique et bien sûr à l'état de santé, à l'aide d'un ensemble de méthodes parmi lesquelles l'évaluation contingente. La recherche entend aussi aborder les problèmes méthodologiques relatifs à la manipulation de données d'enquête et reposant sur les biais de participation et de sélection. En effet, dans les enquêtes en population, a fortiori portant sur la santé et le handicap des individus, il existe une forte présomption d'endogénéité de la manière-même dont les individus répondent (seuls ou aidés) à leur état de santé.

Méthodologie

La recherche comprend à la fois une modélisation de théorie économique et une partie appliquée. Sur le plan théorique, elle a pour finalité d'expliquer les phénomènes de rationnement de la demande de services et de soins aussi bien que de construire des modèles d'utilité intergénérationnelle impliquant de l'altruisme ou de la rationalité économique pour appréhender la nature de l'aide fournie par les enfants à leurs parents. La partie appliquée exploitera les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages et de l'enquête Handicap-Santé Aidants, toutes deux conduites en 2008.

Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR - Programme jeunes chercheuses et jeunes chercheurs 2006) ; Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets 2007 IReSP-CNSA-INSERM-MiRe-DREES «Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique» ; Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA - Programme FLARE «Future Leaders of Ageing Research in Europe»).

Partenaires

Institut d'Economie Publique (IDEP) ; CNRS ; Université Aix-M2.



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

Sigle : CICAD-EMMA

Période : 2010-2012

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 (MA) et de maladies apparentées. 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.

Objectif(s)

Cette recherche a une double série d'objectifs.

La première série d'objectifs est d'ordre statistique et à visée de calculs de prévalence de la population concernée par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Ainsi, il s'agit de repérer la population Alzheimer au sein de l'enquête Handicap-Santé Ménages. Il apparaît en effet que la prévalence de la population Alzheimer obtenue après pondération de l'échantillon de cette enquête nationale est nettement en-deçà des prévalences tirées d'autres types d'enquête, comme par exemple l'enquête PAQUID. Un travail de repérage statistique des individus souffrant de la maladie d'Alzheimer, mais non-déclarés comme tels dans l'enquête HSM, a permis de mieux définir la population Alzheimer supposée. Il s'agit ensuite d'en calculer la prévalence dans la population générale vivant en domicile ordinaire. Enfin, la recherche doit dresser le portrait sanitaire de la population souffrant de la maladie d'Alzheimer : comorbidités, déficiences, incapacités et besoins d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

La deuxième série d'objectifs est relative à la caractérisation de l'aide reçue et à son évaluation économique :

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

Résultats

Les enquêtes Handicap-Santé Ménages 2008 (HSM) et Handicap-Santé Aidants informels 2008 (HSA) seront 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 sera 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 sera 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, seront 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.

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» ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.



6. 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 : DENTS DES SENIORS DÉPENDANTS (DSD)

Période : 2010-2011

Problématique

Les besoins en soins bucco-dentaires des sujets âgés tendent à s'accroître et la situation et 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.

Objectif(s)

- 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 bucco-dentaire 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.

Commanditaires

DREES, CNSA MiRe- Appel permanent en matière de recherches 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 - Aout 2010.

Partenaires

Laboratoire de Microbiologie Orale - Université de Nice Sophia Antipolis, UFR d'odontologie, Pôle universitaire Saint Jean d'Angély, 24 avenue des Diables bleus, 06357 NICE cedex 4 ; CHU de Nice Pôle d'odontologie, Hôpital Saint Roch 5 rue Paul Devoluy 06000 Nice.



7. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale (QUALIMEC) ?

Signe : QUALIMEC
Période : 2009-2011

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.

Objectif(s)

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 soixantaine d'aidants ayant participé à HSA sera réinterrogée au moyen d'entretiens semi-directifs. Les données qualitatives seront ensuite 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.). Cette démarche permettra d'éclairer certains comportements, tels que la réticence de certains aidants à répondre aux questions d'évaluation contingente, du fait du fardeau ou de l'épuisement dus à l'aide prodiguée.

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. Les hospitalisations évitables comme marqueur d'un déficit de prise en charge ambulatoire

Sigle : SYSTEME DE SOINS ET TERRITOIRES

Période : 2010-2011

Problématique

Dans plusieurs pays tels que les Etats-Unis, la Grande-Bretagne ou l'Australie, des indicateurs sur les hospitalisations évitables sont utilisés comme indicateurs d'accès aux soins primaires. Les séjours hospitaliers évitables correspondent à des séjours hospitaliers pour des pathologies pour lesquelles une prise en charge ambulatoire appropriée devrait théoriquement rendre inutile (évitable) un séjour hospitalier. C'est-à-dire qu'une prise en charge ambulatoire appropriée peut éviter la survenue de la maladie ou en contrôler l'évolution, qu'il s'agisse de maladies aiguës (pneumonie bactérienne) ou chroniques (asthme, hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque).

Compte tenu des modifications actuelles du système de soins français et de la territorialisation des politiques de santé et la mise en place des Agences régionales de santé, il paraît tout à fait pertinent de s'interroger sur l'utilité d'indicateurs permettant de mesurer la part des problèmes de santé liés à l'accessibilité aux soins primaires et spécialisés au niveau territorial.

Objectif(s)

Ce projet, associant l'Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, celui de Nord-Pas-de-Calais, d'Ile-de-France et l'équipe de l'International Longevity Center (ILC-USA, New-York), a pour principaux objectifs de :

- décrire et quantifier les disparités spatiales observées concernant le taux d'hospitalisations évitables au niveau régional et infra régional ;
- examiner, à l'aide d'analyses statistiques, des hypothèses sur les facteurs susceptibles d'influencer le taux d'hospitalisations évitables indépendamment des caractéristiques des individus (caractéristiques socio-économiques, épidémiologiques, organisation de la médecine ambulatoire de la zone de résidence) ;
- vérifier, par des entretiens qualitatifs avec différents acteurs et experts régionaux et locaux, que les hypothèses et résultats précédents correspondent bien à des mécanismes de recours observés par les acteurs régionaux et locaux.

Méthodologie

Les indicateurs seront construits à partir des données domiciliées du Programme de médicalisation du système d'information médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI MCO) élaboré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Afin de travailler sur des effectifs suffisants, l'étude sera menée sur un regroupement de plusieurs années (2004 à 2007 ou 2008) à l'échelle des codes géographiques PMSI (équivalent au code postal ou à un regroupement de codes postaux). Les séjours hospitaliers évitables seront définis en fonction des travaux internationaux déjà réalisés dans ce domaine.

Des réunions seront organisées dans chacune des régions avec des représentants des Agences régionales de santé (ARS) et des professionnels locaux afin de leur présenter les résultats et recueillir leurs perceptions au regard de leur connaissance de l'organisation et du fonctionnement du système de soins régional.

Résultats

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

Commanditaire

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Partenaire

Equipe de V. Rodwin - International Longevity Center – ILC – USA.



9. Evaluation monétaire de la santé en Europe (European Value of a quality adjusted life years)

Sigle : EuroVaq

Période : 2008-2010

Problématique

Dans la majeure partie des pays européens, des structures sont mises en place pour assurer la viabilité d'un financement public du système de santé. Ces structures doivent donc faire des recommandations sur la possibilité de mettre en œuvre telle ou telle stratégie. Ces recommandations sont maintenant généralement faites sur la base du coût de production d'un «QALY» (acronyme anglais de «Quality Adjusted Life Year» ou année de vie ajustée par sa qualité, un QALY est une mesure de l'utilité perçue par les patients d'une action médicale qui correspond à une année de vie gagnée ; une année en bonne santé correspond à un QALY de 1). Les méthodes d'estimation du coût par QALY sont de plus en plus sophistiquées et basées sur des modèles de décision analytiques rigoureux. Cependant, la valeur seuil retenue est essentiellement basée en référence au PNB (produit national brut) par tête, sans que les fondements économiques d'un tel choix ne soient clairs. D'où un intérêt croissant pour définir cette valeur sur la base de méthodes plus solides.

Objectif(s)

L'objectif de ce projet est de développer des méthodes permettant de révéler la valeur monétaire d'un QALY.

Méthodologie

- Dériver la valeur d'un QALY sur la base des valeurs statistiques d'une vie humaine disponibles dans la littérature
- Enquête auprès de 1000 individus de la population générale, dans chacun des pays participants, pour révéler le consentement à payer (CAP) pour un QALY (par évaluation contingente).
- Révéler, en utilisant la Q-méthode, le point de vue des décisionnaires, d'économistes de la santé et d'individus de la population générale, l'importance relative des gains de santé en termes de durée de vie comparés aux gains en terme de qualité de vie.

Commanditaire

Commission Européenne (6ème PCRD).

Partenaires

Grande Bretagne (Universités de Newcastle upon, East Anglia), Norvège (University of Tromso), Danemark (University of Southern Denmark), Suède (University of Lund), France (INSERM UMR912), Espagne (Pompeu Fabra University, Barcelona), Palestine (Birzeit), Pays-bas (Erasmus, Rotterdam).



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

III. ENVIRONNEMENT, TRAVAIL, HABITUDES DE VIE, PRÉVENTION- DÉPISTAGE PRÉCOCE

1> Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une tumeur cancéreuse ou du VIH (VITAVI - ANR).....	21
2> Réalisation du tableau de bord santé environnement 2009-2010 (TB SANTÉ - ENVIRONNEMENT).....	22
3> Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA).....	23
4> Tableau de bord régional Santé Sécurité Conditions de Travail (TB SANTÉ - TRAVAIL 2010).....	24
5> Enquête qualitative sur le maintien dans l'emploi et les conditions de mise en inaptitude en médecine du travail (QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI).....	25
6> Communications sur les risques multiples, quel impact sur la population ? (CORIMU).....	26
7> Dépistage précoce dans un échantillon représentatif d'enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA ? (EVAL MATER 2).....	27

1. 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.

Objectif(s)

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 qualitatives (grandes enquêtes transversales nationales et cohortes).

Avancement du projet

Recueil de données achevé et analyses en cours pour le volet qualitatif, recueil en cours pour les cohortes, conception en cours pour les grandes enquêtes transversales.

Commanditaire

Agence Nationale de la Recherche (ANR).



2. Réalisation du tableau de bord santé environnement 2009-2010

Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT

Période : 2009-2010

Problématique

La population est constamment exposée à des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur son état de santé, à plus ou moins long terme. A partir d'un état des lieux de la situation sanitaire et environnementale dans la région et des préconisations et objectifs du PNSE 2, le PRSE 2 a identifié et hiérarchisé les actions devant être réalisées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Objectif(s)

Dans le cadre de l'élaboration du PRSE 2 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'objectif de ce travail était de :

- produire des éléments de diagnostic sur les problématiques santé environnement en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en rassemblant les données et informations disponibles au sein de divers organismes ;
- accompagner la démarche d'élaboration du PRSE 2 (présentation des éléments de diagnostic, réflexion sur les indicateurs de suivi...).

Méthodologie

Cette seconde édition du tableau de bord régional santé environnement inclut, pour chaque thématique, une fiche présentant des éléments de cadrage, l'état des lieux des connaissances actuelles sur les impacts sanitaires et les indicateurs disponibles (sanitaires, environnementaux et comportementaux ou de perception).

Résultats

La région PACA est une des régions françaises les plus émettrices de SO₂, de NO_x, de COVNM et de CO₂. Elle se caractérise ainsi par une forte pollution industrielle et urbaine, conséquence d'une forte concentration industrielle, d'un fort taux d'urbanisation, de l'augmentation de l'usage du véhicule individuel, du retard de développement des transports en commun, d'un réseau routier très dense et de la présence de reliefs favorisant la stagnation des masses d'air. Du fait de ses conditions climatiques, elle est également une des régions d'Europe les plus touchées par la pollution photochimique à l'ozone. En 2008, la Cire Sud a enregistré 112 foyers d'intoxication à l'oxyde de carbone (toutes causes confondues), 362 personnes intoxiquées, 244 personnes hospitalisées aux urgences et 5 décès. Les dysfonctionnements des chaudières sont la principale cause d'intoxication au CO (54%).

Dans la région PACA, la grande majorité des habitants est desservie par une eau de bonne qualité bactériologique, mais la situation est moins satisfaisante dans les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence.

Commanditaire

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



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

Sigle : SISTEPACA

Période : 2004

Problématique

L'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006 puis d'un contrat Etat – Région renouvelé annuellement, de mettre en place et de pérenniser un système d'information des médecins praticiens, pour les sensibiliser à la prise en charge des maladies liées au travail. Plusieurs raisons ont motivé la mise en place de cette démarche originale et innovante. Il existe une forte sous-déclaration des maladies professionnelles indemnifiables en France et en PACA. Les relations entre médecine de soins et médecine préventive sont insuffisamment développées. Beaucoup de patients échappent au suivi des médecins du travail (demandeurs d'emploi, retraités, maladies à longue période de latence...) alors qu'ils ont un suivi régulier par leur médecin traitant (généraliste ou spécialiste). Le lien entre une maladie et le(s) métier(s) exercé(s) par le patient est souvent difficile à faire, pour le médecin praticien insuffisamment formé. Le réseau du maintien dans l'emploi, dont le médecin du travail est un acteur pivot, est méconnu par les médecins et leurs patients. La collaboration médecins de soins – médecins du travail – médecins conseils paraît nécessaire pour une meilleure prise en charge des patients présentant ce type de pathologies.

Objectif(s)

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 identifier les patients ayant des problèmes de santé liés au travail et les situations à risque, à repérer un lien possible entre maladie et métier exercé, à renforcer les échanges avec les médecins du travail, à améliorer la déclaration des maladies professionnelles et le maintien dans l'emploi et à envisager un dépistage précoce des maladies professionnelles. Le SISTEPACA propose des outils et des méthodes d'information et d'aide aux médecins praticiens, s'adaptant à leurs besoins.

Méthodologie

Les méthodes employées :

- Réunions mensuelles d'un groupe de travail chargé de mettre en oeuvre les actions décidées en comité de pilotage. Ce groupe est composé de médecins du travail de différents régimes, de médecins conseils, d'un médecin inspecteur régional du travail, d'un médecin conseiller du service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est, du médecin de la consultation de pathologie professionnelle, d'un médecin de l'Union régionale des professionnels de santé, de la coordinatrice du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et de médecins épidémiologistes / de santé publique ;
- Mise à disposition d'outils d'aide : un site internet www.sistepaca.org (validation par des experts médicaux pour les informations cliniques, label Hon Code), diffusion de brochures auprès des médecins de la région PACA ;
- Réunions pluridisciplinaires de formation médicale continue en santé-travail organisées sur un bassin d'exercice, sur un thème choisi par les médecins praticiens invités, permettant des échanges avec des intervenants locaux et/ou du groupe de travail ;
- Soutien aux médecins praticiens pour les questions de santé au travail émanant de leur pratique ;
- Sondage annuel auprès des médecins ayant participé aux réunions santé-travail 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 ...).

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 Lehuicher-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.



4. Tableau de bord régional Santé Sécurité Conditions de Travail

Sigle : TB SANTE TRAVAIL 2010

Période : 2009-2010

Problématique

Le tableau de bord régional Santé Sécurité Conditions de Travail présente un état des lieux des données disponibles sur les maladies professionnelles et les accidents du travail en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Objectif(s)

En 2009, l'ORS PACA a été chargé par le Comité Régional de la Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) de la préparation de la quatrième version du tableau de bord Santé Sécurité Conditions de Travail. La réalisation de ce tableau de bord s'inscrit aussi dans le cadre du Programme Régional Santé Travail (PRST).

Méthodologie et résultats

Il s'agissait de rassembler, valider, suivre et mettre en perspective les données et indicateurs sur les problèmes santé-travail (maladies d'origine professionnelle, situations de travail à risque...) afin de fournir des informations de cadrage aux pouvoirs publics et de guider les actions des préventeurs.

La tendance à la diminution du taux de fréquence d'accidents du travail (AT), observée depuis le début des années 1990, s'est poursuivie jusqu'en 2008 en région Paca-Corse comme en France.

Douze mille maladies professionnelles ont été reconnues entre 2005-2008 chez les salariés du secteur privé relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale, se répartissant ainsi : 66% étaient des troubles musculosquelettiques, 20% des Asbestoses et 6% des Cancers.

En région Paca, parmi les salariés vus par les médecins du travail, un quart serait exposé à une pression psychologique au travail, 1 sur 7 présenteraient des symptômes psychiques liés au travail selon le médecin du travail (EVREST en région Paca 2008). En 2008 on comptabilise en PACA, 65000 avis d'aptitude avec restrictions ou demandes d'aménagement du poste et/ou avis d'incapacité temporaire.

Le travail demeure un important facteur d'inégalités sociales et d'inégalités sociales de santé : les expositions aux risques professionnels (accidents de travail, troubles péri articulaires, bruits, rythmes et modes d'organisation du travail) sont fortement différenciées selon les catégories socioprofessionnelles. Plusieurs éléments sont à souligner : 1) les risques sont moins bien maîtrisés dans les petites et moyennes entreprises, qui représentent la très grande majorité des entreprises de la région, 2) les grandes entreprises font effectuer de plus en plus souvent certains types de travaux par des entreprises sous-traitantes. Il s'opère ainsi un transfert vers ces entreprises et sur les travailleurs sous-traitants ou intérimaires de certaines tâches à risque (politique d'externalisation des risques). La formation aux risques de ces salariés n'est pas toujours réalisée dans des conditions optimales et le suivi médical est moins strict que celui des autres salariés.

Commanditaire

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

Partenaires

La caisse d'assurance retraite et de santé au travail du Sud-Est (Carsat-SudEst) ; La Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud (Cire-Sud) ; La Direction régionale du service médical (DRSM) de la CNAMTS ; Le groupe de travail Evolutions et Relations en Santé au Travail (EVREST) en région PACA ; L'Observatoire des risques professionnels de la Mutualité sociale agricole (ORP-MSA) ; L'Observatoire régional des métiers Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORM PACA).



5. Enquête qualitative sur le maintien dans l'emploi et les conditions de mise en inaptitude en médecine du travail

Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Période : 2009-2010

Problématique

Le maintien dans l'emploi 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 et l'émergence de nouveaux risques en termes de santé et sécurité au travail font que cette problématique est devenue de plus en plus importante. Différents dispositifs peuvent être mobilisés pour éviter la désinsertion professionnelle des travailleurs souffrant d'une maladie chronique. En l'absence d'anticipation, ou bien en cas d'échec des mesures mises en œuvre, un avis d'inaptitude au poste de travail est prononcé par le médecin du travail. Une adaptation du poste de travail ou bien un reclassement au sein de l'entreprise sont alors nécessaires mais ne sont pas toujours possibles. L'avis d'inaptitude peut ainsi avoir, pour conséquence immédiate, un licenciement et le retour à l'emploi est souvent difficile.

Favoriser une prise en charge précoce du travailleur concerné apparaît essentiel. Pendant la période critique précédant la mise en inaptitude, différents acteurs, tant au niveau de l'entreprise qu'au niveau du soin, peuvent rompre l'isolement de la personne : le médecin du travail, les assistantes sociales de la Caisse régionale d'assurance maladie, le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, l'employeur mais aussi le médecin conseil et le médecin traitant. D'autres institutions peuvent être sollicitées en second lieu (CRAM-SE, AGEFIPH ...).

Objectif(s)

Décrire le fonctionnement des dispositifs de maintien en emploi au niveau régional et faire ressortir les collaborations effectives ainsi que les freins à leur fonctionnement.

Méthodologie

Enquête qualitative exploratoire : une vingtaine d'entretiens qualitatifs a été réalisée auprès de différents acteurs de la région Paca impliqués à divers titres dans le maintien dans l'emploi et/ou la mise en inaptitude.

Commanditaire

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

Partenaires

Université de Provence ; UFR de Psychologie (M. Souville)



6. Communications sur les risques multiples, quel impact sur la population ?

Sigle : CORIMU
Période : 2008-2011

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 ?

Objectif(s)

Etudier l'impact des messages préventifs (relatifs au tabagisme, à l'abus d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires) au sein de la population : quelle information est retenue ? 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) ? Quel est l'impact observable sur les comportements déclarés ? Plus généralement, comment les campagnes préventives sont-elles perçues ?

Méthodologie

Une première enquête téléphonique par questionnaire fermée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale (effectif : 2000 personnes, données recueillies en juin-juillet 2008) ; complétée par une seconde enquête en face-à-face auprès d'un échantillon plus restreint et plus ciblé (effectif : 200 personnes, recueil des données prévu en 2010).

Avancement du projet

Recueil de données achevé et analyses en cours pour l'enquête représentative, conception en cours pour la seconde enquête.

Commanditaire

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Partenaires

GREG HEC & CNRS (UMR 2959).



7. Dépistage précoce dans un échantillon représentatif d'enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA

Sigle : EVAL MATER 2

Période : 2009-2011

Problématique

Le bilan de santé « Eval Mater », élaboré en 2003 en région Paca, est à présent utilisé par la plupart des équipes de PMI de la région. Il permet d'évaluer la présence de différents problèmes de santé (troubles du langage, du développement psychomoteur, de la vision, de l'audition, surpoids et obésité...) dans la petite enfance. En préparation du deuxième Plan Régional de Santé Publique, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) PACA a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé de réaliser durant l'année scolaire 2009-2010 une enquête auprès d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi, en utilisant ce bilan.

Objectif(s)

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les évolutions observées depuis une étude précédente réalisée en 2002-2003 à l'aide du même bilan et selon une méthodologie similaire, ce pour plusieurs indicateurs (couverture vaccinale, problèmes de poids, troubles du langage et de la psychomotricité, santé bucco-dentaire), de décrire leurs variations interdépartementales.

Méthodologie

L'enquête a été réalisée dans 153 écoles tirées au sort à partir des listes fournies par les services de PMI de la région. L'échantillon est représentatif aux plans régional et départemental. Parmi les 4136 enfants inscrits dans les écoles maternelles tirées au sort, 3086 (74,6 %) ont été examinés par les médecins de PMI à l'aide du bilan Eval Mater. Les taux de réponse varient selon les départements de 66,2 % à 82,8 %.

Commanditaires

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

Partenaires

Service de Protection Maternelle et Infantile des 6 conseils généraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Service de pédiatrie et neurologie pédiatrique spécialisé dans les troubles d'apprentissage, CHU Timone-Enfants.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

IV. 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 (ALD 2010)29
- 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 (COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 40)).....30
- 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 (COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 65)).....32
- 4>** Opinions croisées sur les critères d'efficacité des traitements du cancer (patients, médecins, population générale, décideurs) (CRIT-EFF).....34

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 : ALD 2010

Période : 2010-2013

Problématique

Depuis 2006, on assiste à une multiplication des recherches en direction des survivants du cancer aussi bien sur la qualité de vie, que sur la qualité des soins. Cette année est de fait emblématique d'un tournant en matière de suivi des survivants du cancer, car elle a vu la notion de « survivorship » comme une phase à part entière du continuum de soins du cancer s'imposer comme un concept de l'oncologie moderne. Dès lors, pour assurer une meilleure qualité de vie, et délivrer un suivi médical adapté pour les survivants du cancer, il est devenu nécessaire de mieux connaître les effets persistant à long terme physiques et psychologiques, et de décrire les conséquences sociales du cancer à moyen ou long terme. C'est dans cette perspective qu'a été initié en 2007 aux Etats-Unis le programme de recherche American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors (SCS I-II), et c'est dans cette perspective également qu'a été conçu en France, par l'INSERM UMR 912, avec le soutien de l'INCA, le projet d'une deuxième enquête nationale sur les survivants du cancer à deux ans du diagnostic.

Ce projet s'inscrit donc dans la cohérence avec l'ensemble des investigations conduites à l'heure actuelle dans différents pays, sur la question de la qualité de vie des survivants du cancer, mais il s'inscrit aussi dans la continuité avec la première enquête nationale française sur cette question, réalisée en 2004 sous l'égide de la DREES.

Objectif(s)

Ce projet a deux objectifs :

- Déterminer la nature et la prévalence des facteurs physiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'altérer la qualité de vie des survivants du cancer au regard des nouveaux résultats en la matière issus de la littérature médicale internationale et de la spécificité du contexte national français.
- Rendre compte des éventuels changements, ou évolutions connues depuis 2004 notamment celles induites par le plan cancer (2009-2013).

Méthodologie

La méthode s'appuiera sur la constitution par tirage au sort dans les fichiers de l'Assurance-Maladie, d'un échantillon de personnes ayant bénéficié d'une mise en ALD pour cancer deux ans auparavant (en 2009). Trois recueils de données seront alors engagés : le premier, appelé « enquête sur la consommation de soins » consiste à extraire l'ensemble de la consommation de soins enregistrée par les régimes d'assurance-maladie depuis le diagnostic de cancer ; le deuxième, appelé « enquête en population » s'appuiera sur un questionnaire téléphonique administré auprès des assurés sélectionnés portant sur leurs conditions de vie ; le troisième appelé « enquête médicale » collectera pour chaque assuré sélectionné, toutes les informations médicales et biologiques environnant le diagnostic de cancer, auprès des équipes soignantes ayant initié sa mise en ALD.

L'année 2010 a été consacrée à la mise au point du protocole d'enquête (stratégie d'échantillonnage et plan de sondage). Courant 2011, les différents outils utilisés pour le recueil de données seront éprouvés par l'intermédiaire d'enquêtes pilotes. Ces enquêtes précéderont la mise en œuvre opérationnelle de l'enquête (collecte des données) prévue pour une durée minimale de six mois avec un début envisagé fin 2011.

Commanditaire

Institut National du Cancer (INCa).

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

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans les pays occidentaux. Il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués et 16% des décès liés au cancer. Au cours des dix dernières années, de nouvelles thérapies ont démontré leur efficacité, notamment en termes de survie, chez les femmes souffrant d'un cancer du sein, le bénéfice étant plus marqué chez les plus jeunes. Il y a actuellement de plus en plus de femmes vivant avec le cancer comme avec une maladie chronique, mais si de nombreuses études se sont intéressées aux patients pendant la phase aiguë initiale du traitement de leur cancer, l'impact à long terme de la maladie chez ceux que l'on appelle les « survivants du cancer » est beaucoup moins connu. Les données sur ce sujet sont peu nombreuses et souvent issues d'enquêtes transversales. La nécessité de mettre en place des études longitudinales visant à évaluer les besoins des patients afin d'identifier les facteurs pouvant améliorer la qualité de la prise en charge et du support social à long terme, a été récemment soulignée à un niveau international et l'Institut National du Cancer américain (2004) a encouragé l'initiation d'études auprès des « survivants à long terme du cancer ». De plus en plus de femmes jeunes vivent avec un cancer, retournent travailler, désirent avoir un enfant. Cependant il n'existe actuellement pas d'études de cohortes prospectives en France documentant ces aspects du quotidien.

La cohorte régionale ELIPPSE 40 (Etude Longitudinale sur l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes âgées de 40 ans et moins) a été initiée dans ce contexte particulier en septembre 2005.

Objectif(s)

La cohorte a comme objectif principal de documenter les conséquences à moyen et long termes (5 à 10 ans) 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. Elle donne l'opportunité d'étudier le retour à une « vie normale » après la cassure biographique causée par la maladie cancéreuse. Les thèmes développés dans la cohorte de femmes jeunes concernent plus particulièrement la reprise du travail, l'accès aux prêts bancaires et aux assurances, les conséquences de la maladie cancéreuse sur le statut social, la vie de famille, la vie sexuelle et l'image du corps, et l'impact du cancer sur les choix reproductifs des femmes.

A côté de ces objectifs principaux les données recueillies permettront de décrire, selon les groupes d'âge et le statut socio-économique des patientes : les circonstances du diagnostic, le délai entre découverte de signes cliniques et première prise en charge médicale, le délai attribuable au médecin (entre la première consultation et le début du traitement), la participation des patientes aux choix thérapeutiques, l'effet de l'âge sur la prise en charge médicale, l'observance à long terme des traitements hormonaux adjuvants, ainsi que la consommation de psychotropes durant tout le suivi.

Méthodologie

L'originalité de ce projet réside dans le mode de recrutement des patientes et dans le recueil de données objectives sur la consommation médicale à partir du registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie, en plus des données recueillies auprès des patientes et de leurs médecins. Les femmes éligibles sont toutes les femmes incluses dans le fichier des Affections de Longue Durée (ALD) de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de cancer du sein confirmé par biopsie, âgées de 18 à 40 ans et vivant dans les régions PACA et Corse avec une adresse valide. Les nouvelles admissions pour rechute ou métastases sont exclues, ainsi que les femmes présentant des troubles cognitifs importants ou des maladies psychiatriques aiguës et celles qui sont incapables de répondre à un questionnaire. La sélection des patientes est sous la responsabilité des médecins conseil des caisses d'Assurance Maladie. Toutes les femmes potentiellement éligibles reçoivent une lettre d'information sur l'étude et sont invitées à renvoyer leur consentement par écrit pour participer à un suivi longitudinal de 5 ans. Celles qui acceptent d'être incluses dans la cohorte répondent à un questionnaire postal succinct et sont ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10, 16, 28, 48 et 60 mois du diagnostic.

Lors de chaque interview de patiente, un questionnaire est adressé au médecin. Le premier (à 10 mois du diagnostic) est envoyé au praticien qui a fait le diagnostic et/ou qui est en charge du traitement du cancer. Ce questionnaire concerne l'histoire médicale du patient, les caractéristiques du cancer du sein, les traitements et les antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire. Les questionnaires suivants sont adressés au médecin référent de la patiente afin d'obtenir des informations sur les nouveaux événements pathologiques, les traitements en cours, les éventuelles rechutes, métastases, hospitalisations et le statut vital.



Parallèlement, les données sur les hospitalisations, les consultations médicales et les prescriptions (psychotropes et traitement hormonal adjuvant) sont recueillies tous les 6 mois et pendant tout le suivi, dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie. Les données sur les consultations médicales et la consommation de psychotropes dans l'année précédant le diagnostic de cancer sont recueillies de façon rétrospective.

Des études qualitatives auprès de petits échantillons de femmes (par exemple sur le thème de la douleur chronique) sont également réalisées au cours du suivi par des psychologues et des anthropologues.

Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Science (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 « Cancéropôles en émergence » ; Conseil Régional Provence-Alpes Côte-d'Azur ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Fondation de France ; Institut National du Cancer (INCa) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; 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".

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 (ELIPPSE 65)

Période : 2007-2015

Problématique

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans les pays occidentaux. Son incidence est maximale vers 65 ans et il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués, et 16% des décès liés au cancer. Au cours des dix dernières années, de nouvelles thérapies ont démontré leur efficacité, notamment en termes de survie, chez les femmes souffrant d'un cancer du sein. Il y a actuellement de plus en plus de femmes vivant avec le cancer comme avec une maladie chronique, mais si de nombreuses études se sont intéressées aux patients pendant la phase aiguë initiale du traitement de leur cancer, l'impact à long terme de la maladie chez ceux que l'on appelle les « survivants du cancer » est beaucoup moins connu. Du fait de la grande hétérogénéité de la population des plus de 65 ans, peu d'études se sont intéressées jusqu'à présent à la survie à long terme de cette population après un cancer et à ses besoins spécifiques.

La cohorte régionale ELIPPSE 65 (Etude Longitudinale sur l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de 65 ans et plus) a été initiée en janvier 2007 dans ce contexte particulier.

Objectif(s)

La cohorte ELIPPSE 65 a comme objectif principal 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. Elle donne l'opportunité d'étudier le retour à une « vie normale » après la cassure biographique causée par la maladie cancéreuse. Les questionnaires s'intéressent en priorité au poids des co-morbidités comparé à celui du cancer, à la perception de l'image du corps, à l'impact de la maladie cancéreuse et des effets secondaires des traitements sur l'autonomie des patientes, aux attentes des femmes vis-à-vis de la prise en charge médicale et à l'évolution à long terme de la relation entre les aides et les besoins exprimés.

Alors qu'actuellement le concept de « soin global » apparaît comme une nouvelle façon d'appréhender la prise en charge à long terme des survivantes âgées de cancer du sein, le fait que la plupart d'entre elles aient un bon pronostic, souffrent de co-morbidités et ne décéderont pas de leur cancer du sein, conduit à prendre en compte les autres besoins de cette population. Leurs besoins de santé englobent le suivi à long terme de leur cancer et les mesures de prévention associées, la prise en charge de leurs autres pathologies, mais aussi le support social ainsi que l'assistance familiale ou professionnelle.

A côté de ces objectifs principaux les données recueillies permettront de décrire, selon les groupes d'âge et le statut socio-économique des patientes : les circonstances du diagnostic, le délai entre découverte de signes cliniques et première prise en charge médicale, le délai attribuable au médecin (entre la première consultation et le début du traitement), la participation des patientes aux choix thérapeutiques, l'effet de l'âge sur la prise en charge médicale, l'observance à long terme des traitements hormonaux adjuvants, ainsi que la consommation de psychotropes durant tout le suivi.

Méthodologie

Les femmes éligibles étaient toutes les femmes incluses entre janvier 2007 et septembre 2010 dans le fichier des Affections de Longue Durée (ALD) de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de cancer du sein confirmé par biopsie, âgées de 65 ans et plus et vivant dans l'un des trois départements principaux de la région PACA (Bouches-du-Rhône, Var et Alpes-Maritimes) avec une adresse valide. Les nouvelles admissions pour rechute ou métastases ont été exclues, ainsi que les femmes qui présentaient des troubles cognitifs importants ou des maladies psychiatriques aiguës et celles qui étaient incapables de répondre à un questionnaire. La sélection des patientes était sous la responsabilité des médecins conseil des caisses d'Assurance Maladie. Toutes les femmes potentiellement éligibles ont reçu une lettre d'information sur l'étude et ont été invitées à renvoyer leur consentement par écrit pour participer à un suivi longitudinal de 5 ans. 700 femmes ont été incluses.

Les femmes acceptant de participer à la cohorte ELIPPSE 65 sont invitées à répondre à un auto-questionnaire postal lors de l'inclusion et elles participent ensuite à un suivi longitudinal comprenant une interview en face-à-face à leur domicile (10 mois après le diagnostic de cancer), puis des interviews téléphoniques 2 et 5 ans après le diagnostic. Une mini évaluation gériatrique est réalisée à l'occasion de la visite au domicile de la personne.

Lors de chaque interview de patiente, un questionnaire est adressé au médecin. Le premier (à 10 mois du diagnostic) est envoyé au praticien qui a fait le diagnostic et/ou qui est en charge du traitement du cancer. Ce questionnaire concerne l'histoire médicale de la patiente, les caractéristiques du cancer du



sein et des informations sur les traitements reçus. Les questionnaires suivants sont adressés au médecin référent de la patiente afin d'obtenir des informations sur les nouveaux événements pathologiques, les traitements en cours, les éventuelles rechutes, métastases, hospitalisations et le statut vital.

Les données sur les hospitalisations, les consultations médicales et les prescriptions (psychotropes et traitement hormonal adjuvant) sont recueillies tous les 6 mois et pendant tout le suivi, dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie. Les données sur les consultations médicales et la consommation de psychotropes dans l'année précédant le diagnostic de cancer sont recueillies de façon rétrospective.

Des études qualitatives auprès de petits échantillons de femmes (par exemple sur le thème de la douleur chronique) sont également réalisées par des psychologues et des anthropologues.

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 ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S).

Partenaires

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



4. Opinions croisées sur les critères d'efficacité des traitements du cancer (patients, médecins, population générale, décideurs)

Sigle : CRIT-EFF

Période : 2009-2011

Problématique

Les progrès thérapeutiques en cancérologie ont permis d'améliorer la survie globale des patients, de mieux cibler les traitements et de mieux tenir compte des effets secondaires. Récemment, sont apparues des molécules améliorant la survie sans rechute, mais sans d'incidence sur la survie globale posant la question de l'indicateur d'efficacité le plus pertinent.

En parallèle, différentes méthodes ont été mobilisées permettant de rendre compte au mieux des préférences des patients. Cependant, les résultats empiriques conduisent souvent à remettre en question les hypothèses sous jacentes de la théorie économique. Cette constatation et le besoin d'approches plus interprétatives a stimulé l'accroissement de recherches qualitatives en parallèle de la collecte de données quantitative.

La méthode que nous nous proposons de mettre en œuvre dans ce projet – la Q-methodology – partage certaines facettes des enquêtes qualitatives mais s'en éloigne par le mode de collecte et d'analyse des données. Cette méthode, introduite par William Stephenson, physicien et psychologue, permet d'explorer la subjectivité tout en gardant la transparence, la rigueur et les fondements mathématiques des techniques quantitatives.

Objectif(s)

L'objectif principal est de déterminer auprès de patients traités pour cancer, spécialistes, population générale et décisionnaires les opinions vis à vis des critères d'efficacité les plus importants pour les traitements carcinologiques.

Le second objectif est de proposer la mise en œuvre d'une méthode encore peu connue au niveau international en économie de la santé et à notre connaissance encore non utilisée en France et de participer au débat sur les améliorations méthodologiques à apporter.

Méthodologie

La méthodologie Q a introduit une nouvelle notion : la subjectivité des individus, c'est à dire les différences intra-individuelles. Typiquement, on présente aux individus un ensemble d'énoncés sur un sujet et on leur demande de les classer en fonction de leur point de vue, préférences, jugements, ... sur une grille de classement (distribution quasi-normale). Un des avantages de cette méthode est que les répondants ordonnent les énoncés au lieu de les évaluer séparément : les questions relatives à un même sujet sont traitées dans leur globalité. Autre avantage cette méthode permet l'émergence de points inattendus ou contre intuitifs et ne dépend pas de la capacité des répondants à proposer une articulation rationnelle.

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. L'analyse des corrélations permet de faire ressortir les (dis)similitudes entre points de vue. L'analyse factorielle permet de révéler et d'interpréter un nombre réduit de points de vue exprimés.

Commanditaire

Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC).

Partenaire

Université de Newcastle.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

V. 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) (VESPA 2010).....35
- 2> Dépistage rapide auprès des gays (DRAG - DÉPISTAGE HOMMES GAYS)36
- 3> Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients « HIV controllers » en France (HIC).....37
- 4> 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 \geq à 500 par mm³ (TIPI-QUALI).....38
- 5> Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote) (COPILOTE).....39
- 6> Evaluation médico-économique d'une stratégie thérapeutique innovante dans l'infection à VIH : lopinavir/ritonavir en monothérapie versus lopinavir/ritonavir associé à zidovudine et lamivudine chez des patients naïfs d'antirétroviraux (ABBOTT - MONARK HEOR) 40
- 7> Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir / emtricitabine / éfavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé(DREAM).....41

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

Sigle : VESPA 2010
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, pour la première fois, 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).

Objectif(s)

L'objectif de cette nouvelle étude est 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 de mesurer des indicateurs, de repérer les évolutions des conséquences sociales de la maladie depuis la dernière enquête VESPA 2003, d'identifier des inégalités et leurs déterminants sociaux ou liés à la maladie.

L'évolution entre 2003 et 2010 des conditions de vie et des comportements de prévention des personnes séropositives pourra être mesurée et mise en perspective avec les changements survenus ces dernières années dans l'épidémiologie, la thérapeutique et les pratiques de prévention. De plus, certaines dimensions centrales de la vie des personnes séropositives incluant la pauvreté matérielle, l'isolement, la discrimination, la santé mentale et les comorbidités chroniques seront pour la première fois caractérisées à large échelle en France. Ces informations devraient être utiles pour éclairer les décideurs de santé publique afin d'établir de nouvelles recommandations.

Méthodologie

Une phase préparatoire à la reconduction d'une telle enquête a été menée en 2009-2010. Cette étape a permis d'établir un bilan scientifique et méthodologique de l'enquête 2003 eu égard à l'évolution du contexte épidémiologique et thérapeutique, d'identifier les problématiques scientifiques qui justifient d'être approfondies dans une nouvelle étude et celles pouvant être abandonnées ou traitées de façon succincte, de préparer l'organisation logistique de l'enquête afin d'assurer une participation accrue des personnes éligibles et une réalisation moins coûteuse en temps et en financement.

Cette nouvelle enquête nationale transversale sera 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 durant l'année 2011. La base de sondage a été établie à partir du croisement de plusieurs sources d'informations (DO, FHDH, COREVIH etc.). Elle est 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 de sondage. L'enquête sera réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 3000 patients vus en ambulatoire dans ces hôpitaux. Pour être éligibles, les sujets devront être séropositifs pour le VIH-1 depuis au moins 6 mois, être âgés de 18 ans et plus, et résider en France. L'organisation de l'enquête et le recueil d'information seront réalisés par des équipes spécialisées composées d'ARC et d'enquêteurs. Un registre d'informations permettra d'obtenir un minimum d'informations sociodémographiques et médicales pour l'ensemble des patients éligibles. Les données seront recueillies auprès des patients par un questionnaire standardisé administré en face à face (CAPI) et par un questionnaire auto administré. Un questionnaire médical permettra de décrire des informations sur les caractéristiques principales de la maladie VIH ainsi que sur d'éventuelles comorbidités. Un pilote a été réalisé au cours du dernier trimestre 2010, dans 6 services de Paris et Marseille, pour tester les procédures d'enquête et les outils de recueils de données. La phase d'enquête devrait démarrer au cours du 2nd trimestre 2011.

Commanditaire

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

Partenaire

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 687 (INSERM U687).



2. Dépistage rapide auprès des gays

Sigle : DRAG - DÉPISTAGE HOMMES GAYS

Période : 2008-2011

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.

Objectif(s)

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.

Les inclusions sont en cours jusqu'en avril 2011 et à ce jour, 273 patients ont été inclus.

Ce projet associe des équipes scientifiques en France et au Québec, des centres de dépistage ainsi que des partenaires associatifs de France (AIDES) et du Québec (COCQ-SIDA).

Commanditaire

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. 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 : 2009-2012

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. On peut supposer que le vécu de ces personnes a été marqué par une double rupture biographique : la première relative à l'annonce de leur séropositivité et leur entrée dans la vie de « patient », et la seconde liée au constat de leur statut de patient HIV Controllers. La deuxième hypothèse concerne le vécu psychosocial de la population HIV Controllers. Dans la mesure où ces personnes n'ont pas de « vécu médical » de l'infection par le VIH, leur vécu psychosocial est d'autant plus important et on peut se demander ce qu'il en est de leur qualité de vie et notamment de l'impact de la stigmatisation potentielle sur cette dernière. Le troisième axe concerne les prises de risque potentielles de ces patients. Selon les travaux disponibles sur les comportements sexuels à risque des personnes infectées par le VIH, des hypothèses contradictoires émergent concernant la population des HIV Controllers, cette question est donc cruciale à investiguer.

(*) «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.

Objectif(s)

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. Par exemple, dans quelle mesure ces personnes se définissent et se considèrent comme séropositives, s'envisagent comme séropositives dans les différentes sphères de leur vie.

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. Le recueil des données, quantitatif et qualitatif, a commencé depuis le mois de septembre 2010.

Commanditaire

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.



4. Étude 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 mm³

Sigle : TIPI-QUALI
Période : 2009-2011

Problématique

Dans l'essai TIPI, il apparaît pertinent et essentiel d'étudier la qualité de vie des patients, les effets indésirables, l'observance et la sexualité, chez des patients inscrits dans un nouveau protocole de soin, à savoir la prise précoce et intermittente d'un traitement antirétroviral. Proposer un volet qualitatif, complétant les données quantitatives, permet d'obtenir des informations à la fois plus globales mais aussi plus précises quant au vécu des patients. Ceci doit aussi 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.

Objectif(s)

L'objectif principal de l'essai ANRS 141 TIPI consiste à évaluer à 24 mois, la capacité d'un traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique, chez des patients infectés par le VIH-1 et ayant un nombre initial de lymphocytes CD4+ supérieur ou égal à 500 par mm³. Plusieurs questions de recherche apparaissent autour de la qualité de vie de ces patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral intermittent : 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 les sous dimensions de la qualité de vie, à savoir la qualité de vie physique et la qualité de vie mentale, sont-elles améliorées par l'engagement dans ce nouveau protocole de soin ? Quel est l'impact potentiel de la prise intermittente d'un traitement antirétroviral sur l'observance ? La prise d'un traitement de façon intermittente a-t-elle un effet sur la perception des effets secondaires ? Quel est l'impact de l'évolution immunologique et virologique 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 traitement antirétroviral à un stade précoce de l'infection par le VIH. Le vécu des patients participants est évalué à l'aide d'un recueil de données quantitatives à l'inclusion, à M6, M12, M18 et M24. Cette évaluation permet de recueillir des informations quant à la qualité de vie des patients, les effets indésirables, l'observance, la temporalité et la sexualité, en calculant divers scores relatifs à l'observance ou le nombre d'effets secondaires perçus. Elle offre la possibilité de situer les patients inclus dans TIPI sur des échelles de qualité de vie 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 trois entretiens «physiques». Le premier entretien a eu lieu avant l'initiation du traitement ; le second s'est déroulé en début de protocole durant la phase d'initiation du traitement, à savoir au minimum après un mois de traitement et cela jusqu'à trois mois ; le troisième entretien est programmé durant les six derniers mois de participation au protocole, à savoir durant une phase sans traitement.

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.



5. Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote)

Sigle : COPILOTE
Période : 2001-2011

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.

Objectif(s)

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

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 (49 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 médicales est effectué tous les 4 mois et il est couplé une fois par an à un recueil de données socio-comportemental (notamment des scores de qualité de vie et d'observance). Un bilan de fin a été effectué, avec un taux de réponse de 93% (508 patients sur les 547 toujours suivis à la fin de la cohorte).

L'étude est actuellement terminée (bilans de fin reçus entre janvier 2009 et février 2010).

Commanditaires

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS CO-8) ; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S).

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, JD. Lundgren).



6. Evaluation médico-économique d'une stratégie thérapeutique innovante dans l'infection à VIH : lopinavir/ritonavir en monothérapie versus lopinavir/ritonavir associé à zidovudine et lamivudine chez des patients naïfs d'antirétroviraux

Signe : ABBOTT - MONARK HEOR

Période : 2009-2010

Problématique

Les multithérapies actuelles dans le traitement de l'infection à VIH sont complexes, coûteuses, et s'accompagnent d'effets indésirables fréquents, d'intensité variable et plus ou moins toxiques pour le patient. Des stratégies d'allègement thérapeutique ont été évaluées dans le cadre d'essais cliniques dans le but de proposer aux patients des combinaisons de médicaments mieux tolérés, plus maniables et garantissant la même efficacité. Une autre approche consiste à proposer une monothérapie en première intention. Dans l'étude pilote Monark, en phase III, une monothérapie boostée utilisant une molécule de la classe des IP, lopinavir/r (ou Kaletra) est comparée à une trithérapie avec lopinavir/ritonavir associé à la zidovudine et à la lamivudine chez des patients naïfs de traitement antirétroviral.

Objectif(s)

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'impact médico-économique d'une monothérapie en première intention (LPV/r) comparée à un régime standard de trithérapie chez des patients naïfs de traitement antirétroviral.

Objectifs spécifiques :

- Estimer le coût financier spécifique de la prise en charge des complications liées à l'infection, à la toxicité médicamenteuse et à l'occurrence des résistances virales;
- Contribuer à une meilleure définition des stratégies thérapeutiques dans la prise en charge de l'infection à VIH.

Méthodologie

A partir des données de l'étude pilote Monark, ayant inclus 136 patients, nous conduirons une analyse de type coût-efficacité. Une première analyse statistique des données cliniques et économiques a été mise en place pour déterminer l'efficacité et le coût de chaque stratégie thérapeutique. L'analyse est en cours de finalisation et semble indiquer que la stratégie monothérapie est coût-efficace malgré les examens virologiques supplémentaires observés dans ce bras. La variabilité des paramètres sera prise en compte par la définition d'un intervalle de confiance des ratios coût-efficacité. Au final, un modèle de Markov permettra d'exprimer un résultat final sous forme d'un coût par année de vie sauvée, sur la base des données de notre échantillon et de celles issues de la littérature.

Commanditaire

Abbott France.

Partenaires

JF Delfraissy, Hôpital de Kremlin-Bicêtre ; Isabelle-Cohen-Codar, Abbott France.



7. Évaluation 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.

Objectif(s)

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.

Commanditaire

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

Partenaire

Pierre-Marie Girard, Hôpital Saint-Antoine Paris.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

VI. MALADIES TRANSMISSIBLES - CO-INFECTION VIH-VHC

- 1> METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC (METHAVILLE).....43
- 2> Programme de recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus (PRI2DE) (PRI2DE)44
- 3> Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH) (HEPAVIH).....45
- 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 (ÉVAL VHC CDAG)46

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 : 2008-2011

Problématique

Aujourd'hui, les deux traitements de substitution disponibles sont la buprénorphine et la méthadone, cette dernière devant obligatoirement être initiée dans un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) du fait du risque important d'overdose lors des deux premières semaines de traitement. Malgré les succès obtenus sur la réduction de l'incidence du VIH, l'incidence du VHC reste élevée chez les usagers de drogues (UD) avec 9 nouveaux cas pour 100 personnes-années. Bien qu'ayant une indication de traitement par la méthadone, de nombreux UD ne peuvent pas être suivis en CSST soit par choix soit du fait de difficultés d'accès. Ils doivent donc se résoudre à prendre un traitement par la buprénorphine, que beaucoup s'injectent, ou à ne rien prendre du tout et continuer à recourir à l'injection. Ils contribuent de ce fait à la circulation du VHC. 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.

Objectif(s)

Les objectifs de ce projet sont :

- de comparer, en terme d'équivalence, la non consommation d'opiacés 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 Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST).
- de comparer après un an de traitement, chez des patients ayant initié un traitement par la méthadone soit en ville, soit en CSST :
 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.

Les inclusions sont terminées depuis le 02.01.11. Au total, 12 centres ont participé à Méthaville, représentant 9 départements, et 191 patients ont été inclus.

Commanditaire

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



2. Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus (PRI2DE)

Sigle : PRI2DE

Période : 2010-2011

Problématique

La réduction des risques infectieux et l'accès aux soins pour les usagers de drogues ou les patients atteints par le VIH ou les hépatites, constituent un enjeu sanitaire important en milieu pénitentiaire et globalement un enjeu de santé publique.

Différentes études montrent que si l'accès aux soins, en particulier aux traitements de substitution aux opiacés, s'améliore progressivement dans les prisons françaises, la réduction des risques infectieux est insuffisante et ne répond pas aux recommandations de l'OMS.

Objectif(s)

L'objectif de ce projet est de faire un état des lieux des risques infectieux (VHC mais aussi VIH et VHB, éventuellement IST) en prison et des dispositifs sensés y répondre, puis d'identifier dans le cadre d'un essai d'intervention les mesures de réduction des risques les plus pertinentes pouvant être proposées.

Méthodologie

Sa réalisation est basée sur deux étapes :

- un inventaire des mesures de réduction des risques disponibles en prison et de leur application : enquête téléphonique exhaustive auprès des structures de soin en milieu pénitentiaire (terminée – publication soumise à AIDS)
- un essai d'intervention portant sur la comparaison de l'impact d'un package de mesures de réduction des risques infectieux vs un dispositif classique, en se basant sur les résultats de l'étape précédente.

Commanditaires

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

Partenaires

Centre de traitement des addictions, Hôpital Emile Roux, Paris ; Dr Laurent Michel ; Institut de veille sanitaire (InVS) ; Marie Jauffret Roustide ; CCMO conseil.



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

Sigle : HEPA VIH

Période : 2005-2011

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.

Objectif(s)

Le projet HEPAVIH vise à regrouper des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) en une cohorte nationale afin de mieux caractériser 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. Les analyses en sciences sociales ont permis à ce jour la parution de cinq publications.

Commanditaire

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 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; 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.



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 : ÉVAL VHC CDAG

Période : 2002-2011

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.

Objectif(s)

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

Méthodologie et résultats

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

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

Entre 2004 et 2008, 47 000 consultants ont été testés. Sur cette période, la séroprévalence du VHC était de 2,1 % (intervalle de confiance à 95 % : 1,9-2,2). 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 37,1 % (intervalle de confiance à 95 % : 34,3-40,0). 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 30 chez les UDVI par rapport au reste des consultants.

Commanditaire

Groupeement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP 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.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

VII. MALADIES TRANSMISSIBLES - GRIPPE

- 1> Evaluation médico-économique des stratégies antivirales lors d'une pandémie de grippe : aide à la décision publique en France dans un contexte global (GRIPPE).....47
- 2> Attitude des médecins généralistes libéraux face à la pandémie de grippe A/H1N1 (PANEL MG - GRIPPE).....48

1. Evaluation médico-économique des stratégies antivirales lors d'une pandémie de grippe : aide à la décision publique en France dans un contexte global

Sigle : GRIPPE

Période : 2009-2011

Problématique

Devant le risque pandémique causé par la grippe aviaire H5N1 en 2004, chaque pays s'est engagé dans la préparation d'un plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale suivant la résolution 58.5 de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Les stratégies antivirales visent avant tout la réduction de la transmission interhumaine de la souche pandémique au niveau national. Le début d'une pandémie conduit à la recommandation de mesures d'hygiène (e.g., lavage des mains) et à la mise en place de mesures d'isolement social réduisant la probabilité de contacts avec les cas infectés (e.g., fermeture des écoles avec des enfants infectés). Le traitement par inhibiteurs des neuraminidases (INA) des cas infectés permet aussi la réduction de la transmission du virus à leurs proches. Le traitement par INA peut éventuellement être élargi aux proches en prophylaxie secondaire. Ces premières interventions retardent la diffusion de la pandémie en attendant la production d'un vaccin pandémique administré en masse dans la population non-infectée. Cependant cette préparation s'effectue dans un contexte de très forte incertitude. La survenue d'une pandémie comme sa sévérité sont imprévisibles. L'évaluation de l'efficacité et du rapport coût-utilité des stratégies antivirales repose sur des modèles mathématiques simulant une pandémie pour lesquels plusieurs paramètres clés n'ont pas de support empirique.

Objectif(s)

Répondre au problème majeur de santé publique posé par la préparation de la réponse à une pandémie de grippe au moyen d'une analyse de décision rationnelle mesurant l'efficacité et le coût des stratégies antivirales possibles en France dans un contexte global. Cette évaluation comparera dans une perspective sociétale l'ensemble des coûts et le gain en QALYs (Quality-Adjusted Life Years ou années de vie ajustées sur la qualité) des stratégies pharmacologiques (traitement par INA avec ou sans test diagnostique rapide, prophylaxie secondaire par INA, vaccination avec différents ordres de priorité vaccinale, à différents moments de la pandémie et selon différents schémas vaccinaux comportant deux injections versus une injection unique avec adjuvant) et des différentes mesures d'hygiène (lavage des mains, port du masque anti-projections) et d'isolement social réduisant la probabilité de contacts avec les cas infectés (fermeture des écoles, réduction des relations professionnelles, réduction des relations sociales entre adultes, réduction des relations sociales entre enfants). Chaque stratégie sera étudiée séparément ou en combinaison.

Méthodologie

Outre la collecte de données « classiques » sur les coûts et les résultats des différentes stratégies, plusieurs enquêtes spécifiques seront conduites en France :

- une enquête administrée par Internet dans un panel représentatif de la population française (3 vagues prévues) ainsi qu'en accès libre à partir du site de l'INPES ou en sollicitant les internautes cherchant sur la grippe ou le vaccin sur Google permettra d'évaluer et de suivre les attitudes et comportements de la population vis-à-vis de la vaccination pandémique A/H1N1 pendant l'automne et l'hiver 2009-2010 ;
- une enquête administrée par CATI dans un échantillon représentatif des médecins généralistes libéraux permettra d'étudier l'organisation du système de soins en réponse à la pandémie A/H1N1 (panel-5 régions été 2009 ; panel national printemps 2010) ;
- une enquête qualitative permettra de mesurer les répercussions psycho-sociales de la grippe A/H1N1 à distance de l'hospitalisation chez les patients suivis dans la cohorte FluCo.

L'analyse coût-utilité des stratégies de lutte contre la pandémie sera réalisée en utilisant toutes les informations disponibles après la première vague en collaboration avec le Pr Fabrice Carrat (Inserm U707) et les Pr Alan Garber et Pr Douglas Owens (Center for Health Policy de l'université de Stanford).

Commanditaires

Institut de Microbiologie et Maladies Infectieuses (IMMI) ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).



2. Attitude des médecins généralistes libéraux face à la pandémie de grippe A/H1N1

Sigle : PANEL MG - GRIPPE

Période : 2010

Problématique

En juillet 2009 les autorités sanitaires françaises ont décidé de mettre en œuvre une campagne de vaccination de masse contre la grippe pandémique A/H1N1, suivant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (WHO 2009). L'objectif était de garantir deux injections du vaccin pandémique A/H1N1 à 75 % de la population française. La vaccination a été proposée en priorité aux professionnels de santé (à partir du 20 octobre 2009), aux personnes vivant dans l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois et aux personnes âgées de 2 à 64 ans à risque de complications de la grippe A/H1N1 (à partir du 12 novembre 2009) et aux femmes enceintes et aux nourrissons de 6 mois à 2 ans (à partir du 20 novembre 2009). En juin 2010, la couverture était estimée à 7,95 %, soit 5,16 millions de personnes vaccinées parmi les 64,94 millions invitées à se faire vacciner.

Objectif(s)

Une étude a été conduite entre juin et décembre 2010 afin de documenter les attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville vis-à-vis de la vaccination en général, de la vaccination contre la grippe A/H1N1 en particulier ainsi que leurs opinions relatives à la campagne de vaccination pandémique.

Méthodologie

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un nouveau panel de médecins généralistes libéraux, suite au panel conduit de 2007 à 2009 dans cinq régions françaises. Ce nouveau panel, national et doté de trois extensions régionales, (Bourgogne, Pays de la Loire et Paca) sera interrogé pendant trois ans, selon une périodicité d'une enquête par semestre. La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire ADELI. Les médecins avec un exercice exclusivement salarié (médecins hospitaliers, en centre de santé), ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture...) ont été exclus. Les échantillons ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, le type de la commune d'exercice et le volume d'activité du médecin. Les taux de participation des médecins dans le panel ont varié entre l'échantillon national (33 %) et les échantillons régionaux (45,7 % à 49 %)

Les résultats préliminaires indiquent que 6 médecins généralistes sur 10 se sont fait vacciner contre la grippe pandémique A/H1N1 et que 71 % ont conseillé aux adultes jeunes appartenant à un groupe à risque de se faire vacciner contre la grippe pandémique A/H1N1.

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, Pays de la Loire.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

VIII. ACTIVITÉ DANS LES PAYS DU SUD - [OFFRE ET DEMANDE DE SOINS]

1> Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays africains et du Moyen-Orient : Problèmes de mesure et d'interprétation (INEGSANTÉ).....	49
2> Etudes de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc (ACCÈS MAROC).....	50
3> Les prises en charge croisées du VIH et de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal : processus historique et contraintes sociales (VIH/TUBERCULOSE).....	51
4> Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques - Une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil (MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES).....	52
5> Usages et pratiques de l'imagerie médicale en Afrique. Une étude de cas sur les modalités d'appropriation de la technologie IRM au Sénégal (SEN-IRM).....	53
6> Les recompositions de l'action publique en santé en Afrique : A partir de la lutte contre le Sida (Cameroun, Burkina-Faso, Botswana) (CORUS SANTÉ).....	54
7> Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives (GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE).....	55

1. 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
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, universellement constatées, en matière de morbidité et de mortalité prématurée au détriment des catégories socio-économiques les plus défavorisées. Dans les pays en développement (PED), suite à l'Initiative de Bamako (1987) qui avait conduit à introduire des contributions financières des usagers au point de consommation des soins (politique de recouvrement des coûts) dans des systèmes publics de santé jusque là essentiellement gratuits, le débat sur les inégalités de santé s'est plutôt concentré sur l'équité dans le financement des dépenses de santé et dans l'accès aux soins. 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/Université Aix-Marseille II UMR SE4S et GREQAM/IDEP), ont montré que les mesures agrégées d'équité verticale et horizontale (dérivées des indices de dispersion de type Gini et des courbes de Lorenz) qui ont constitué l'essentiel de la littérature appliquée 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.

Objectif(s)

Ce projet de recherche INEGSANTE s'inscrit dans le champ de la mesure et de l'explication des inégalités de santé dans le contexte des pays en développement (PED). Il s'interroge en conséquence sur le bien-fondé des mesures standard d'équité 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 toutes ces particularités. De ce fait, le présent projet de recherche accorde un intérêt particulier à la valeur ajoutée apportée par des approches plus élaborées des inégalités. Pour ce faire, il s'appuie sur des données empiriques issues principalement des enquêtes nationales destinée à établir des comptes nationaux de la santé dans les PED.

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 et fiscale (méthodes non linéaires de décomposition des distributions 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 réexaminant les relations entre inégalités de revenus et inégalités dans le financement et l'accès aux soins (par référence notamment aux approches proposées par Amartya Sen qu'on tentera d'opérationnaliser dans ce champ ainsi qu'en estimant dans la lignée de l'économie fiscale les effets ex post de reclassement dans la distribution des revenus induits par les modes de financement du système de 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 Liban et Afrique du Sud.

La contextualisation et l'interprétation des résultats économétriques sera facilitée par la participation de chercheurs de la région EMRO (Moyen Orient et Afrique du Nord) de l'OMS et des Universités de Birzeit, Cape Town et Tunis). De plus la valorisation des résultats, au-delà des publications scientifiques attendues, sera facilitée par le rôle d'experts auprès de différentes organisations internationales de plusieurs participants au projet (Banque Mondiale, BIT, Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, OMS, etc.).

Commanditaire

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



2. Études 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.

Objectif(s)

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.

Commanditaire

Observatoire National du Développement Humain (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.



3. Les prises en charge croisées du VIH et de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal : processus historique et contraintes sociales

Sigle : VIH/TUBERCULOSE
Période : 2007-2010

Problématique

L'urgence de penser conjointement les prises en charge du VIH et de la tuberculose est au cœur des discours de santé publique concernant l'Afrique : une forme de consensus international émerge pour coupler les prises en charges des deux maladies. Cependant, la structuration conjointe de la lutte contre ces deux pathologies ne va pas sans générer de possibles difficultés dès lors qu'elle doit puiser dans des histoires et des cultures organisationnelles différentes.

Objectif(s)

Ce projet se propose d'analyser les croisements des prises en charge de la tuberculose et du VIH tant du point de vue de leurs processus d'élaboration que dans leurs déclinaisons pratiques, sur les plans historiques, anthropologiques et économiques, au Cameroun et au Sénégal.

Trois opérations de recherche sont développées :

- Les processus de construction des luttes contre la tuberculose et le VIH et les conditions actuelles de mise en place de dispositifs de prévention et de traitement croisés ;
- La construction historique des professions les plus directement impliquées dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH (médecins, infirmiers et assistants sociaux) et les parcours et pratiques actuels ;
- Les reformulations du vécu des maladies, des mobilisations collectives des malades et des contraintes pesant sur les patients à la lumière des conditions concrètes d'accès aux traitements et de prises en charge croisées de la tuberculose et du VIH.

Cette étude éclairera d'une part, les mécanismes de décision des acteurs de la santé (au premier rang desquels les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH), d'autre par les pratiques des professionnels comme les choix et comportements des patients relatifs à un objectif jugé essentiel, mais guère effectif, des politiques de santé : croiser les prises en charge des deux maladies.

Méthodologie

Sont utilisés un ensemble d'outils de collecte de données (analyses d'archives et de documents, entretiens avec les acteurs de la santé, les professionnels et les patients, participation aux réunions des instances de la santé et aux séminaires de formation) pour des enquêtes menées aux niveaux central et périphérique du système de santé, dans 4 régions, auprès des acteurs de la santé, des soignants et des patients (contactés au sein de structures de santé dans le cadre d'une enquête économique, et par le biais des associations de personnes vivant avec le VIH, pour l'approche anthropologique).

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12155)

Partenaires

Départements d'Histoire et d'Anthropologie de l'Université Cheikh Anta Diop (Dakar) ; Département d'Histoire, CASSRT et Faculté de médecine de l'Université de Yaoundé ; Fondation Paul Ango Ela (Yaoundé).



4. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques – Une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil

Signe : MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Période : 2010-2012

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 oeuvre 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.

Objectif(s)

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 économique-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.

Commanditaire

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.



5. Usages et pratiques de l'imagerie médicale en Afrique. Une étude de cas sur les modalités d'appropriation de la technologie IRM au Sénégal

Sigle : SEN-IRM

Période : 2006-2011

Problématique

En janvier 2007, deux équipements d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) « haut champ » ont été installés dans des hôpitaux publics dakarois. Cet événement témoigne d'une diffusion en Afrique des technologies d'imagerie médicale les plus pointues en réponse à une demande émanant aussi bien des professionnels de santé que des populations. Ces différents acteurs ont en commun une croyance selon laquelle un surcroît de technique entraînerait automatiquement une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leurs coûts. Le questionnement de ce postulat est au cœur du projet que nous menons actuellement au Sénégal sur les modalités d'appropriation de la technologie IRM.

L'IRM constitue, pour plusieurs raisons, un objet d'étude privilégié pour étudier la « technologisation » des systèmes de santé dans les pays du Sud :

- Parce que, dans ce cas précis, nous avons l'occasion unique d'observer, directement et en longitudinal, l'ensemble du processus d'appropriation d'une innovation technologique, depuis l'appel d'offres jusqu'aux usages qui en sont faits par les différents acteurs ;
- Parce que l'appropriation d'une technologie aussi sophistiquée que l'IRM « haut champ » constitue un défi, aussi bien du point de vue technique que médical, pour les acteurs concernés (ingénieurs, techniciens, manipulateurs, radiologues, cliniciens) avec ce que cela implique en termes d'acquisition de compétences, de rigueur dans l'application des normes et procédures et de modifications des relations entre les diverses catégories de soignants ;
- Parce qu'il s'agit d'une technologie extrêmement coûteuse, non seulement à l'achat mais aussi dans la durée, avec pour conséquence un prix relativement élevé des examens et une accessibilité réduite dans le contexte d'une société où seule une minorité bénéficie d'une protection sociale ;
- Parce que cela nous permet de questionner les logiques (notamment politiques) qui sous-tendent le fonctionnement des systèmes de santé du Sud dans le cadre d'une répartition des tâches entre les Etats locaux qui investissent des sommes considérables dans le secteur curatif et les bailleurs de fonds internationaux qui se focalisent sur les problèmes de santé publique.

Objectif(s)

Les objectifs appliqués du projet sont : de contribuer localement à la mise en valeur optimale de ces équipements par l'identification des problèmes susceptibles d'entraver leur fonctionnement ; et de faire profiter les autres pays de la sous-région des leçons tirées de l'expérience sénégalaise.

Deux objectifs fondamentaux sont également visés : comprendre comment les images qui sont produites par cette nouvelle technologie font sens pour les différents acteurs concernés (techniciens, imageurs, prescripteurs, patients) ; et analyser comment l'appropriation de cette technologie va modifier les pratiques de ces derniers et les rapports qu'ils entretiennent entre eux.

Méthodologie

La dimension temporelle étant une variable essentielle du phénomène que nous étudions, nous avons opté pour un recueil d'informations en longitudinal, sur une période de cinq ans, au moyen d'enquêtes à passages répétés. Dans une perspective comparative, elles sont effectuées, en parallèle, sur les deux sites sur lesquels nous travaillons.

En pratique, nous étudions l'appropriation de cette technologie selon trois axes - technique, médical et social - en mettant en œuvre des techniques d'enquête qualitatives directement issues de la méthode ethnographique. En complément, il est procédé au recueil de documents écrits (articles de presse, documents techniques, rapports d'activité, données statistiques) ainsi qu'à la collecte d'images résultant d'examens IRM.

Commanditaire

L'hôpital Principal de Dakar (HPD) dans le cadre d'une convention de recherche HPD/IRD.

Partenaires

Hôpital Principal de Dakar (HPD) ; Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU).



6. Les recompositions de l'action publique en santé en Afrique : A partir de la lutte contre le sida (Cameroun, Burkina Faso, Botswana)

Sigle : CORUS SANTE
Période : 2007-2011

Problématique

Le Cameroun, le Burkina Faso et le Botswana ont connu, depuis les années 1980, une très forte reconfiguration de leurs réponses respectives à la pandémie du sida.

Dans ces systèmes de santé « en mutation » dont ces trois pays nous servent de points de départ, la santé publique et les actions qui conditionnent son déploiement permettent d'appréhender : la configuration des acteurs qui déterminent les rapports de force, de normes et les référentiels, entre institutions internationales, Etats africains et « société dite civile » ; la force et les limites de la verticalité de certains programmes, le lien entre les situations politico-économiques de ces pays et la capacité à absorber des dynamiques exogènes.

Objectif(s)

Le projet se propose d'analyser les recompositions contemporaines de l'action publique dans le champ de la santé, à partir du sida en Afrique. Il envisage trois cas différents, trois dynamiques épidémiologiques, sociologiques et politiques différentes représentées par trois sites géographiques susceptibles de nourrir une approche comparée : le Cameroun en Afrique centrale, le Burkina Faso en Afrique de l'Ouest et le Botswana en Afrique australe.

La recherche s'articule autour de deux axes : la reconstitution locale des programmes verticaux de santé, conçus au niveau international ; les dynamiques des acteurs de la santé – professionnels et usagers – et leurs effets dans un contexte où l'Etat « fragile » (Burkina, Cameroun) ou plus institutionnalisé (Botswana) devient un co-acteur des politiques publiques. Ces dernières sont, de fait, érigées en « action publique » en raison de l'implication forte de la coopération internationale qui réduit ou aide les Etats africains à jouer le rôle de co-acteurs parmi d'autres des programmes en œuvre.

Méthodologie

Récolte de données thématiques dans les trois axes retenus et dans chaque pays, dans la mesure du possible. Entretiens approfondis avec des représentants des institutions, associations et réseaux concernés dans la mise en œuvre des axes retenus :

- Axe 1 : Les relations internationales et l'action publique contre le sida en Afrique
- Axe 2 : Configurations d'acteurs et mobilisations collectives dans le champ de la santé
- Axe 3 : Classements, déclassements et reclassements des autres pathologies (TB, malaria).

Commanditaires

Ministère des Affaires Etrangères ; Secrétariat Exécutif IRD.

Partenaires

Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE), Yaoundé, Cameroun ; Groupe de Recherches sur les Initiatives Locales (GRIL), Université de Ouagadougou, Burkina Faso ; Center for the Study of HIV/AIDS, University of Botswana, Gaborone, Botswana ; CURRAPP Amiens (UMR 6054 CNRS Université Jules Verne) ; EHESS, IRIS, Paris.



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

Signe : 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.

Objectif(s)

L'hypothèse principale est que les échecs comme les réussites dans la mise en œuvre 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 œuvre 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.

Commanditaire

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

Partenaires

France : CERAPS Lille2 / 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 ; OMS, Ouagadougou / Cameroun : Fondation Paul Ango Ela ; ISPM (Institut Supérieur de Management Public, Yaoundé).



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

IX. ACTIVITÉ DANS LES PAYS DU SUD - [MALADIES TRANSMISSIBLES - INFECTION À VIH]

- 1>** Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique :
Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux
dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé -
Cameroun (STRATALL-EROUN).....57
- 2>** Evaluation du programme camerounais d'accès aux ARV et prise
en charge de la coinfection VIH/TB (ÉVAL VIH/TB).....58
- 3>** Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement
antirétroviral de 2^{ème} Ligne en Afrique : projet associé à l'essai
clinique Anrs-12169-2lady (ANRS 12231) - Cameroun,
Burkina Faso, Sénégal (2LADY).....59
- 4>** Construction d'un modèle économique de long terme pour
évaluer les politiques de réponses au VIH-SIDA (Building a
Long Term Economic Model of the Response to the HIV
Epidemic) (UNAIDS ECONOMIC MODEL).....60
- 5>** 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 TME (PTME BURKINA).....61
- 6>** Entre villes et villages : femmes infectées par le VIH/SIDA,
accès aux soins et relations de genre (Burkina Faso)
(FEMMES VILLES & VILLAGES).....62
- 7>** Etude socio anthropologique du suivi des nourrissons
infectés par le VIH-1, sous traitement antirétroviral
précoce au Cameroun (NOURRISSONS).....63
- 8>** Enfants et parents vivant avec le VIH/Sida au Maroc
(SIDA PÉDIATRIQUE MAROC 2010).....64

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

Sigle : STRATALL- CAMEROUN

Période : 2006-2011

Problématique

Le Cameroun est l'un des pays africains les plus avancés dans le domaine de l'accès aux ARV. En particulier, la politique de décentralisation au Cameroun intègre les nouvelles recommandations de l'OMS pour le passage à l'échelle de l'accès aux ARV. Celles-ci sont notamment basées sur une simplification du suivi biologique, et sur la délégation des tâches des médecins vers les infirmiers afin de faire face au déficit en ressources humaines qualifiées de ces pays. Bien que largement appliquées, y compris dans d'autres pays d'Afrique, les recommandations de l'OMS n'ont pas fait l'objet d'évaluation scientifique.

Objectif(s)

Le volet socio-économique de ce projet a pour objectif principal d'effectuer une analyse coût-efficacité de deux stratégies de prise en charge, la première dite « classique » correspondant à la stratégie de référence dans les pays du Nord, et la seconde, dite « allégée », correspondant aux algorithmes de prise en charge préconisés par l'OMS. Cette analyse permettra de juger si la méthode allégée recommandée par l'OMS est aussi efficace que dans le cadre d'un suivi traditionnel et si elle peut être étendue aux hôpitaux des districts. Les objectifs secondaires de ce volet sont l'analyse et la comparaison entre les deux stratégies de l'observance, de la qualité de vie et des comportements sexuels à risque.

Méthodologie

La méthodologie repose sur le suivi d'une population de 447 patients entre 2006 et 2010 dans neuf hôpitaux de district de la province du Centre du Cameroun. Les patients inclus sont pris en charge, pour la moitié d'entre eux, selon la stratégie classique et, pour l'autre, selon la stratégie allégée. Les données ont été collectées à partir de questionnaires administrés en face-à-face à intervalle régulier à partir du jour de l'inclusion puis tout au long du suivi clinique pendant 24 mois.

Trois grands types de données ont été collectés pour chaque patient :

- données démographiques et socio-économiques ;
- qualité de vie ;
- observance et recours aux soins.

Résultats

Les analyses préliminaires sur l'ensemble du suivi ont commencé dans le courant de l'année 2010. Les résultats de l'analyse coût-efficacité ne sont pas encore disponibles mais devraient être publiés dans le courant de l'année 2011. Les analyses préliminaires sur les critères secondaires du volet socio-économique ne montrent aucune différence significative entre les deux bras (« classique » versus « allégée » en termes de qualité de vie, d'effets secondaires perçus et d'observance.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12110).

Partenaires

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



2. Évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV et prise en charge de la coinfection VIH/TB

Sigle : EVAL VIH/TB
Période : 2010-2011

Problématique

Depuis 2001, le Cameroun s'est engagé dans un vaste programme visant à faciliter l'accès aux ARV, à travers la mise en œuvre d'une politique de décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVV) et une diminution progressive des prix des ARV. Ceci a eu pour conséquence une augmentation considérable du nombre de PVV pris en charge par ARV.

Dès 2005, à la demande du Ministère de la santé camerounais, des équipes de recherches franco-camerounaises se sont mobilisées pour mener une évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV. Cette 1ère évaluation a mis en évidence des résultats encourageants pour les PVV au Cameroun, mais également des difficultés persistantes auxquelles le pays doit faire face (pénurie en ressources humaines, ruptures en intrants, gestion des échecs thérapeutiques, accès aux traitements de seconde ligne...) dans un contexte de montée en puissance du nombre de patients pris en charge.

Objectif(s)

Face à ce constat, la question se pose, en 2009, de la reconduction d'une évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV afin de pouvoir déterminer la capacité du Cameroun à assurer ces premiers succès dans la durée, gérer les défis auxquels il doit faire face et constituer un plaidoyer pour des initiatives similaires dans d'autres pays à ressources limitées.

Cette reconduction de l'évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV sera susceptible d'apporter des réponses objectives, scientifiquement fondées, aux défis posés par l'élargissement de l'accès aux ARV au Cameroun et dans les pays à ressources limitées.

Elle permettra entre autres de :

- déterminer la capacité des services à absorber l'augmentation de la demande et identifier les stratégies possibles pour faire face aux nouveaux besoins ;
- mesurer l'évolution dans le temps de l'impact du programme camerounais d'accès aux ARV sur les conditions de vie des PVV, la qualité de la prise en charge et le maintien des patients dans le processus de soins ;
- évaluer le degré d'intégration des programmes de prise en charge du VIH et de la TB entre eux et la qualité de la prise en charge des patients co-infectés VIH/TB.

Méthodologie

Afin de pouvoir assurer une comparabilité dans le temps des résultats, cette 2ème évaluation sera basée, dans la mesure du possible, sur une méthode identique à la 1ère reposant sur des enquêtes qualitatives et quantitatives. Certains choix méthodologiques seront toutefois reconsidérés et les outils de recueil retravaillés à partir du retour d'expérience de la 1ère évaluation.

Commanditaire

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



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

Objectif(s)

L'étude a pour objectif d'identifier les stratégies de 2nde ligne les plus coût-efficaces dans le contexte de pays à faibles ressources (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal). Il s'agira de comparer les ratios coût-efficacité de trois combinaisons thérapeutiques de 2nde ligne chez des patients en échec de 1ère ligne dans ces pays :

- l'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir (stratégie de référence) ;
- l'association abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir ;
- 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 proposée s'appuiera sur une analyse coût-efficacité réalisée à partir des données de l'essai clinique et de données collectées en face à face auprès des patients, complétée par un modèle probabiliste afin d'estimer les effets et les coûts à long terme des stratégies thérapeutiques comparées. La perspective adoptée 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 au changement des valeurs des paramètres clés de l'analyse. Fin 2010, 130 patients sur 450 étaient inclus et les premiers patients atteignaient leur première année de suivi complète.

Commanditaire

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

Partenaires

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



4. Construction d'un modèle économique de long terme pour évaluer les politiques de réponses au VIH-SIDA (Building a Long Term Economic Model of the Response to the HIV Epidemic)

Sigle : UNAIDS Economic model

Période : 2009-2010 (en 2011, période de valorisation-publication scientifique)

Problématique

Les politiques d'accès aux traitements de sida sont coûteuses ; elles sont parfois non-soutenables pour des pays à faible niveau de revenu, risquant de désorganiser les finances publiques de ces pays ou les capacités de paiement des ménages privés (notion de dépenses catastrophique de l'OMS). Les ressources sont en tout cas limitées et leur allocation doit être optimisée. Un débat porte notamment sur les dépenses de santé à prioriser : celles touchant aux programmes transversaux (soutien au système de santé) ou bien celles privilégiant des programmes verticaux, basée sur une pathologie VIH. Un élément important du débat est que les personnes soignées contribuent (plus) à la production nationale et peuvent « autofinancer » dans certains cas les investissements réalisés en soins de santé.

Objectif(s)

Des outils d'évaluation de l'impact des politiques publiques de santé étaient à développer. Un axe important de la recherche consiste à intégrer une dimension « productive » dans l'évaluation des programmes de santé, en tenant compte du retour à l'emploi des personnes traitées dans le cadre des différents programmes. De ce point de vue, une analyse fine du retour à l'emploi des patients VIH+ traités par antirétroviraux est nécessaire au niveau individuel sur le long terme (tout au long du cycle de vie professionnel). Le niveau macroéconomique et la « soutenabilité financière » des programmes peuvent ensuite être déduits par agrégation.

Méthodes

Développer un modèle de micro-simulation de l'évolution de l'état de santé des patients traités par ARV dans le Sud (Afrique Subsaharienne), ceci pour estimer leur retour à l'emploi et déboucher sur une prévision macroéconomique du PIB –à partir des bases de données « Demographic and Health Survey » (DHS), réalisées par l'OMS / l'ONUSIDA et la Banque Mondiale.

Plusieurs scénarios sont testés : large politique d'accès aux antirétroviraux, stratégie de prévention, soutien au système de santé en général.

Commanditaire

UNAIDS.



5. 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 TME

Sigle : PTME BURKINA
Période : 2010-2012

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).

Objectif(s)

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.

Commanditaire

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.



6. Entre villes et villages : femmes infectées par le VIH/SIDA, accès aux soins et relations de genre (Burkina Faso)

Sigle : FEMMES VILLES & VILLAGES

Période : 2009-2011

Problématique

Les premiers résultats de la recherche ANRS 12123 «Femmes malades du sida, relations de genre et structures de santé (Ouagadougou et Ouahigouya)» justifie l'élaboration de cette recherche qui a pour objectif principal l'analyse conjointe de l'organisation du système médical de prise en charge des PvVIH et les conditions sociales et économiques des personnes infectées et notamment des femmes. Au Burkina Faso, 80 000 femmes en âge de procréer (15-49) sont estimées porteuses du VIH sur 150 000 cas d'infections (soit au total 2% d'une population de 13,3 millions d'habitants). La potentialité d'une offre de soins disponible a d'une certaine façon accrue la demande. Cela pose du même coup la nécessité d'une analyse sur l'organisation du système de soins comme sur les difficultés inhérentes à la mise en place d'un programme national de prévention des risques de transmission de la mère à l'enfant.

Comment pérenniser l'offre de soins alors même que la demande de soins croît au-delà des prévisions des plans d'action quinquennaux élaborés par le Comité national de lutte contre le sida et les IST (CNLS/IST), ceci tout en permettant aux structures de soins non spécialisées d'intégrer le « paquet de prestations » nécessaire à la prise en charge du VIH. Ainsi se trouve posée la question du passage à l'échelle : quelles sont les capacités du système de soins à décentraliser l'offre de soins au niveau géographique (accès aux ARV dans les petites villes, prise en charge des personnes infectées en zones rurales) mais aussi au sein même du système de santé. La considération comparée de l'accès aux traitements en milieu rural et en milieu urbain va permettre de réfléchir sur l'organisation des systèmes de soins dans des contextes multiples comme sur les conditions sociales (représentations, pratiques, contextes relationnels, réseaux de solidarité, zones d'habitation...) qui influencent l'accès aux soins.

Objectif(s)

Dans le contexte de la décentralisation de l'offre de soins au niveau géographique mais aussi au sein même du système de santé, l'objectif de cette étude est de considérer de manière comparée l'accès aux traitements en milieu rural et en milieu urbain et d'analyser l'organisation des systèmes de soins dans des situations multiples comme sur les conditions sociales (représentations, pratiques, contextes relationnels, réseaux de solidarité...) qui influencent l'accès aux soins.

Méthodologie

Une recherche de type anthropologique (enquête qualitative, comparatisme systématique) est susceptible de rendre compte de la diversité des situations observables à l'échelle locale ainsi que d'analyser les processus qui conduisent à cette diversité. La recherche sera fondée sur :

- des entretiens individuels semi-directifs auprès des femmes par le biais du PTME & associations ; des personnels soignants ; des leaders d'associations et autres membres d'associations ; des responsables des programmes d'aide et d'ONG (PAMAC, SPCNLS, Fonds Mondial...) ;
- des observations dans les structures de soins, les associations,...

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12181).

Partenaires

UMR 145 (Philippe Mselatti) ; Groupe de recherche sur les initiatives locales (GRIL) – Université de Ouagadougou.



7. Étude socio anthropologique du suivi des nourrissons infectés par le VIH-1, sous traitement antirétroviral précoce au Cameroun

Sigle : NOURRISSONS

Période : 2007-2011

Problématique

Trop souvent considéré comme un « petit sujet », l'enfant infecté par le VIH/sida est aujourd'hui au centre des préoccupations internationales. En l'absence de prise en charge pédiatrique, la moitié des enfants infectés par le VIH décèdent avant l'âge de deux ans. La question de la prise en charge des enfants atteints par le VIH/sida constitue un des enjeux majeurs de la lutte contre cette pandémie depuis le début de la décennie 2000.

Objectif(s)

L'objectif principal de l'étude est de décrire et d'analyser les déterminants anthropologiques de l'observance chez le nourrisson infecté par le VIH-1 et sous traitement antirétroviral dans leurs contextes sociaux et culturels. Il s'agit de travailler, à partir de nourrissons infectés par le VIH, suivis depuis la naissance, dépistés à l'âge de 6 semaines, dont le statut est confirmé par un 2^e prélèvement après 4 semaines et traités précocement. Ces nourrissons seront inclus au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya (FCB) et le Centre d'Animation Sociale et Sanitaire (CASS) à Yaoundé et à l'Hôpital Laquintinie à Douala. Cette étude s'insère dans le projet intitulé : « Impact des multithérapies antirétrovirales et du Programme Elargi de Vaccination (PEV), sur l'évolution et la prise en charge des nourrissons infectés par le VIH-1 au Cameroun (PediaCam) ANRS 12140. » Le projet PediaCam propose une étude interventionnelle des nourrissons infectés par le VIH-1 afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité des multithérapies antirétrovirales précoces (dès le diagnostic de l'infection VIH) et la réponse de ces nourrissons aux vaccins utilisés dans le PEV. La prise en charge thérapeutique précoce des nourrissons interroge les facteurs sociaux et culturels du suivi familial et thérapeutique qu'il conviendra d'analyser dans le but d'optimiser la prise en charge. Il s'agira de comprendre l'environnement social du nourrisson infecté en décrivant les interactions entre les différents acteurs de soins (famille, entourage, soignants). Ce projet se poursuivra en même temps que « PediaCam 2 » qui nous conduira à travailler sur les mêmes familles en poursuivant la recherche jusqu'à ce que les enfants en question atteignent l'âge de 5 ans.

Méthodologie

Récolte de données quantitatives auprès des sites et institutions concernés à Yaoundé (Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital d'Essos) et Douala (Hôpital Laquintinie).

Entretiens approfondis avec les parents, les accompagnants et les familles des enfants diagnostiqués à 6 semaines par la PCR en temps réel. Groupe 1 : enfants infectés ; Groupe 2 enfants non-infectés. Groupe 3 enfants infectés dont les mères n'ont pas été soumises à la PTME.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12177).

Partenaires

Institut de Recherches Socio-Anthropologiques (IRSA) ; Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun.



8. Enfants et parents vivant avec le VIH/Sida au Maroc

Sigle : SIDA PEDIATRIQUE MAROC 2010

Période : 2010-2011

Problématique

Au niveau mondial, les objectifs de réduction de la transmission de la mère à l'enfant sont loin d'avoir été atteints, et si le nombre d'enfants ayant eu accès à un traitement antirétroviral a augmenté, ils ont une probabilité moindre que les adultes de bénéficier des ARV (ONUSIDA, 2008).

Au Maroc, l'épidémie reste peu active en population générale (< 0,5 %) ; mais l'infection progresse parmi les populations les plus exposées (TS, UDI, populations précaires...). Environ 160 enfants vivant avec le VIH ont été identifiés depuis le début de l'épidémie. Ce chiffre ne reflète pas la totalité des cas d'infections pédiatriques. Si l'on extrapole les données de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, 504 nouveaux nés seraient exposés au risque de transmission verticale chaque année, soit une estimation de 216 enfants infectés. Les nourrissons ont souvent été identifiés infectés par le VIH avant leurs mères du fait qu'ils étaient symptomatiques (Programme PTME Maroc 2008).

Le plan stratégique national du Maroc prévoit le renforcement de l'organisation de la prise en charge pédiatrique et la mise en œuvre progressive d'un programme de PTME. Le Maroc dispose de toutes les composantes médicales, institutionnelles, associatives, pour réaliser la prise en charge des enfants infectés et un accompagnement des enfants affectés, mais leurs performances sont parfois encore insuffisantes. De plus, la lutte contre le sida doit aussi se développer dans un environnement global où des valeurs conservatrices, parfois adossées à des préceptes de l'Islam, peuvent favoriser des situations de stigmatisation pour des parents et des enfants à la vulnérabilité accrue par l'infection par le VIH.

Objectif(s)

- Documenter les situations des enfants affectés, ainsi que la nature des réponses institutionnelles pour faire face aux besoins des enfants infectés ou affectés.
- Constituer une base de données nationale complète et actualisable des enfants infectés au Maroc
- Appuyer l'association de prise en charge des enfants affectés et infectés (partenaire du projet).
- Identifier les contraintes sociales et économiques d'une prise en charge adéquate des enfants infectés.

Méthodologie

La recherche associe cliniciens, médecins de santé publique, chercheurs en sciences sociales, et représentants d'associations. Elle utilisera des méthodologies quantitatives et qualitatives. Elle s'attachera à une documentation exhaustive des conditions et situations de prise en charge médicale et du contexte social des enfants infectés par le VIH au Maroc.

Commanditaire

Sidaction - Ensemble Contre le Sida (projet et bourse post-doctorale associée).

Partenaires

Service de pédiatrie - CHU de Rabat & Association Soleil ; Service des maladies infectieuses - CHU Casablanca ; Institut national d'administration sanitaires - Rabat.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

X. ACTIVITÉ DANS LES PAYS DU SUD - [MALADIES TRANSMISSIBLES - DENGUE, PESTE]

- 1>** L'émergence de la dengue dans des environnements en mutation (EPIDENGUE).....65
- 2>** La diffusion de la peste à Madagascar : importance des déplacements des hommes et et des rats de l'échelle de l'habitat à celle du paysage ; détermination des facteurs de risque (DIFUSPESTE).....67

1. L'émergence de la dengue dans des environnements en mutation

Sigle : EPIDENGUE
Période : 2006 - 2010

Problématique

Parmi les arboviroses les plus redoutées du fait de leur potentiel de propagation à l'échelle mondiale, la dengue, intimement liée à l'environnement, est actuellement la plus répandue, avec une incidence qui avoisine les 80 millions de cas annuels, occasionnant près de 30 000 décès et 500 000 cas de syndromes hémorragiques. En Amérique du Sud comme en Afrique, les épidémies de dengue sont d'autant plus redoutées que l'augmentation rapide de la taille des villes, souvent mal contrôlée, et l'urbanisation croissante des campagnes favorisent le développement et l'extension d'*Ae. aegypti*. L'explosion démographique que connaissent la plupart des pays en voie de développement est souvent associée à un accroissement anarchique de l'environnement urbain où les défaillances dans la gestion de l'eau (adduction, évacuation) et des déchets (voirie) favorisent le développement d'*Ae. aegypti*. Les conditions de vies et les comportements modifient également la nature et l'intensité du contact homme-vecteur, avec pour conséquence de profonds changements dans la transmission de la maladie. La dengue pose donc un problème de santé publique majeur et global, nécessitant l'analyse transdisciplinaire de situations urbaines en mutation.

Objectif(s)

L'objectif de ce programme vise à comprendre les processus générateurs de la variabilité de l'expression de la dengue dans 3 pays, la Bolivie, le Cameroun et la Thaïlande. Cette maladie étant quasi exclusivement urbaine, les travaux se sont attachés à l'étude de contextes urbains caractérisés par une histoire et un risque élevé vis à vis de la dengue. En ce qui concerne plus spécifiquement la Bolivie, les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Etablir, par une analyse multiscalaire et multichronique des dynamiques urbaines, une typologie rendant compte de leur hétérogénéité dans le contexte épidémiologique de la Bolivie ;
- Caractériser les paysages urbains et leurs déterminants par rapport aux facteurs de risque spécifiques à la dengue ;
- Caractériser dans le temps et dans l'espace la mobilité des populations humaines par l'étude des réseaux de communication et l'importance des flux, ainsi que par l'étude des relations villes/campagnes et des mobilités internes à l'espace urbain.

Méthodes

L'analyse de l'évolution des dynamiques urbaines a été abordée à l'échelle temporelle du siècle et considérée d'une part du temps ancien au temps récent (1900-1980), sur la base d'analyses de la littérature, des documents cartographiques et des prises de vues aériennes disponibles, d'autre part, du temps récent au temps présent, sur la base d'analyses d'images satellitaires (Spot 4 et 5 ; Landsat). Ces sources ont été complétées par l'obtention des plans cadastraux et d'urbanisme. Dans tous les cas, l'analyse multichronique a pris en compte les dynamiques de population (recensements) et les processus générant des sous-espaces urbains à morphologie différenciée (types d'habitat, densité du bâti, voirie, végétation, ...), les politiques d'aménagement, l'organisation des réseaux de transport et leurs répercussions sur les modes d'occupation de l'espace. Une base de données couvrantes a permis la réalisation d'une cartographie de la ville mettant en évidence la vulnérabilité à la dengue de sous espaces homogènes et ce à différentes échelles grâce à une approche essentiellement statistique selon des méthodes d'analyse exploratoire et multivariées. A partir de facteurs de risques mis en évidence conjointement par les épidémiologistes et les géographes du programme, une hiérarchie d'espaces exposés à l'échelle des manzanos (plus ou moins l'équivalent des îlots) et des UV (Unidades vecinales, plus ou moins l'équivalent des IRIS en France) a été réalisée. A partir de ces résultats une cartographie de la vulnérabilité à la dengue dans la ville de Santa Cruz de la Sierra a été construite. Les processus soutenant les dynamiques de construction des territoires selon leur exposition au risque sont abordés à travers les politiques publiques, les jeux des acteurs et les pratiques gestionnaires des habitants. Ces processus sont abordés par le biais d'enquêtes domiciliaires, d'entretiens avec les responsables des services de gestion de l'espace urbain, des organismes publics et des aménageurs. Les registres statistiques ainsi que les rapports sont également exploités dans ce but.

Perspectives (ou état d'avancement)

La réalisation de ce travail en est désormais au stade de la validation puisque la réalisation des cartes multi-échelles du risque à partir de données extraites des structures de soins existantes est confrontée à la réalité de la distribution de la maladie abordée à partir des enquêtes domiciliaires effectuées par les médecins et biologistes du programme. Ces données sont disponibles et nous sommes en train d'effectuer la validation (ou l'invalidation) des modèles spatiaux proposés, par une confrontation statis-



tique en aveugle des résultats géographiques et biologiques. Dans un contexte d'émergence mondiale de la dengue, fournir une grille de lecture des espaces à risques validée par des travaux fins de terrain et applicable à l'échelle des données disponibles dans les archives existantes, donc développer une méthode opérationnelle de prévention du risque à bas coûts et rapide à mettre en œuvre, constitue un enjeu important en santé publique. La modélisation des processus générateurs de différenciation face au risque de dengue est en cours.

Commanditaire

ANR.

Partenaires

UMSA LA PAZ ; CENETROP Santa Cruz ; UR 016 IRD ; Service de santé des armées.



2. La diffusion de la peste à Madagascar : importance des déplacements des hommes et des rats de l'échelle de l'habitat à celle du paysage ; détermination des facteurs de risque

Sigle : DIFUSPESTE
Période : 2006 - 2010

Problématique

Le nombre de cas humain de peste est en augmentation depuis les années quatre-vingt à Madagascar comme globalement dans le monde et en particulier en Afrique de l'Est. Du fait de la ré-émergence de la maladie, de l'apparition de souches résistantes aux antibiotiques à Madagascar et de ses « applications » possibles dans le cadre du bioterrorisme la peste représente actuellement un enjeu de recherche international, ce dont témoigne le nombre de revues et de travaux récents sur le sujet ainsi que la tenue à Madagascar d'une réunion internationale sur le sujet, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Mieux comprendre les causes de la persistance de la maladie à Madagascar et de ses modes de diffusion en milieu rural contribuera à mieux cibler la lutte contre la peste.

Ce programme pluridisciplinaire est destiné à comprendre la variabilité de la peste sur les hautes terres de Madagascar par la caractérisation des processus qui construisent les environnements à risque.

Objectif(s)

L'objectif finalisé est d'établir une cartographie des habitats et des zones à risque de peste par une approche interdisciplinaire.

Le rat noir (*Rattus rattus*), sensible à la peste, est le seul rongeur présent dans les foyers de peste dont il est ainsi à la fois la principale victime et le réservoir. Devant cette situation paradoxale, plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer la persistance de la peste depuis plus d'un siècle, générant les objectifs suivants :

- comprendre la diffusion spatiale de la peste au sein des populations humaines et de rongeurs, et par ce biais comprendre comment la maladie se pérennise sur les hautes terres malgaches.
- analyser la distribution des populations de rongeurs et estimer les possibilités de circulation de la bactérie à partir de la fragmentation des populations murines (CBGP).
- analyser la fragmentation des espaces habités par l'homme et analyser la mobilité des populations humaines pour évaluer leur rôle dans la circulation de la bactérie.
- analyser et comprendre la construction des territoires favorables à la circulation de la peste par l'utilisation de l'espace par les sociétés.
- Comprendre les processus territoriaux générateurs d'espaces à risques pesteux.
- i) Des résultats préliminaires suggèrent l'évolution d'une résistance à la peste chez *R. rattus* (ceci fait l'objet d'un autre projet) ; ii) Un fonctionnement en métapopulation, avec des populations relativement isolées les unes des autres, par l'hétérogénéité des habitats et des paysages. C'est cette deuxième hypothèse que nous souhaitons tester ici.

Méthodologie

L'originalité de ce projet repose sur l'utilisation combinée des concepts de l'écologie du paysage et des métapopulations, sur l'analyse de l'hétérogénéité spatiale (SIG) des paysages, sur l'étude des mobilités humaines et des pratiques de l'espace, sur la caractérisation sociale et économique des communautés villageoises et sur l'étude de la dispersion des populations de rongeurs réservoirs. Il est construit principalement sur une collaboration forte et ancienne entre l'Institut Pasteur de Madagascar et l'IRD (programme Santé et Environnement à Madagascar : mammalogistes et géographes).

Les méthodes privilégiées sont les enquêtes domiciliaires sur la base d'échantillon de villages raisonnés et d'enquêtes exhaustives auprès des ménages. Les outils sont les questionnaires et les guides d'entretien, la construction de cartes mentales, la construction de cartes des paysages péri-domiciliaires.

A l'échelle régionale, les analyses s'appuient sur les images satellitaires et les modèles numériques de terrain. Les outils sont essentiellement les logiciels statistiques, ainsi que les systèmes d'information géographique (SIG).

La comparaison entre données collectives du paysage ; pratique de l'espace par les populations humaines, typologie des communautés villageoises et des familles, statut sérologique, distribution des réservoirs et fragmentation des populations de rongeurs ; s'appuie sur des méthodes statistiques multi-variées et des méthodes d'analyses multi-échelles.

Perspectives (ou état d'avancement)

Le travail effectué dans le cadre de ce programme a consisté à partir des facteurs de risque mis en évidence dans un programme précédent (programme RAMSE, IRD-IPM, Université Tananarive) à



identifier des espaces à risques contrastés à de petites échelles en bénéficiant d'informations à grande échelle grâce à l'utilisation de l'imagerie satellitaire à haute résolution. En effet, de nombreux facteurs de risques tels que la végétation de l'espace péri-domiciliaire, la nature de l'habitat, les réseaux de chemins, éminemment importants dans la géoépidémiologie de la peste ne pouvaient être perçus dans les images satellitaires disponibles à l'époque. Cette contrainte désormais levée nous permet de construire une cartographie des espaces à risque en combinant travaux de terrain et analyse d'images à haute résolution, étape qui est en cours d'achèvement. A l'échelle régionale, la topographie paraît jouer un rôle important dans la diffusion de la maladie dans les populations humaines. Les facteurs de risque sont ici liés aux mobilités des populations humaines, et notre but est de vérifier la validité des observations réalisées dans la région du Moyen-Ouest sur d'autres sites. Mais la peste est avant tout une maladie de rongeurs et la topographie a un impact sur la structuration de leurs populations et sur les mouvements des individus entre populations : les populations de rongeurs seraient plus isolées dans les zones de relief important, entraînant une plus grande variabilité des séroprévalences.

Commanditaire

ANR.

Partenaires

IPM ; Université d'Antananarivo ; CBGP.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

XI. PARTENARIAT SCIENTIFIQUE

- Partenariat avec des équipes de recherche régionales en sciences humaines, économiques et sociales.....69
- Partenariat avec des équipes de recherche et réseaux professionnels.....70
- Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique74
- Contribution à des structures nationales et régionales, professionnelles et scientifiques.....75



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

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

Ces collaborations s'appuient sur un partenariat privilégié avec l'Unité Mixte de Recherche INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (UMR912) "Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés" (SE4S), dirigée par le Pr Jean-Paul Moatti, et l'Institut Fédératif de Recherche "Sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille" (SHESS-AM, IFR 134).

Dans le cadre de son partenariat avec l'UMR912 (SE4S), l'ORS PACA accueille dans ses locaux au 23 rue Stanislas Torrents (Marseille 6ème) deux équipes de l'UMR912 :

- l'équipe MATSS "Maladies Transmissibles, Systèmes de Santé", associant des chercheurs INSERM et IRD à des enseignants-chercheurs, décline quatre axes de recherches : Mesure de l'impact socio-comportemental et économique des multithérapies du VIH au Nord ; Evaluation des stratégies d'accès aux traitements du VIH/SIDA pour les pays en développement ; Etude des morbidités associées au VIH au Nord et au Sud (tuberculose, VHC, ...) ; Analyse de l'efficacité et de l'équité des systèmes de santé et de la qualité des soins dans les pays en développement.
- l'équipe DEVI-crs "Economie de la santé et vieillissement", associant des économistes et des épidémiologistes, se structure autour de trois projets principaux : Recherches sur la demande de "soins de long terme" en Europe, avec, par exemple, la mise au point d'un modèle de micro-simulation intégrant des scénarios épidémiologiques de la dépendance des sujets âgés ; Mise en place d'outils longitudinaux d'observation des pratiques des médecins généralistes, permettant d'évaluer la qualité de ces pratiques pour les enjeux économiques et de santé publique ; Economie des systèmes de santé dans les pays du Sud, actuellement confrontés à de nouveaux défis liés au développement des maladies chroniques.

L'ORS accueille également, depuis le 1er janvier 2008, l'équipe "Acteurs et systèmes de santé en Afrique" de l'Institut de Recherche pour le Développement (une convention d'accueil a été signée entre l'ORS et l'IRD).

Par ailleurs, depuis fin 2007 et dans le cadre du Cancéropôle PACA, une équipe de huit personnes de l'ORS s'est rapprochée de l'équipe CAN-BIOS "Cancers, Biomédecine & Société" de l'UMR912 qui travaille en collaboration avec des cliniciens et biologistes. L'équipe est désormais accueillie à l'Institut Paoli Calmettes (une convention d'accueil a été signée en ce sens entre l'ORS et l'Institut Paoli Calmettes).

L'Institut Fédératif de Recherche "Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille", co dirigé par le Pr Jean-Paul Moatti et Yannick Jaffré, directeur de recherche à l'UMR 6578, regroupe actuellement 13 laboratoires signataires de la Convention constitutive et rattachés à différents EPST (CNRS, INSERM, IRD), à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et aux 3 Universités d'Aix-Marseille :

- UMR912 Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés (SE4S, INSERM-IRD-Université de la Méditerranée)
- Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM)
- Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS)
- Laboratoire de Psychologie Sociale (Université de Provence)
- Centre de Recherches Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS, Université Paul Cézanne)
- UMR Sociétés, Histoire, Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC/ EHESS -CNRS)
- Laboratoire Population, Environnement, Développement (LPED, IRD, Université de Provence)
- Laboratoire de Psychopathologie Clinique et Psychanalyse (EA 3278, Université de Provence)
- UMR 6012 Espace/DESMID (CNRS, Université de la Méditerranée)
- UR Evaluation des Systèmes de Soins et Santé perçue (EA 3279, Université de la Méditerranée)
- UMR 6578 Anthropologie Bioculturelle (CNRS, Université de la Méditerranée)
- Laboratoire d'Enseignement et de Recherche sur le Traitement de l'Information Médicale (LERTIM, Université de la Méditerranée)
- UR Ethique et philosophie de la médecine et de la biologie (EA 3783, Université de la Méditerranée)

Autour d'une stratégie scientifique commune, l'objectif est d'élaborer et de mettre en œuvre une politique scientifique fondée sur une cohérence et une synergie entre ces unités de recherche.

L'ORS-PACA, comme l'Institut d'Economie Publique (IDEP), travaille en partenariat avec plusieurs de ces équipes dans le cadre de cet IFR.



Partenariat avec des équipes de recherche et réseaux professionnels

• Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

L'ONUSIDA (UNAIDS en anglais) est un programme destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA. Il fut créé le 1er décembre 1995 et son siège est à Genève, en Suisse. Nous avons été sollicités par l'ONUSIDA pour fournir un éclairage nouveau sur les questions macroéconomiques en lien avec l'épidémie de SIDA en Afrique : taux de croissance et productivité, liés avec l'accès aux médicaments anti-rétroviraux du SIDA.

• Université du Québec à Montréal (UQAM)

L'équipe a établi un partenariat avec l'Université du Québec à Montréal (UQAM), en particulier avec l'équipe de Joanne Otis. Il s'agit de construire des questionnaires de satisfaction et comportementaux qui seront introduits dans l'évaluation de nouveaux systèmes de dépistage communautaires en France, à l'aide de tests rapides.

• 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)).

• Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) - Rabat, Maroc

L'INAS est un institut de formation de cadres en santé du Ministère de la santé marocain. Il forme une quarantaine de professionnels tous les deux ans, ressortissants du Maroc et d'Afrique subsaharienne, et délivre un master de santé publique. Il organise également des formations continues pour les cadres du Ministère de la santé du Maroc. Il a par ailleurs vocation à réaliser des recherches sur les systèmes de santé. Les projets menés au Maroc se font à partir de l'INAS, structure d'accueil des chercheurs de l'équipe à Rabat.

• 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» (INEGSANTE) qui se propose de contribuer au débat scientifique sur l'équité en santé dans les PED.

• Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction de la santé de la famille - Ouagadougou

La Direction de la santé de la famille du Ministère de la santé du Burkina Faso abrite tous les programmes nationaux ayant trait à la santé sexuelle et reproductive et à la santé maternelle. Elle est en particulier en charge des programmes de lutte contre la mortalité maternelle et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'équipe collabore avec cette direction en particulier pour le projet sur la PTME.

• Université de Ouagadougou, UFR Sciences de la Santé

L'unité de formation et de recherche en sciences de la santé de l'Université de Ouagadougou abrite en particulier le site ANRS Sud du Burkina Faso. Elle est la structure de recherche partenaire pour la santé publique et l'épidémiologie des recherches sur la PTME.



● **Institut Africain de la Gouvernance - Dakar, Sénégal**

Un partenariat établi en juillet 2010 a abouti à la mise en place du projet «Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)», financé par l'ANRS dans le cadre d'un contrat d'initiation.

● **Open Society Institute**

Collaboration avec Daniel Wolfe, Directeur de l'International Harm Reduction Development, dans le cadre de l'organisation du cours international «Accès aux ARV pour les usagers de drogues» qui s'est tenu à Salzbourg en Autriche.

● **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.

● **Institut de Recherche en Santé Publique (Groupement d'Intérêt Scientifique GIS-IRESP)**

Participation au Comité d'Orientation Stratégique de l'IReSP, chargé d'animer et de coordonner la réflexion conduisant à la définition précise des programmes de recherche du GIS et de leurs modalités de financement et d'évaluation en conformité avec les orientations définies par le Comité directeur ; d'assister le Directeur dans la mise en œuvre de la politique de recherche définie ; et d'établir le bilan annuel des travaux effectués.

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

Responsabilité auprès de la DREES de la conception et de la construction d'un panel de 2400 médecins généralistes libéraux en France métropolitaine, avec trois suréchantillons 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 sont prévues. Le questionnaire des vagues d'enquête n°1, 3 et 5 sera élaboré par les chercheurs et chargés d'études.

● **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.

● **Institut d'Economie Publique (IDEP) secteur santé**

L'équipe a collaboré avec l'IDEP dans le cadre du programme «qualité de l'aide à domicile» financé par la MiRe-DREES. Nous souhaitons étudier les impacts d'une possible récupération partielle du montant de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sur les successions, autant au niveau microéconomique (les agents privés) que macroéconomique (l'équilibre des finances publiques). Il s'agit d'abord de savoir comment ce type de mécanisme peut influencer sur les pratiques de recours à l'APA.

● **Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)**

L'ORS PACA et l'UMR912 participent à deux commissions du Haut Conseil de la Santé Publique.
- Au sein de la commission «Prévention, éducation et promotion de la santé» (CSPEPS), un chercheur est chargé des questions relatives à la lutte contre le tabagisme.
- Un médecin épidémiologiste de l'ORS est vice-président de la commission spécialisée «Risques liés à l'Environnement» (CSRE) qui réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des principaux risques liés à l'environnement et au travail pouvant menacer la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.



● **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.

● **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)**

Participation au groupe de travail «Indicateurs Bruit et Santé» chargé de synthétiser les connaissances sur les effets du bruit sur la santé : lecture et évaluation des données scientifiques disponibles, auditions d'experts et d'acteurs de terrain, rédaction d'un rapport officiel.

● **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 du travail et de la main d'œuvre, des médecins du travail de services autonomes et interentreprises du régime général et du régime agricole, des collectivités territoriales, 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, 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.

● **Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des six départements de la région et le service de neurologie pédiatrique impliquée dans les troubles d'apprentissage (hôpital la Timone, Marseille)**

L'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé a collaboré avec les médecins responsables des six services de PMI de la région et l'équipe de neurologie pédiatrique de l'hôpital de la Timone pour réaliser durant l'année scolaire 2009-2010 une nouvelle enquête auprès d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi inscrits dans les écoles maternelles de la région et examinés à l'aide du bilan de santé «Eval mater» élaboré en 2002-2003. Celui-ci était le fruit d'une collaboration entre ces médecins responsables des services de PMI, l'équipe neuropédiatrique de la Timone et l'ORS PACA.

● **Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur**

L'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé 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.

● **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), 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).



● **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». Elle a participé à l'analyse d'une enquête d'un partenaire de AIDES au Cameroun pour analyser les facteurs associés à l'utilisation du préservatif chez les homosexuels camerounais. L'équipe est impliquée avec AIDES dans un projet phare de dépistage rapide auprès des gays, le projet DRAG, financé par l'ANRS.

● **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 Elipse. Le réseau s'est engagé à nous aider à sensibiliser les cancérologues aux projets Elipse, en diffusant notamment auprès des membres du réseau les lettres Elipse deux fois par an. La participation aux assemblées générales nous permet également de communiquer sur les cohortes.

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 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 vont être organisées à l'attention de cancérologues et de médecins généralistes du réseau ville-hôpital. D'autres professionnels de la prise en charge du cancer seront sensibilisés (infirmier(e)s, assistant(e)s sociales)

● **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 Elipse 40 et Elipse 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 futur projet TASP (Treatment as prevention)
- Unité INSERM 687 de Villejuif pour le projet VESPA 2010, et le futur projet TASP
- 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 (PrEP), et sur les analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques ou des cohortes (essai EASIER, cohorte COVAC)
- Unité Mixte de Recherche INRA 1260, INSERM 476, Universités Aix-Marseille I-II pour le projet Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la région PACA
- Unité INSERM 720 (Dominique Costagliola) sur des analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques (essai Racknral, essai Tipi)
- Unité INSERM 822 sur la cohorte HIC décrivant le vécu des personnes séropositives contrôlant spontanément leur maladie sans traitement (Laurence Meyer, Olivier Lambotte)
- Institut Paoli Calmettes (Pr Viens, Dr Rousseau, Dr Extra, Dr Camerlot, Dr Ben Soussan, Dr Huiart, Dr Retornaz) 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 de Cardiologie (Dr Cuisset Thomas et Dr Quilici Jacques) de l'Hôpital de la Timone, Marseille.
- 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)
- 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 (PrEP).
- 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».
- Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten (Centre norvégien de santé), situé à Oslo en Norvège, dans le cadre du projet SURE (Supporting the Use of Research Evidence for Policy in African Health Systems).
- Coronel Institute of Occupational Health (Dr Angela de Boer), Academic Medical Centre, Université d'Amsterdam, Pays-Bas
- Service des maladies infectieuses du CHU de Casablanca, Maroc
- Service de pédiatrie du CHU de Rabat, Maroc
- 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).
- 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'Etablissement 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 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° 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», groupe socio-comportemental sur les essais cliniques, groupe nouvelles approches de prévention, n° 27 «Recherches socio-économiques sur la santé et l'accès aux soins dans les pays du sud»
- Conseil National du Sida (CNS)
- Commission Nationale d'Appel de Qualification en Santé Publique et Médecine Sociale au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Collège Scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- 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 projet permanent de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à projet permanent CNSA - MiRe/DREES
- Comité scientifique de l'appel à projets «les Suds, aujourd'hui» de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR)
- Comité d'Orientation Scientifique de la recherche en sciences humaines, économiques et sociales et en santé publique (COS-SHS) de l'INCa (Institut National du Cancer)
- Ministère de la Santé - Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans le cadre de l'expertise pour l'appel à projet «Recherche Clinique Translationnelle»
- Commissions spécialisées du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) : «risques liés à l'environnement» (CSRE) et «Prévention, éducation et promotion de la santé» (CSPEPS)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- Commission scientifique de suivi de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)
- Comité scientifique de l'Association Française pour la Prévention des Catastrophes Naturelles
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
- 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
- Centre d'Investigation Clinique, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- 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 régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)
- Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Conseil Général des Bouches du Rhône et des Alpes Maritimes
- Cancéropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA) dans le cadre de l'expertise pour l'axe de recherche «Epidémiologie des cancers, SHS, éducation du patient et organisation des soins»
- Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté de Médecine de Marseille, Université Aix-Marseille II



Appartenance à des Sociétés savantes

- Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)
- Association des Cchercheurs de Politique Africaine (ACPA)
- Association Française d'Economie Politique (AFEP)
- Association Française de Science Politique (AFSP)
- Association Française pour la Prévention des Catastrophes Naturelles (AFPCN)
- Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA)
- Association Internationale de Science Politique (AISP)
- Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)
- International Health Economic Association (IHEA)
- Preference Group Elicitation (PEG)
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse

Activité de reviewing d'articles

- Addiction
- Addictive Behaviors
- Afrique contemporaine
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- Annales of Internal Medicine
- Archives de Pédiatrie
- Autrepart
- BMC Public Health
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- Bulletin of the World Health Organization
- Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale
- Drug and Alcohol Dependence
- Economie et Statistique
- Economie Publique
- European Journal of Epidemiology
- Global Health
- Health Economics
- Health Policy and Planning
- HIV Clinical Trials
- Industrial and Corporate Change
- International Journal of Drug Policy
- Journal of AIDS and HIV Research
- Journal of AIDS, Journal of Happiness Studies
- Journal of Psychosomatic Research
- Journal of Viral Hepatitis
- Médecine et maladies infectieuses
- Médecine/Sciences
- Medical Anthropology
- Pharmacoepidemiology and drug safety
- Politique africaine
- Politique et Sociétés
- Population
- Psycho-Oncology
- Quality of Life Research
- Retraite et Société
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- Revue Internationale de Psychologie Sociale
- SAHARA
- Santé Publique
- Sciences Sociales et Santé
- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
- Social Science and Medicine
- Sociologie et Santé



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

XII. ACTIVITÉ DE COMMUNICATION SCIENTIFIQUE

- Conférences auxquelles l'équipe a participé en 201077
- Activité de valorisation.....78



Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2010

Structures nationales

- Conférence de la Fédération des Réseaux VIH de PACA sur « le traitement comme prévention » - Marseille : 1er décembre 2010
- URAF Paca : Journée Régionale « Pauvreté, Précarité et Lutte contre les Exclusions : Douze ans après la loi relative à la lutte contre les exclusions, quels bilans ? » - Avignon : 26 novembre 2010
- Journée Régionale de l'URIOPSS Pacac - Les établissements et services pour personnes âgées au cœur de réformes : un nouvel élan ? - Marseille : 2 juin 2010

Au niveau national et international

- Congrès National Santé Environnement « Gènes, environnement et inégalités sociales » - Rennes : 14-15 décembre 2010
- Colloque « Cancer et Travail », ARC, INCA - Paris : 14 décembre 2010
- Journées de la Société Française de Radiologie - Paris : 22-26 octobre 2010
- SRA 2010 Annual Meeting - Salt Lake City : 5-8 décembre 2010
- MGEN Journée des délégués chargés de la prévention « Concepts, outils et éthique pour les actions en prévention, promotion de la santé » - Paris : 2 décembre 2010
- 2ème Rencontre annuelle de l'INCa 2010 : Le Plan cancer 2009-2013 en mouvement. Prévenir l'apparition des cancers en 2010 – Mieux comprendre les risques de cancer : la contribution des découvertes scientifiques récentes - Paris : 24 novembre 2010
- Colloque international du Centre Jacques Cartier / Cluster Régional « Infectiologie » : Les pandémies virales sont désormais éradicables : le voulons nous ? - Lyon : 22-23 Novembre 2010
- Observatoire national de la fin de vie « Euthanasie et suicide assisté en France : état des connaissances et enjeux pour la recherche » - Paris : 23 novembre 2010
- Journée d'étude sur les drogues et les addictions au Conseil National du Sida - Paris : 22 novembre 2010
- Colloque ANR Jeunes Chercheuses & Jeunes Chercheurs - Paris : 16 novembre 2010
- RISC Conference 2010 « Développement, pauvreté et crises globales : renforcer la gouvernance » - Luxembourg : 10-13 novembre 2010
- 12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- Colloque sur « Les risques perçus par le grand public et prévoyance » - Ateliers de la Prévoyance - Paris : 12 octobre 2010
- 32ème Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire - Strasbourg : 3-5 novembre 2010
- HIPPOCRATE Club parlementaire sur l'économie de la santé - Paris : 20 octobre 2010
- ISAM 12th annual meeting (International Society of addiction Medicine's) - Milan : 4-7 octobre 2010
- 20th Alzheimer Europe Conference "Organisation and financing of care" - Luxembourg : 30 septembre-2 octobre 2010
- Journée scientifique de l'IRSN « La recherche au service de l'évaluation des risques » - Arles : 21 septembre 2010
- IVème Congrès International d'Epidémiologie Adelf et Epiter « Du Nord au Sud » - Marseille : 15-17 septembre 2010
- 2010 ISBRA World Congress : current topics and innovation in alcohol research - Paris : 13-16 septembre 2010
- International colloquium « Health and Space » - Marseille : 8-10 septembre 2010
- EACH European Association for Communication in Healthcare - Verone : 7-10 septembre 2010
- 35th Annual Meeting of the Society for Social Studies of Science (4S) - Tokyo : 25-29 août 2010
- 8ème Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française (CIPSLF) de l'ADRIPS - Nice : 25-28 août 2010
- XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- 8th European Conference on Health Economics - Helsinki : 7-10 juillet 2010
- 16ème Congrès National de la SFAP - Marseille : 17-19 juin 2010
- 16ème colloque international de l'AIDELF - Relations intergénérationnelles. Enjeux démographiques - Genève : 21-24 juin 2010
- European Meeting on PsychoSocial Aspects of Genetics/ESHG meeting - Gothenborg : 12-15 juin 2010
- Colloque « Afriques au figuré. Images migrantes » - Lyon : 5 juin 2010
- 2010 ASCO Annual Meeting - Chicago : 4-8 juin 2010
- 10ème Colloque des Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers « Les inégalités face à la prévention et au dépistage des cancers » - Paris : 7 juin 2010



- 31ème Congrès National de Médecine et Santé au Travail - Toulouse : 1-4 juin 2010
- Journées Scientifiques du Réseau Jeunes Chercheurs « sciences sociales et VIH/Sida » - Paris : 2-3 juin 2010
- Congrès Maladies infectieuses émergentes - Paris : 2 juin 2010
- IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology - Quebec : 27-29 mai 2010
- 4ème Conférence d'Epidémiologie Clinique 2010 : XVème Réunion des Statisticiens des Centres de Lutttes contre le Cancer - Paris : 26-28 mai 2010
- Innovation & Inequality: New Indicators from Pharma and Beyond - Pise : 15-16 mai 2010
- International Conference on Mobility Patterns of Cambodians and Other Nationals in the South-East Asia Region - Phnom Penh : 5-7 mai 2010
- IHRA's 21st International Conference - Liverpool : 25-29 avril 2010
- Journées Nationales de la Prévention (INPES-INCA) - Paris : 8-9 Avril 2010
- 5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- The 14th International Workshop on HIV observational Database - Sitges : 23-27 mars 2010
- 6ème colloque francophone sur les sondages - Tanger : 23-25 mars 2010
- Addictions et recherche. Colloque de restitution des appels d'offre conjoints Inserm – MILD – INCa, période 2005-2007 - Paris : 24 mars 2010
- 12ème Colloque sur la politique de recherche de la Ligue - Marseille : 5-6 février 2010
- Colloque de l'APAD « Engager l'anthropologie pour le développement et le changement social: pratiques, discours et éthique » - Ouagadougou : 20-23 janvier 2010

Activité de valorisation

En 2010, l'équipe a donné lieu à la publication de :

- 74 articles scientifiques ;
- 16 articles originaux et synthèses ;
- 31 ouvrages ou chapitres d'ouvrages ;
- 91 communications orales ou affichées.



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

XIII. ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION

• Activité d'enseignement.....	79
• Activité de formation.....	80



Activité d'enseignement

L'équipe ORS-SE4S 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 2010, l'équipe a participé à divers enseignements :

- Master en Sciences Sociales, 1ère année, sur le thème «Analyse statistique de données» (Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) - Marseille)
- Master Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales (MASS), 2ème année, sur le thème «Analyse statistique des données longitudinales» (Université de la Méditerranée et Université de Provence)
- Master Economie, Gestion et Politiques Publiques, 1ère année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master Economie, 2ème année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II) – Health Economics.
- Master de santé publique (Institut National d'Administration Sanitaire - Rabat, Maroc)
- Master Professionnel sciences économiques, «Innovation, Management de la propriété intellectuelle» (Faculté de sciences économiques, Université Paris 13)
- Master recherche Psychologie, 3ème cycle, module Psychologie de la santé (Université de Nantes)
- Master recherche Anthropologie (Université de Provence – Aix-Marseille 1)
- Master professionnel Anthropologie des métiers du développement durable (Université de Provence, Aix-Marseille 1)
- Master recherche «Droits et créations immatérielles» (Faculté de droit, Université Montpellier 1)
- Master Ressources Humaines - Cadre de santé, 1ère année (Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté de Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Licence Administration Economique et Sociale, 1ère année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Economie et Management, 1ère, 2ème et 3ème année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Diplôme Universitaire «Approche psycho-dynamique du cancer chez l'adulte» (Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine de Marseille)
- 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)
- Module interprofessionnel de Santé Publique (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes)
- Formation à l'économie de la santé : Offre de soins-Soins de ville-Soins hospitaliers (Collège des Economistes de la Santé-Caisse Nationale d'Assurance-Maladie-Régime Social des Indépendants)
- Formation à l'Economie de la Santé (Institut de Formation des Cadres de Santé, Aix-en-Provence)
- Formation à l'Economie de la Santé, IFSI 1ère année (Institut de Formation en Soins Infirmiers, Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA), Toulon)
- Formation des infirmiers 1ère année, UE Sciences Humaines (Institut de Formation en Soins Infirmiers, Croix Rouge, Nice)
- Formation Médicale Continue «Education sanitaire et lutte contre les infections sexuellement transmissibles» (Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées, Marseille)
- Formation Médicale Continue (Université de la Méditerranée, Faculté de médecine de Marseille, Département Universitaire de Formation Médicale Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles) sur les thèmes :
 - «La prise en charge des souffrances morales au travail»
 - «La prise en charge des cancers professionnels en médecine générale»
 - «Les facteurs environnementaux et professionnels des rhinites et asthmes»
 - «Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en médecine générale»
 - «La prise en charge des troubles musculo-squelettiques professionnels (TMS)»
 - «Le maintien dans l'emploi»
 - «Accidents du travail et maladies professionnelles : démarches administratives»



Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2010 au sein de la plateforme ORS-SE4S :

THÈSES SOUTENUES

- Sylvie Boyer, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 10 juillet 2010
Thèse : «Décentralisation et performances des services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida dans les pays à faibles ressources. L'expérience du Cameroun» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Stéphanie Blois, Université de Provence - Aix-Marseille I
Doctorat en Psychologie. Date de soutenance : 19 novembre 2010
Thèse : «Cancer, relations interpersonnelles et soutien social : une analyse psychosociale de l'expérience des patients» (directeur de thèse : Pr M. Morin, Université de Provence - Aix-Marseille I)
- Julien Chauveau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 1er décembre 2010
Thèse : «La multithérapie antirétrovirale comme bien système : implications pour l'accès aux soins du VIH/Sida dans les pays du Sud» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Yann Videau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 13 décembre 2010
Thèse : «Essais sur l'offre de travail en médecine générale : du rôle des incitations et des motivations» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)

THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Isabelle Clerc, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2011
Thèse : «Modèles multiniveaux et analyses économétriques sur données de panel» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Emilie Guyon, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Mathématiques et Informatiques. Date de soutenance : 2012
Thèse : «Traitement statistique des données manquantes» (directeurs de thèse : D. Pommeret, Institut de Mathématiques de Luminy ; C. Protopopescu, Inserm UMR912)
- Lamis Hamad, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2013
Thèse : «Les inégalités de santé : les défis à sa mesure et explication dans les pays en développement» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II Bourse doctorale Région - Inserm)
- Gilbert Ndziessi, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2012
Thèse : «Impact des traitements ARV sur la prévention du VIH en Afrique subsaharienne» (directeur de thèse : P. Carrieri, Inserm)
- Sophie Thiebaut, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2011
Thèse : «Vieillesse des populations et dépenses de santé» (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)

INTERNES EN MEDECINE

- Stéphanie Boden, Interne en pharmacie hospitalière et des collectivités, Faculté de Pharmacie de Marseille
- Faïza Fafi, Interne en pharmacie hospitalière et des collectivités, Faculté de Pharmacie de Marseille
- Guillaume Gionta, Interne en médecine du travail, Faculté de Médecine de Marseille
- Kamal El Farouki, Interne en médecine, Faculté de Médecine de Marseille



MASTERS, LICENCES

- Lise Balet, Master «Santé publique et environnement» spécialité «Intervention en promotion de la santé», Faculté de Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy I
- Elise Bellier, Master2 «Psychologie sociale de la santé», Université de Provence Aix-Marseille I
- Noémie Dekeuwer, Master2 «Psychologie sociale de la santé», Université de Provence Aix-Marseille I
- Jean-Marc Manzi, Master2 «Psychologie sociale de la santé», Université de Provence Aix-Marseille I
- Laure Pauvif, Master SARADS «Statistique et Actuariat appliqués aux Risques en Assurances Dommages et Santé», Institut des risques industriels, assurantiels et financiers - Université de Poitiers



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010 - 2011

XIV. ACTIVITÉS ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE

- Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé.....83
- Le Conseil d'Administration de l'Observatoire
Régional de la Santé.....84
- L'équipe sur le site ORS - SE4S86



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 :
M. 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
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. Gérard Sorrentino, Directeur régional
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS Paca)
M. Jean Chappellet, Directeur régional
- Rectorat Académie Aix-Marseille
M. Jean-Paul de Gaudemar, 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, Membre de la Commission Aménagement et Développement des Territoires et du Massif, Foncier, Habitat et Logement

M. 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

- Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II)
Pr Yvon Berland, Président
- Faculté de Médecine de Marseille
Pr Georges Leonetti, Doyen
- Faculté de Médecine de Nice
Pr Daniel Benchimol, 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 (Médecins / Pharmaciens / Infirmiers / Chirurgiens-dentistes)

Deux représentants

Au titre des Associations du secteur sanitaire et social

- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
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'Allocations 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

- Union régionale de la Mutualité Française
Mme Bérengère Dalbiès

Au titre des Confédérations syndicales

- Confédération Générale du Travail (CGT)
Un représentant
- 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. Olivier Liaroutzos, Directeur de l'Observatoire Régional des Métiers (ORM)
M. Raoul Stioui, Délégué régional de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF)



L'équipe sur le site ORS-SE4S

Direction

MOATTI Jean-Paul
Professeur d'Economie - Université de la Méditerranée
Directeur de l'UMR 912 SE4S
Tél: 04 91 59 89 19
jean-paul.moatti@inserm.fr

OBADIA Yolande
Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORS PACA
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS
Tél: 04 91 59 89 06
yolande.obadia@inserm.fr

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

Equipe administrative et technique

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

DELOYE Erwan
Infographiste
Tél: 04 91 59 89 10
erwan.deloye@inserm.fr

DESPRETZ Régine
Adjointe administrative
Technicienne ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 14
regine.despretz@inserm.fr

GIOVANNINI Carole
Attachée des ressources humaines
Technicienne ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 03
carole.giovannini@inserm.fr

GORINE Zohra
Secrétaire d'études
Technicienne ORS
Tél: 04 96 10 28 93
zohra.gorine@inserm.fr

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



LAMBERTI Jacqueline
Accueil et standard
Tél: 04 91 59 89 00
accueil@orspaca.org

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

RENOUX Anne-Claire
Attachée administrative
Technicienne ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 06
anne-claire.renoux@inserm.fr

SERVOZ Marie-France
Secrétaire
Technicienne INSERM
Tél: 04 91 59 89 14
marie-france.servoz@inserm.fr

Equipe Observation et territoire

• Responsable(s) d'équipe

BOCQUIER Aurélie
Ingénieur agronome
Responsable du pôle Observation de la Santé
Tél: 04 91 59 89 09
aurelie.bocquier@inserm.fr

• Composition de l'équipe

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

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

DUMESNIL Hélène
Psychosociologue
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 23
helene.dumesnil@inserm.fr

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



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

OBADIA Yolande
Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS
Tél: 04 91 59 89 06
yolande.obadia@inserm.fr

PAUVIF Laure
Statisticienne
Technicienne d'études ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 08
laure.pauvif@inserm.fr

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

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

Equipe Cancer, Biomédecine & Société (CAN-BIOS)

BEN DIANE Karim
Sociologue
Chargé de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
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

CLUZE Camille
Médecin de santé publique
Chargé d'études ORS
Tél: 04 91 59 89 25
camille.cluze@inserm.fr

GALLARDO Lucille
Anthropologue
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél : 04 96 10 28 78
lucille.gallardo@gmail.com

MERESSE Mégane
Statisticienne
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél : 04 96 10 28 84
megane.meresse@inserm.fr



PERETTI-WATEL Patrick
Sociologue
Chargé de recherche INSERM
patrick.peretti-watel@inserm.fr

REY Dominique
Médecin Epidémiologiste
Chargée de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
dominique.rey@inserm.fr

Equipe Maladies transmissibles, systèmes de santé, sociétés (MATSS)

• Responsable(s) d'équipe

GRUENAIIS Marc-Eric
Anthropologue
Directeur de recherche IRD
Tél: +212 (0)6 61 40 16 85
marc-eric.gruenais@ird.fr

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

• Composition de l'équipe

ABU-ZAINEH Mohammad
Economiste
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 65
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

BLANCHE Jérôme
Gestionnaire de bases de données
Technicien d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 81
jerome.blanche@inserm.fr

BOURDIER Frédéric
Anthropologue
Chargé de Recherche IRD
Tél: 01 70 79 38 15
fredericbourdier@online.com.kh

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

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



COHEN Julien
Gestionnaire de bases de données
Technicien d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
julien.cohen@inserm.fr

EBOKO Fred
Politologue
Chargé de recherche IRD
Tél: 04 96 10 28 73
fred.eboko@ird.fr

FERONI Isabelle
Sociologue
Maître de conférence - Université de Nice-Sophia Antipolis
Tél: 04 91 59 89 07
Isabelle.feroni@inserm.fr

FUGON Lionel
Biostatisticien
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 78
lionel.fugon@inserm.fr

GUAGLIARDO Valérie
Biostatisticienne
Chargée de recherche ORS
Tél: 04 96 10 28 67
valerie.guagliardo@inserm.fr

HANDSCHUMACHER Pascal
Géographe
Chargé de Recherche IRD
Tél: 03 90 24 09 29
handschumacher@equinoxe.u-strasbg.fr

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

MARCH Laura
Statisticienne
Ingénieur de recherche ORS/INSERM
laura.march@inserm.fr

MERESSE Mégane
Statisticienne
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél : 04 96 10 28 84
megane.meresse@inserm.fr

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

MORIN Michel
Psychosociologue
Professeur émérite des Universités
Université de Provence
mc-morin@aixup.univ-aix.fr



OBADIA Yolande
Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS
Tél: 04 91 59 89 06
yolande.obadia@inserm.fr

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

OUATTARA Fatou
Anthropologue
Ingénieur de recherche IRD
fatou.ouattara@ird.bf

POIZOT-MARTIN Isabelle
Praticien hospitalier
Chef du Service d'Immuno-Hématologie Clinique
Hôpital Sainte-Marguerite
Tél: 04 91 74 61 63
isabelle.poizot@mail.ap-hm.fr

PREAU Marie
Psychosociologue
Maître de conférence - Université de Nantes
marie.preau@inserm.fr

PROTOPOESCU Camelia
Mathématicienne, Economètre
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 80
camelia.protopopescu@inserm.fr

SUZAN-MONTI Marie
Virologue
Chargée de recherche CNRS
Tél: 04 96 10 28 76
marie.suzan@inserm.fr

TAIEB Charlotte
Gestionnaire de bases de données
Technicienne ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 79
charlotte.taieb@inserm.fr

VIDAL Laurent
Anthropologue
Directeur de Recherche IRD
Tél: + 237 96526240
laurent.vidal@ird.fr

WERNER Jean-François
Anthropologue
Chargé de Recherche IRD
Tél: 04 96 10 28 71
jean-francois.werner@ird.fr



• **Post-doctorant(s)**

ATTANE Anne
Anthropologue
Post-doctorante
Tél: 04 96 10 28 71
anne.attane@ird.fr

GUILLERMET Elise
Anthropologue
Post-doctorante
elise.guillermet@yahoo.fr

HANE Fatoumata
Anthropologue
Post-doctorante
Bourse Sidaction
hanefatoumata@yahoo.fr

KOUOKAM Estelle
Anthropologue
Post-doctorante
esthelka@yahoo.com

• **Doctorant(s)**

AHMAD Lamis
Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale régionale
Tél: 04 96 10 28 60
lamis.saifey@gmail.com

BADIANE Célestine
Doctorante en anthropologie
Tél: 04 91 59 89 00
celbadiane@yahoo.fr

BALONDJI Steeve
Doctorant en anthropologie
balondjisteeve@yahoo.fr

BUREAU Eve
Doctorante en ethnologie
Bourse Sidaction
evebureau23@yahoo.fr

DELPEU Marion
Doctorante en ethnologie
marion.delpeu@hotmail.com

HERMANN Judith
Doctorante en anthropologie
Bourse Sidaction
yodit_her@yahoo.fr

LORENTE Nicolas
Doctorant en santé publique
Bourse ANRS
Tél: 04 96 10 28 82
nicolas.lorente@inserm.fr



MBALLA Josiane
Doctorante en anthropologie
Bourse ANRS
joelmballa@yahoo.fr

MEDAH Paule Rachel
Doctorante en anthropologie
medchel1@yahoo.fr

MEINERS Constance
Doctorante en sciences économiques
Bourse Sidaction
Tél: 04 96 10 28 74
constance.meiners@inserm.fr

MOUNSADE KPOUNDIA Fadimatou
Doctorante en anthropologie
Bourse Sidaction
Tél: (+237) 99 82 24 01 /22 13 36 43
mounsadef@yahoo.fr

NDZIESSI Gilbert
Doctorant en recherche clinique et santé publique
Bourse Ministère de la Santé du Congo
Tél: 04 96 10 28 60
ndziessi@yahoo.fr

NGO YEBGA Solange
Doctorante en anthropologie
Bourse IRD, chargée de cours à l'UCAC
Tél: 04 91 59 89 00
yeb20@yahoo.com

ZONGO Sylvie
Doctorante en anthropologie
Bourse ANRS
Tél : 04 96 10 28 70
zongsyl@yahoo.fr

Equipe Économie de la santé et vieillissement (DEVI-crs)

● 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

ARRIGHI Yves
Statisticien
Ingénieur d'études ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 62
yves.arrighi@inserm.fr



BLOIS Stéphanie
Psychosociologue
Ingénieur d'études ORS/INSERM
Tél : 04 91 13 41 13
stephanie.blois@univ-provence.fr

BOUVENOT Gilles
Praticien hospitalier
Professeur des Universités
Tél: 04 91 74 48 30
gbouvenot@ap-hm.fr

LIONS Caroline
Statisticienne
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 66
caroline.lions@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 91 59 89 60
christel.protiere@inserm.fr

PULCINI Céline
Interniste
Praticien hospitalier – Hôpital de l'Archet, Nice
Tél: 04 91 59 89 26
pulcini.c@chu-nice.fr
SOUVILLE Marc
Psychosociologue
Maître de conférence - Université de Provence
marc.souville@univ-provence.fr

TACHE Gwendoline
Statisticienne
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 08
gwendoline.tache@inserm.fr

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

VILLANI Patrick
Praticien hospitalier
Professeur des Universités
Tél: 04 91 74 45 76
pvillani@ap-hm.fr



● **Post-doctorant(s)**

SAGAON TEYSSIER Luis
Economiste
Bourse post-doctorale ANRS
Tél: 04 96 10 28 64
luis.sagaon-teyssier@inserm.fr

● **Doctorant(s)**

AFRIDI Muhammad asim
Doctorant en sciences économiques
Bourse doctorale Ministère de la Recherche
Tél: 04 96 10 28 63
asim.afridi@inserm.fr

CLERC Isabelle
Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale régionale
Tél: 04 91 59 89 26
isabelle.clerc@inserm.fr

GUYON Emilie
Doctorante en sciences mathématiques et informatiques
Bourse doctorale régionale
Tél: 04 96 10 28 68
emilie.guyon@inserm.fr

THIEBAUT Sophie
Doctorante en sciences économiques
Tél: 04 96 10 28 61
sophie.thiebaut@inserm.fr

Plateforme d'enquêtes

● **Responsable(s) d'équipe**

MARADAN Gwenaëlle
Responsable de la plateforme d'enquêtes
Tél: 04 96 10 28 89
gwenaëlle.maradan@inserm.fr

● **Composition de l'équipe**

CHAPPE Cécile
Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 95
cecile.chappe@inserm.fr

DIALLO Issaga
Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 85
equipe-logistique.ors-paca@inserm.fr

HUGUET Sandrine
Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 86
sandrine.huguet@inserm.fr



RAPPORT D'ACTIVITÉ

2010-2011

XV. LES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS 2010-2011

- Articles publiés dans les revues scientifiques.....97
- Articles à caractère général..... 101
- Communications scientifiques orales ou affichées 102



Articles publiés dans les revues scientifiques

- **Dégoût et tabagisme : la prévention par l'image**
Constance, J., Peretti-Watel, P.
Ethnologie française, 2011, 41 : 67-78
- **L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments**
Barnay, T., Thiébaud, S., Ventelou, B.
Revue d'Economie Publique, 2011, 24-25 (2009/1-2) : 157-86
- **Santé et comportements individuels : la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool et aux mauvaises habitudes alimentaires**
Seror, V., L'Haridon, O., Peretti-Watel, P.
Revue d'Economie Publique, 2011, 24-25 (2009/1-2) : 101-127
- **Use of imaging in the follow-up of workers exposed to lung carcinogens : practices in occupational medicine and its determinants**
Verger, P., Cabut, S., Viau, A., Souville, M., Pardon, C., Charrier, D., De Labrusse, B., Lehucher-Michel, M. P., Arnaud, S.
International Archives of Occupational and Environmental Health, 2011, 17 : 71-9
- **Eating at the university canteen. Associations with socioeconomic status and healthier self-reported eating habits in France**
Guagliardo, V., Lions, C., Darmon, N., Verger, P.
Appetite, 2010, 56 : 90-95
- **Measuring and decomposing socioeconomic inequality in healthcare delivery : A microsimulation approach with application to the Palestinian conflict-affected fragile setting**
Abu-Zaineh, M., Mataria, A., Moatti, J.P., Ventelou, B.
Social Science & Medicine, 2010, 72 : 133-141
- **Risk perception and priority setting for intervention among hepatitis C virus and environmental risks : a cross-sectional survey in the Cairo community**
Schwarzinger, M., Mohamed, M. K., Gad, R. R., Dewedar, S., Fontanet, A., Carrat, F., Luchini, S.
BMC Public Health, 2010, 10 (1) : 773
- **Self-reported symptoms in buprenorphine and methadone patients receiving antiretroviral therapy : results from the MANIF 2000 cohort study**
Carrieri, M. P., Roux, P., Cohen, J., Ravaux, I., Dellamonica, P., Protopopescu, C., Spire, B., Rosenblum, A.
Addiction, 2010, 105 (12) : 2160-8
- **Job tenure and self-reported workplace discrimination for cancer survivors two years after diagnosis : does employment legislation matter ?**
Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Ventelou, B.
Health Policy, 2010, 98 (2-3) : 144-55
- **Catastrophic Healthcare Payments and Impoverishment in the Occupied Palestinian Territory**
Mataria, A., Raad, F., Abu-Zaineh, M., Donaldson, C.
Journal of Applied Health Economics and Health Policy, 2010, 8 (6) : 393-405
- **Prevalence of treated diabetes : geographic variation at the small-area level and association with area-level characteristics. A multilevel analysis in Southeastern France**
Bocquier, A., Cortaredona, S., Nauleau, S., Jardin, M., Verger, P.
Diabetes & metabolism, 2010 : available on line doi: 10.1016/j.diabet.2010.07.004



- **The French national prospective cohort of patients co-infected with HIV and HCV (ANRS CO13 HEPAVIH): Early findings, 2006-2010**
Loko, M. A., Salmon, D., Carrieri, M. P., Winnock, M., Mora, M., et al., Spire, B.
BMC Infectious Diseases, 2010 : available on line doi:10.1186/1471-2334-10-303
- **Impact on Health-related Quality of life of a switch from Enfuvirtide to Raltegravir among Multidrug-Resistant HIV-1 Infected Patients: A Randomized Open-Label Trial (Easier - ANRS 138)**
Boulet, T., Pavie, J., Charreau, I., Braun, J., Reynes, J., Morlat, P., Piroth, L., Spire, B., Molina, J. M., Aboulker, J. P.
HIV Clinical Trials, 2010, 11 (5) : 283-93
- **Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention**
Videau, Y., Batifoulier, F., Arrighi, Y., Gadreau, M., Ventelou, B.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2010 : available on line Doi : 10.1016/j.respe.2010.04.009
- **Harmful alcohol consumption in HIV-infected patients receiving antiretrovirals (ANRS-EN12-VESPA Study) : Relevance for clinical management and intervention**
Michel, L., Carrieri, M. P., Fugon, L., Roux, P., Aubin, H. J., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B.
AIDS Care, 2010, 22 (9) : 1136-45
- **The national free delivery and caesarean policy in Senegal : evaluating process and outcomes**
Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., De Brouwere, V.
Health Policy and Planning, 2010, 25 (5) : 384-92
- **Quality of life assessment in HIV clinical research in resource-limited settings : better late than never**
Becquet, R., Burgos, J., Carrieri, M. P., Spire, B.
Tropical Medicine & International Health, 2010, 15 (9) : 1008-1010
- **Effect of development assistance on domestic health expenditures - "Crowding out" domestic health expenditures through development assistance : the need for interpretative caution**
Moatti, J. P., Abu-Zaineh, M., Sagaon Teyssier, L.
The Lancet, 2010, 376 (9741) : 591
- **Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income Countries**
Richard, F., Witter, S., De Brouwere, V.
American Journal of Public Health, 2010 : available on line doi:10.2105/AJPH.2009.179689
- **Economic evaluation of point-of-care diagnostic technologies for infectious diseases**
Loubiere, S., Moatti, J. P.
Clinical Microbiology and Infection, 2010, 16 (8) : 1070-6
- **Access to maternal and perinatal health services : lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn**
De Brouwere, V., Richard, F., Witter, S.
Tropical Medicine & International Health, 2010, 15 (8) : 901-909
- **Professor Martin Fishbein memorial issue : editorial**
Sherr, L., Catalan, J., Spire, B., Hedge, B., Prince, B., Shishana, O., Von Den Baum, F., Tlou, S., Moatti, J. P.
AIDS Care, 2010, 22 (8) : 917-918
- **Stigma, discrimination and sexual (dis)satisfaction among people living with HIV : results from the "AIDES et toi" survey**
Rojas, D., Le Gall, J.M., Andreo, C., Spire, B.
AIDS Care, 2010, 22 (8) : 961-969



- **L'expérience de la douleur parmi des femmes atteintes d'un cancer du sein (cohorte Elippe)**
Spica, L., Ben Diane, M. K., Peretti-Watel, P., Rey, D.
Bulletin du Cancer, 2010, 97 (8) : 909-16
- **Treatment and care for injecting drug users with HIV infection : a review of barriers and ways forward**
Wolfe, D., Carrieri, M. P., Shepard, D.
The Lancet, 2010, 376 (9738) : 355-66
- **Psychosocial correlates of inconsistent condom use among HIV-infected patients enrolled in a structured ART interruptions trial in Côte d'Ivoire: results from the TRIVACAN trial (ANRS 1269)**
Protopopescu, C., Marcellin, F., Preau, M., Gabillard, D., Moh, R., Minga, A., Anzian, A., Carrieri, M. P., Danel, C., Spire, B.
Tropical Medicine & International Health, 2010, 15 (6) : 706-712
- **Universal HBV vaccination in French prisons : breaking down the last barriers**
Carrieri, M. P., Rey, D., Michel, L.
Addiction, 2010, 105 (7) : 1311-1312
- **La cigarette du pauvre**
Peretti-Watel, P., Constance, J.
Ethnologie française, 2010, 40 : 535-542
- **Almost Random: Evaluating a Large-Scale Randomized Nutrition Program in the Presence of Crossover**
Linnemayr, S., Alderman, H.
Journal of development economics, 2010 : available on line doi:10.1016/j.jdeveco.2010.06.002
- **Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France**
Gannon, B., Davin, B.
The European Journal of Health Economics, 2010 : available online - DOI 10.1007/s10198-010-0247-1
- **Call for action to secure universal access to ART in developing countries**
Orsi, F., Carrieri, M. P., Coriat, B., Delaporte, E., Moatti, J. P., Spire, B., Taverner, B., Barre-Sinoussi, F.
The Lancet, 2010, 375 (9727) : 1693-1694
- **Two years after cancer diagnosis, which couples become closer ?**
Preau, M., Bouhnik, A. D., Rey, D., Mancini, J.
European journal of cancer care, 2010 : published on line - DOI: 10.1111/j.1365.2354.2010.01191.x
- **La recherche sur les maladies infectieuses. La recherche mondiale biomédicale : entre négligences et priorités**
Moatti, J.P., Delfraissy, J.F.
Futuribles, 2010, 363 : 47-61
- **Soaring ARV prices, TRIPS and TRIPS flexibilities : A burning issue for the sustainability of ART scale-up in developing countries**
Orsi, F., D'Almeida, C.
Current opinion in HIV and AIDS, 2010, 5 (3) : 237-241
- **Macroeconomic impact of HIV: the need for better modeling**
Lamontagne, E., Haacker, M., Ventelou, B., Greener, R.
Current opinion in HIV and AIDS, 2010, 5 (3) : 249-254
- **An Examination of GPs' Rhythm of Practice : A Case-vignette to Study the Substitution Effect between the Length of Consultation and Drug Prescribing Practices**
Ventelou, B., Rolland, S., Verger, P.
Healthcare Policy, 2010, 5 (4) : 58-68



- **Economic research on HIV prevention, care and treatment : why it is more than ever needed ?**
Moatti, J. P., Eboko, F.
Current opinion in HIV and AIDS, 2010, 5 (3) : 201-203
- **Economic evaluation of art in resource-limited countries**
Loubiere, S., Meiners, C., Sloan, C., Freedberg, K. A., Yazdanpanah, Y.
Current opinion in HIV and AIDS, 2010, 5 (3) : 225-231
- **Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: when public health policy fuels public dissonance**
Schwarzinger, M., Flicoteaux, R., Cortaredona, S., Obadia, Y., Moatti, J. P.
PLoS ONE, 2010 : published 16 Apr 2010 doi:10.1371/journal.pone.0010199
- **Commentary on Uhlmann et al: Managing HIV in drug users : the huge gap remaining between evidence and international policy and practice**
Carrieri, M. P., Wodak, A.
Addiction, 2010, 105 (5) : 914-915
- **Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon : results from the national survey EVAL (ANRS 12-116)**
Marcellin, F., Protopopescu, C., Abe, C., Boyer, S., Blanche, J., Ongolo-Zogo, P., Koulla-Shiro, S., Moatti, J. P., Carrieri, M. P., Spire, B.
AIDS Care, 2010, 22 (4) : 441-451
- **Medically recorded prolonged treatment interruptions among patients with controlled viremia on HAART : when physicians have to juggle between patient negotiation and guidelines**
Protopopescu, C., Roux, P., Carrieri, M. P., Katlama, C., Collin, F., Besnier, J.M., Chene, G., Raffi, F., Spire, B., Lepout, C.
Journal of acquired immune deficiency syndrome, 2010, 53 (4) : 544-545
- **Why do patients of low socio-economic status with mental health problems have shorter consultations with GPs ?**
Videau, Y., Paraponaris, A., Saliba-Serre, B., Ventelou, B.
Journal of health services research & policy, 2010, 15 (2) : 76-81
- **Does cancer survivors' health related quality of life depend on cancer type ? Findings from a large french national sample two years after cancer diagnosis**
Le Corroller-Soriano, A. G., Bouhnik, A. D., Preau, M., Malavolti, L., Julian-Reynier, C., Auquier, P., Moatti, J. P.
European journal of cancer care, 2010 : published on line - DOI: 10.1111/j.1365-2354.2009.01160.x
- **Barriers to procreational intentions among cancer survivors 2 years after diagnosis : a French national cross-sectional survey**
Mancini, J., Rey, D., Preau, M., Le Corroller-Soriano, A. G., Moatti, J.P.
Psycho-Oncology, 2010 : published on line - DOI :10.1002/pon.1714
- **Psychiatric disorders in students in six French universities : 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking**
Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., Kovess-Masfety, V.
Social Psychiatry and psychiatric epidemiology, 2010, 45 (2) : 189-199
- **Positive attitudes of French general practitioners towards A/H1N1 influenza pandemic vaccination : a missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public ?**
Schwarzinger, M., Verger, P., Guerville, M. A., Aubry, C., Rolland, S., Obadia, Y., Moatti, J. P.
Vaccine, 2010, 28 (15) : 2743-2748
- **Learning and doing: operational research and access to HIV treatment in Africa. (Editorial)**
Katzenstein, D., Koulla-Shiro, S., Laga, M., Moatti, J. P.
Aids, 2010, 24 (1) : S1-S4



- **Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon**
Boyer, S., Eboko, F., Camara, M., Abe, C., Owana Nguini, M. E., Koulla-Shiro, S., Moatti, J. P.
Aids, 2010, 24 (1) : S5-S15
- **Higher risk of unsafe sex and impaired quality of life among patients not receiving antiretroviral therapy in Cameroon : results from the EVAL survey (ANRS 12-116)**
Marcellin, F., Bonono, R. C., Blanche, J., Carrieri, M. P., Spire, B., Koulla-Shiro, S.
Aids, 2010, 24 (1) : S17-S25
- **Better health-related quality of life after switching from a virologically effective regimen to a regimen containing efavirenz or nevirapine**
Potard, V., Chassany, O., Lavignon, M., Costagliola, D., Spire, B.
AIDS Care, 2010, 22 (1) : 54-61
- **HIV-positive men who have sex with men : biography, diversity in lifestyles, common experience of living with HIV. ANRS-EN12 VESPA Study, 2003**
Lert, F., Sitta, R., Bouhnik, A. D., Dray-Spira, R., Spire, B.
AIDS Care, 2010, 22 (1) : 71-80
- **Variabilité des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans en milieu urbain : l'exemple de Rufisque au Sénégal**
Sy, I., Handschumacher, P., Wyss, K., Cisse, G., Lô, B., Piermay, J. L., Tanner, M.
Médecine Tropicale, 2010, 70 : 57-61
- **Perceptions et attitudes vis-à-vis de l'entourage chez les patients atteints de cancer : Approche transactionnelle du soutien social**
Blois, S., Dany, L., Mahieuxe, M., Morin, M.
Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2010, 85 : 35-67
- **Factors associated with virological response to etravirine in nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-experienced HIV-1-infected patients**
Marcellin, A. G., Flandre, P., Descamps, D., Morand-Joubert, L., Charpentier, C., Trabaud, M. A., Saoudin, H., Delaugerre, C., Tamalet, C., Cottalorda, J., Bouvier-Alias, M., Bettinger, D., Dos Santos, G., Ruffault, A., Calvez, V., Poizot-Martin, I., et al.
Antimicrobial agents and chemotherapy, 2010, 54 (1) : 72-7

Articles à caractère général

- **Renouer avec l'économie politique (Commentaire)**
Moatti, J. P.
Les Tribunes de la Santé, 2010, 5 (HS1) : 81-2
- **La prévention des cancers réduit-elle ou aggrave-t-elle les inégalités de santé ?**
Moatti, J. P.
Contact Santé, 2010, 231 : 35-6
- **Renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites à risque**
Peretti-Watel, P., Moatti, J. P.
Contact Santé, 2010, 231 : 52-3
- **La tache aveugle**
Werner, J. F.
Pratiques : Les cahiers de la médecine utopique, 2010, 51 : 39-42
- **Morale, stigmata et prévention**
Peretti-Watel, P.
AGORA débats jeunesse, 2010, 56 : 73-85



- **Stigmate et santé publique**
Peretti-Watel, P.
Soins, 2010, 55 (748) : 18-20
- **Lutte contre le sida : les nouveaux enjeux économiques**
Moatti, J. P.
Actions traitements, 2010 : vih.org – 16 sept 2010
- **L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France**
Darmon, N., Bocquier, A., Vieux, F., Cavaillat, F.
La lettre de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2010, 4 : 6p.
- **Economie et santé publique : l'apprentissage de la rareté**
Moatti, J. P.
La Revue du Praticien, 2010, 60 (6) : 748-749
- **La prévention en mal d'éthique**
Peretti-Watel, P., Moatti, J. P.
Ethica Clinica, 2010, 58 (3) : 10-16
- **Quelles articulations entre évaluation des conséquences socio-sanitaires des inondations, gestion de l'urgence et de la post-urgence et préparation ex-ante**
Verger, P.
Risques Infos, 2010, 24 : 9-11
- **Etude DART : quel suivi biologique dans les pays à ressources limitées ? Le point de vue de l'économiste**
Moatti, J. P.
La lettre de Solthis, 2010, 9 : 8-9
- **Le stigmate, une arme préventive contre les conduites à risque ?**
Peretti-Watel, P., Spica, L.
Questions de santé publique, 2010, 8 : 4p.
- **Opinions des médecins du travail sur la prévention des cancers professionnels**
Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. (O.R.S.P.A.C.A.). Marseille. FRA;
Unité Mixte de Recherche 912 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – Institut de Recherche pour le Développement - Université (SE4S : U.M.R. 912 – I.N.S.E.R.M. – IRD – Université Aix-Marseille). Aix-Marseille. FRA
Regard Santé, 2010, 23 : 6p.
- **Prise en charge des personnes à haut risque de cancer : aspects assurantiels**
Eisinger, F., Kulling, G.
Pratiques et Organisation des Soins, 2010, 41 (1) : 89-94

Communications scientifiques orales ou affichées

- **Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer**
Paraponaris, A.
Colloque « Cancer et Travail », ARC, INCA - Paris : 14 décembre 2010
- **Bruit routier et statut socio-économique : étude des inégalités environnementales à un niveau géographique fin au sein de la commune de Marseille**
Bocquier, A., Cortaredona, S., Boutin, C., Bigot, A., David, A., Verger, P.
Congrès National Santé Environnement « Gènes, environnement et inégalités sociales » - Rennes : 14-15 décembre 2010
- **Cancer et travail : impact du cancer du sein sur la vie professionnelle des femmes jeunes, enquête qualitative en région PACA, cohorte ELIPSE**
Peretti-Watel, P., Gallardo, L.
Colloque « Cancer et Travail », ARC, INCA - Paris : 14 décembre 2010



- **Bilan des trois premières années de fonctionnement de l'IRM haut champ de l'hôpital principal de Dakar**
Werner, J. F., Diakhate, I., Badji, E., Soko, T., Ndiaye, A., Mbengue, D.
Journées de la Société Française de Radiologie - Paris : 22-26 octobre 2010
- **Le principe de prévention**
Moatti, J. P.
MGEN Journée des délégués chargés de la prévention « Concepts, outils et éthique pour les actions en prévention, promotion de la santé » - Paris : 2 décembre 2010
- **Le traitement comme prévention : aspect socio-économiques**
Moatti, J. P.
Conférence de la Fédération des Réseaux VIH de PACA sur « le traitement comme prévention » - Marseille : 1er décembre 2010
- **Etats de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**
Guagliardo, V.
URAF Paca : Journée Régionale « Pauvreté, Précarité et Lutte contre les Exclusions : Douze ans après la loi relative à la lutte contre les exclusions, quels bilans ? » - Avignon : 26 novembre 2010
- **Le traitement comme prévention du VIH/SIDA : enjeux de sciences humaines économiques & sociales**
Spire, B., Ventelou, B., Moatti, J. P.
Colloque international du Centre Jacques Cartier / Cluster Régional « Infectiologie » : Les pandémies virales sont désormais éradicables : le voulons nous ? - Lyon : 22-23 Novembre 2010
- **Opinion des soignants sur la légalisation de l'euthanasie**
Peretti-Watel, P., Ben Diane, M. K.
Observatoire national de la fin de vie « Euthanasie et suicide assisté en France : état des connaissances et enjeux pour la recherche » - Paris : 23 novembre 2010
- **La politique prohibitionniste : coûts, conséquences et alternatives**
Carrieri, M. P.
Journée d'étude sur les drogues et les addictions au Conseil National du Sida - Paris : 22 novembre 2010
- **EconCare : Economics of formal and informal care for an ageing population**
Paraonaris, A.
Colloque ANR Jeunes Chercheuses & Jeunes Chercheurs - Paris : 16 novembre 2010
- **Initiatives locales de la société civile en santé reproductive au Cameroun : Etude de cas des associations en milieu urbain**
Ngo Yebga, S.
RISC Conference 2010 « Développement, pauvreté et crises globales : renforcer la gouvernance » - Luxembourg : 10-13 novembre 2010
- **Besoins en informations sur la santé et ses déterminants : une enquête Internet auprès des acteurs en santé publique de 4 régions italiennes et françaises**
Guagliardo, V., Balli, A., Cannata, A., Coffano, E., Coue, N., Dreneau, M., Falcone, U., Guye, O., Mansour, Z., Di Mieri, L., Piatti, G., Vescovi, W., Verger, P.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Le système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA) : une base de données socio-sanitaires au plus près des territoires**
Guagliardo, V., Bocquier, A., Jardin, M., Obadia, Y.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Disparités infra-communales des remboursements de médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau**
Bocquier, A., Cortaredona, S., Nauleau, S., Verger, P.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010



- **Prévalence du diabète traité : variations géographiques à l'échelle des cantons et étude des facteurs associés par une approche multiniveau**
Bocquier, A., Cortaredona, S., Nauleau, S., Jardin, M., Verger, P.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Décentralisation de l'accès aux soins au Cameroun : quel impact sur la prise en charge des patients infectés par le VIH ? Enquête nationale sur le niveau des connaissances des médecins exerçant aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire (EVAL ANRS 12-116)**
Marcellin, F., Rasson, S., Fugon, L., Boyer, S., Protopopescu, C., Obadia, Y., Koulla-Shiro, S., Kouanfack, C., Spire, B., Carrieri, M. P.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Recours au chirurgien-dentiste chez les sujets de plus de 60 ans : données de l'enquête HSM**
Lupi Pegurier, L., Clerc, I., Guyon, E., Paraponaris, A., Ventelou, B.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Les attitudes à priori vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques peuvent-elles faire obstacle à leur connaissance ou utilisation ? Une étude auprès de médecins généralistes dans 5 régions françaises**
Clerc, I., Paraponaris, A., Ventelou, B., Verger, P.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Accessibilité à un service de transplantation et choix individuels : le médecin et son patient face à la carte médicale dans le Grand Est**
Remy, E., Handschumacher, P., Cinqualbre, J.
12ème Congrès National des Observatoires régionaux de la santé - Lyon : 9-10 novembre 2010
- **Risques multiples et difficultés de la prévention sanitaire**
Moatti, J. P.
Colloque sur « Les risques perçus par le grand public et prévoyance » - Ateliers de la Prévoyance - Paris : 12 octobre 2010
- **Adjuvant endocrine therapy use two years after treatment initiation in young breast cancer women of the French Elippe 40 cohort**
Cluze, C., Cortaredona, S., Bouhnik, A. D., Giorgi, R., Ben Diane, M. K., Rey, D., Peretti-Watel, P.
32èmes Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire - Strasbourg : 3-5 novembre 2010
- **Santé et développement : traiter les maladies ou soigner les systèmes ?**
Moatti, J. P.
HIPPOCRATE Club parlementaire sur l'économie de la santé - Paris : 20 octobre 2010
- **The French experience of Opioid Substitution Treatment (OST)**
Carrieri, M. P.
ISAM 12th annual meeting (International Society of addiction Medicine's) - Milan : 4-7 octobre 2010
- **Informal care received by people with dementia aged 75 years and older : Empirical evidence from the French National Survey on health and disability "Handicap-Santé Ménages 2008"**
Paraponaris, A., Tache, G., Davin, B.
20th Alzheimer Europe Conference "Organisation and financing of care" - Luxembourg : 30 septembre-2octobre 2010
- **Inégalités sociales et environnement : l'exemple des catastrophes et du bruit environnemental**
Verger, P., Cortaredona, S., Bocquier, A.
Journée IRSN « La recherche au service de l'évaluation des risques » - Arles : 21 septembre 2010



- **Besoins d'études en santé mentale pour conduire les politiques sanitaires dans les régions**
Verger, P., Dumesnil, H.
IVème Colloque ADELFF-EPITER, Séminaire IReSP : les indicateurs en santé mentale - Marseille : 15-17 septembre 2010
- **Comportements des médecins généralistes face aux recommandations de bonnes pratiques dans le cas français**
Clerc, I., Ventelou, B., Verger, P.
IVème Congrès International d'Epidémiologie Adelf et Epiter « Du Nord au Sud » - Marseille : 15-17 septembre 2010
- **Les besoins d'aide à la vie quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie**
Paraponaris, A., Tache, G., Davin, B.
IVème Congrès International d'Epidémiologie Adelf et Epiter « Du Nord au Sud » - Marseille : 15-17 septembre 2010
- **Alcohol consumption and CVD in HIV-Infected patients receiving ART : results from the ANRS C08 APROCO-COPILOTE cohort**
Carrieri, M. P., Protopopescu, C., Chene, G., Sobel, A., Spire, B., Ferry, T., Michelet, C., Raffi, F., Leport, C.
2010 ISBRA World Congress : current topics and innovation in alcohol research - Paris : 13-16 septembre 2010
- **D'une information spatialisée au raisonnement en géographie de la santé : un chemin loin d'être évident**
Handschumacher, P., Gozalvez-Kreuzer, B., Roca, Y., Donnat, M., Le Goff, G., Hervé, J. P.
International colloquium « Health and Space » - Marseille : 8-10 septembre 2010
- **Analyse psychosociale de la pratique du dépistage à résultat rapide du vih/sida dans le milieu communautaire et peu médicalisé**
Suarez-Diaz, E., Apostolidis, T., Preau, M., Legall, J. M., Yazdanpanah, Y.
8ème CIPSLF - Nice : 25-28 août 2010
- **Incidence, Medical and Psychosocial Predictors of Psychiatric Events among HIV-infected Patients on cART: a 11-year follow-up study**
Protopopescu, C., Michel, L., Brunet-Francois, C., Salmon, D., Verdon, R., Chene, G., Villes, V., Carrieri, M. P., Leport, C., Spire, B., Raffi, F.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Psychosocial analysis of the use of rapid screening for HIV/AIDS in a community-based environment**
Suarez-Diaz, E., Apostolidis, T., Preau, M., Legall, J. M., Champenois, K., Yazdanpanah, Y.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Access to ART in a context of increasing patent protection: an analysis of ARV drug price evolution in Brazil**
Meiners, C., Sagaon Teyssier, L., Orsi, F., Lopez, R., Carrieri, M. P., Spire, B., Hasenclever, L., Moatti, J. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Sexual activity and risk behaviors among HIV-infected patients initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon : preliminary results of a 24-month follow-up (STRATALL, ANRS 12-110)**
Marcellin, F., Kouanfack, C., Cohen, J., Boyer, S., Moatti, J. P., Carrieri, M. P., Delaporte, E., Laurent, C., Spire, B.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Factors associated with delayed first consultation after HIV diagnosis in the ART era. Results from the French VESPA study (ANRS EN-12)**
Suzan-Monti, M., Fugon, L., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010



- **Adherence to antiretroviral treatment in HIV positive patients in a Cameroon context : promoting the use of medication reminder methods (the STRATALL (ANRS 12-110) ESTHER trial)**
Roux, P., Kouanfack, C., Cohen, J., Boyer, S., Laurent, C., Delaporte, E., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Decentralization of access to ART in Cameroon : Correlates of HIV physicians' knowledge in HIV care (EVAL ANRS 12-116 survey)**
Rasson, S., Fugon, L., Boyer, S., Protopopescu, C., Marcellin, F., Koulla-Shiro, S., Kouanfack, C., Spire, B., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Engaging HIV-HCV coinfectd patients in HCV treatment (ANRS CO13 HEPAVIH cohort) : role of the prescribing physician and patients' beliefs**
Salmon-Ceron, D., Cohen, J., Winnock, M., Roux, P., Bani Sadr, F., Rosenthal, E., Poizot-Martin, I., Loko, M. A., Sogni, P., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Lending injecting equipment in HIV-HCV co-infected patients (MANIF cohort) : role of HIV physician in positive HCV prevention**
Jauffret Roustide, M., Cohen, J., Winnock, M., Roux, P., Ravaux, I., Moatti, J. P., Spire, B., Gossop, M., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **The impact of opioid substitution treatments on self-reported symptoms in individuals HIV-infected through drug use receiving HAART : results from the MANIF 2000 cohort study**
Carrieri, M. P., Roux, P., Cohen, J., Ravaux, I., Dellamonica, P., Protopopescu, C., Spire, B., Rosenblum, A.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Feasibility of a pre-exposure prophylaxis (PrEP) trial among men having sex with men in France**
Lorente, N., Fugon, L., Carrieri, M. P., Andreo, C., Legall, J. M., Cook, E., Aboulker, J. P., Capitant, C., Molina, J. M., Spire, B.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **First-line regimen and self-reported symptoms among HIV-infected patients initiating ART in district hospitals in Cameroon : indications for clinical management (STRATALL, ANRS 12-110 / ESTHER trial)**
Roux, P., Blanche, J., Kouanfack, C., Moatti, J. P., Spire, B., Delaporte, E., Laurent, C., Carrieri, M. P.
XVIII International Aids Conference - Vienne : 18-23 juillet 2010
- **Because they're worth it! The contingent valuation method applied to informal care in France**
Davin, B., Paraponaris, A., Protiere, C.
8th European Conference on Health Economics - Helsinki : 7-10 juillet 2010
- **Attitudes et pratiques des soignants face aux patients en fin de vie. Bilan critique d'un programme de recherche en sciences sociales : 2000-2009**
Ben Diane, M. K.
16ème Congrès National de la SFAP - Marseille : 17-19 juin 2010
- **Enfants et conjoints dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso**
Attane, A.
16e colloque international de l'AIDELF - Relations intergénérationnelles. Enjeux démographiques - Genève : 21-24 juin 2010



- **Psychological follow-up after disclosure of cancer genetic test results in BRCA ½ mutated families**
Bouhnik, A. D., Pellegrini, I., Nogues, C., Julian-Reynier, C.
European Meeting on PsychoSocial Aspects of Genetics/ESHG meeting - Gothenborg : 12-15 juin 2010
- **Portraits à usage privé et portraits à usage public en Côte d'Ivoire**
Werner, J. F.
Colloque « Afriques au figuré. Images migrantes » - Lyon : 5 juin 2010
- **Patients' self-assessment of tolerance and quality of life during docetaxel-based chemotherapy : Results from a phase III trial in hormone-naïve metastatic prostate cancer patients (GETUG-AFU 15/0403)**
Joly, F., Gravis, G., Oudard, S., Soulie, M., Esterni, B., Protiere, C., Habibian, M., Latorzeff, I., Priou, F., Fizazi, K.
2010 ASCO Annual Meeting - Chicago : 4-8 juin 2010
- **Toxicity symptom reporting by patients and clinicians during phase III trial comparing androgen deprivation therapy (ADT) plus docetaxel versus ADT alone in hormone-naïve metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15/0403)**
Gravis, G., Fizazi, K., Esterni, B., Protiere, C., Habibian, M., Soulie, M., Latorzeff, I., Priou, F., Joly, F., Oudard, S.
2010 ASCO Annual Meeting - Chicago : 4-8 juin 2010
- **Inégalités face au cancer et accès au dépistage : un point de vue d'économiste**
Moatti, J. P.
10ème Colloque des Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers « Les inégalités face à la prévention et au dépistage des cancers » - Paris : 7 juin 2010
- **Troubles musculo-squelettiques, importance des relations entre acteurs de soins et acteurs de prévention : la démarche originale du SISTEPACA**
Arnaud, S., Viau, A., Kaltwasser, C., Charrier, D., Coulibaly, K., De Labrusse, B., Landret, C., Lehucher-Michel, M. P., Peguin, G., Trani, M., Sabrou, P., Boulon, L., Brun, G., Pialot, A., Milella, E., Michel, F., Bonnet, D., François, G., Berkowitz-Saban, C., Verger, P.
31ème Congrès National de Médecine et Santé au Travail - Toulouse : 1-4 juin 2010
- **Acceptabilité d'un essai PreP chez les homosexuels masculins : entre réduction des risques et médicalisation de la prévention**
Lorente, N., Fugon, L., Spire, B.
Journées Scientifiques du Réseau Jeunes Chercheurs « sciences sociales et VIH/Sida » - Paris : 2-3 juin 2010
- **Maladies émergentes et gestion des crises sanitaires : prévention, prudence ou précaution**
Moatti, J. P.
Congrès Maladies infectieuses émergentes - Paris : 2 juin 2010
- **Cancer du sein et douleurs chroniques : ce que les patients disent (ou pas)**
Spica, L., Ben Diane, M. K., Rey, D., Peretti-Watel, P.
IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology - Quebec : 27-29 mai 2010
- **Information des enfants sur le cancer maternel : quel rôle pour le médecin ?**
Rey, D., Seror, V., Bouhnik, A. D., Berenger, C., Mancini, J., Ben Diane, M. K., Peretti-Watel, P.
IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology - Quebec : 27-29 mai 2010
- **Implication des femmes jeunes dans les décisions de traitement de leur cancer du sein : en relation avec leur implication souhaitée ?**
Seror, V., Cortaredona, S., Ben Diane, M. K., Peretti-Watel, P., Rey, D., Obadia, Y.
IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology - Quebec : 27-29 mai 2010



● **Les enjeux démographiques régionaux**

Davin, B.

Journée Régionale de l'Uriopss Pacac - Les établissements et services pour personnes âgées au cœur de réformes : un nouvel élan ? - Marseille : 2 juin 2010

● **How TRIPS are building enhanced Inequalities in access to care. The case of HIV/AIDS**

Coriat, B., Orsi, F.

Innovation & Inequality: New Indicators from Pharma and Beyond - Pise : 15-16 mai 2010

● **Malaria and Population on the Move: Emerging Issues in Cambodia**

Bourdier, F., Bunnary, C., Guyant, P.

International Conference on Mobility Patterns of Cambodians and Other Nationals in the South-East Asia Region - Phnom Penh : 5-7 mai 2010

● **Adherence to Opioid Substitution Treatment among HIV-infected injecting drug users (IDUs): results from MANIF 2000 cohort**

Roux, P., Carrieri, M. P., Cohen, J., Ravoux, I., Spire, B., Gossop, M.

IHRA's 21st International Conference - Liverpool : 25-29 avril 2010

● **Pulmonary disease in IDUs: time to use novel tools for reducing harm from filler particles due to injection of pharmaceutical products**

Roux, P., Carrieri, M. P., Keijzer, L., Dasgupta, N.

IHRA's 21st International Conference - Liverpool : 25-29 avril 2010

● **An intervention trial on methadone delivery in primary care: barriers and issues**

Roux, P., Michel, L., Morel, A., Spire, B., Carrieri, M. P.

IHRA's 21st International Conference - Liverpool : 25-29 avril 2010

● **Factors associated with HCV risk practices in HIV-HCV co-infected patients: results from the French ANRS CO13 HEPAVIH cohort**

Cohen, J., Roux, P., Salmon, D., Winnock, M., Dabis, F., Spire, B., Carrieri, M. P.

IHRA's 21st International Conference - Liverpool : 25-29 avril 2010

● **Facteurs influençant le délai de recours à la chirurgie prophylactique chez les femmes porteuses d'une mutation BRCA1/2 prédisposant au cancer du sein et/ou de l'ovaire**

Julian-Reynier, C., Bouhnik, A. D., Fourme, E., Nogues, C, et al.

Journées Nationales de la Prévention (INPES-INCA) - Paris : 8-9 Avril 2010

● **Délai de consultation après le diagnostic chez les femmes non migrantes vivant avec le VIH/Sida en France**

Suzan-Monti, M., Fugon, L., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B., Carrieri, M. P.

5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010

● **Le financement international de la lutte contre le sida : plus et mieux**

Moatti, J. P.

5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010

● **Impact de l'organisation de l'offre de soins sur les écarts à l'observance et les interruptions de traitement non volontaires chez des patients traités par ARV : l'expérience du programme camerounais d'accès aux ARV**

Boyer, S., Clerc, I., Marcellin, F., Bile, P. C., Bonono, R. C., Koulla-Shiro, S., Carrieri, M. P., Ventelou, B., Spire, B., Moatti, J.P.

5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010

● **Impact positif de l'accès aux ARV sur les comportements sexuels à risque des personnes vivant avec le VIH/Sida au Cameroun. Essai STRATALL (ANRS 12-110/ESTHER) - données à 6 mois**

Ndziessi, G., Marcellin, F., Kouanfack, C., Protopopescu, C., Spire, B., Moatti, J. P., Delaporte, E., Laurent, C., Carrieri, M. P.

5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010



- **Tentative de définition de la recherche communautaire**
Spire, B., Nosedà, V., Douris, V.
5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- **Un essai de prévention par traitement prophylactique pré-exposition (PrEP) est-il faisable auprès des homosexuels masculins en France? Résultats d'une enquête de faisabilité**
Lorente, N., Fugon, L., Carrieri, M. P., Andreo, C., Legall, J. M., Cook, E., Aboulker, J. P., Capitant, C., Molina, J. M., Spire, B.
5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- **La qualité de vie des personnes infectées par le VIH à l'ère des multithérapies antirétrovirales**
Roux, P., Preau, M.
5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- **Femmes africaines vivant avec le VIH/Sida : quel soutien psychologique de l'entourage face à la maladie ? Expériences croisées de femmes camerounaises et de femmes originaires d'Afrique centrale vivant en France**
Marcellin, F., Carrieri, M. P., Fugon, L., Lert, F., Bonono, R. C., Spire, B., Suzan-Monti, M.
5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- **Facteurs associés à la révélation du statut sérologique au partenaire principal au Cameroun : résultats préliminaires de l'essai STRATALL – ANRS 12110**
Aulagnier, M., Blanche, J., Kouanfack, C., Marcellin, F., Boyer, S., Laurent, C., Bonono, R. C., Spire, B., Delaporte, E., Carrieri, M. P.
5ème Conférence Francophone VIH/Sida - Casablanca : 28-31 mars 2010
- **Incidence, Medical and Psychosocial Predictors of Psychiatric Events among HIV-infected Patients on cART: a 11-year follow-up study**
Protopopescu, C., Michel, L., Brunet-Francois, C., Girard, P. M., Rey, Da., Chene, G., Rosenthal, E., Villes, V., Carrieri, M. P., Raffi, F.
The 14th International Workshop on HIV observational Database - Sitges : 25-27 mars 2010
- **Significant decline in sexual risk taking after six months of antiretroviral therapy among HIV-infected outpatients in Cameroon : preliminary data from the Stratall trial (ANRS 12110/ESTHER)**
Ndziessi, G., Marcellin, F., Kouanfack, C., Protopopescu, C., Spire, B., Roux, P., Moatti, J. P., Delaporte, E., Laurent, C., Carrieri, M. P.
The 14th International Workshop on HIV observational Database - Sitges : 23-27 mars 2010
- **L'observation régionale de la santé dans le nouveau paysage de la santé publique en France. Exemple en Provence-Alpes-Côte d'Azur**
Obadia, Y., Bocquier, A.
6ème colloque francophone sur les sondages - Tanger : 23-25 mars 2010
- **Facteurs associés au risque de problème avec l'alcool chez les jeunes sportifs de haut niveau en région PACA**
Cabut, S., Pruvost, J., Verger, P.
Addictions et recherche. Colloque de restitution ds appels d'offre conjoints Inserm – MILD – INCA, période 2005-2007 - Paris : 24 mars 2010
- **La carrière tabagique en milieu populaire**
Peretti-Watel, P., Constance, J.
Colloque /Addictions et recherche/, Inserm-MILDT-Inca, période 2005-2007 - Paris : 24 mars 2010
- **Relations soignants-patientes dans la prise en charge de la douleur après traitement initial d'un cancer du sein**
Ben Diane, M. K., Spica, L., Peretti-Watel, P.
12ème Colloque sur la politique de recherche de la Ligue - Marseille : 5-6 février 2010



- **L'anthropologue et le développement : raisons, liaisons et limites**

Atlani Duault, L., Vidal, L.

Colloque de l'APAD « Engager l'anthropologie pour le développement et le changement social: pratiques, discours et éthique » - Ouagadougou : 20-23 janvier 2010

- **La contribution des sciences humaines et sociales**

Peretti-Watel, P.

2ème Rencontre annuelle de l'INCa 2010 : Le Plan cancer 2009-2013 en mouvement. Prévenir l'apparition des cancers en 2010 – Mieux comprendre les risques de cancer : la contribution des découvertes scientifiques récentes - Paris : 24 novembre 2010





PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2 0 1 0 - 2 0 1 1