



Rapport d'activité 2000 et perspectives 2001

ors pac
23, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille
France

tél.: [+33] 04 91 59 89 00
fax : [+33] 04 91 59 89 24
email : orspaca@numericable.fr
site : <http://www.orspaca.org>

Sommaire des études réalisées en 2000

LA SANTE OBSERVEE

En région

1. Maintenance et évolution de SCORE- santé 8
Sigle : VEILLE SANITAIRE
2. Tableau de bord régional en matière de conditions de travail, de sécurité et de santé professionnelle. 10
Sigle : TBR SANTE TRAVAIL

En France

3. Baromètre National Santé Adultes et Jeunes du Comité Français d'Education pour la Santé : analyses des données sur la vaccination et le cancer..... 11
Sigle : BARO SANTE ADULTES ET JEUNES

Au niveau international

4. Appui méthodologique auprès de la DRS de Tunis pour la réalisation d'un tableau de bord des indicateurs sanitaires du Gouvernorat de Tunis..... 12
Sigle : MISSION TUNISIE 4

MALADIES TRANSMISSIBLES

Infection à VIH

5. Cohorte de sujets infectés par le VIH contaminés par toxicomanie intraveineuse suivis à Marseille, Nice, Avignon et Ile-de-France 13
Sigle : MANIF 2000
6. Les femmes au sein de la cohorte MANIF 2000 de sujets infectés par le VIH par voie toxicomane : évolution des comportements à risque, vécu du traitement et histoire gynéco-obstétricale..... 14
Sigle : MANIF FEMMES
7. Etude de l'interaction médicamenteuse entre les inhibiteurs de la protéase et la buprénorphine ou la méthadone chez des patients infectés par le VIH et contaminés par voie toxicomane 15
Sigle : INTERACTION ANTIPROTEASE/BUPRENORPHINE
8. Vih : Enquête Sur des Personnes Atteintes (enquête VESPA) 16
Sigle : VESPA
9. Cohorte multicentrique de patients infectés par le VIH observés à partir de la mise sous inhibiteurs de protéase (ou antiprotéases) 17
Sigle : APROCO
10. Intervention sur l'observance thérapeutique des patients infectés par le VIH 18
Sigle : NICE OBSERVANCE
11. Déterminants du dépistage tardif de l'infection à VIH 19
Sigle : DEPISTAGE TARDIF VIH
12. Réseau européen de prévention de l'infection à VIH/Sida et des hépatites virales en milieu carcéral... 20
Sigle : RESEAU PRISON 4
13. Réseau sur l'évaluation dans 27 pays européens des politiques de dépistage sur le VIH..... 21
Sigle : EVAL DEPISTAGE EUROPE
14. Évaluation biologique, clinique, psychosocio-comportementale et économique de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH en Côte-d'Ivoire 22
Sigle : ONU - SIDA

Hépatites virales

15. Prise en charge médicale des personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans le Sud-Est de la France 23
Sigle : HEPATITE C MEDECIN
16. Evaluation économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite C : nouvelles approches méthodologiques..... 24
Sigle : HEPATITE C - EVAL ECO
17. Evaluation de l'association interféron-ribavirine- amantadine chez des patients porteurs d'une hépatite chronique virale C et non répondeurs à l'interféron - ribavirine. Etude ouverte 25
Sigle : INTERFERON/AMANTADINE

Vaccinations

18. Mise en place d'un tableau de bord de la couverture vaccinale en population générale dans deux régions : Bourgogne et Provence Alpes Côte d'Azur 26
Sigle : URCAM VACCINATION
19. Evaluation du programme de promotion de la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) dans 12 départements français 27
Sigle : EVAL ROR

Rickettsies

20. Etude de l'importance et des déterminants de la Fièvre Q à l'Ouest de l'étang de Berre 28
Sigle : FIEVRE Q - ETANG BERRÉ

Grippe

21. Groupe régional d'observation de la grippe 1999-2000..... 29
Sigle : GROG 2000

POPULATIONS SPECIFIQUES**Santé des jeunes**

22. Jeunes, précarité et rapport à la santé : une étude qualitative des trajectoires sociales de jeunes précarisés, de leurs représentations et des pratiques en matière de santé30
Sigle : SANTE JEUNES PRECARITE
23. Standardisation du premier bilan de santé en maternelle.....31
Sigle : EVAL MATER

Personnes en fin de vie

24. Evaluation des centres de soins palliatifs participant au Réseau PACA Ouest : élaboration d'une méthode et expérimentation d'outils.32
Sigle : SOINS PALLIATIFS 1

Toxicomanie

25. Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés dans les villes de Marseille et de Nice33
Sigle : PREVALENCE-TOX
26. Conditions de vie, santé et sociabilité des usagers de drogues à Marseille34
Sigle : RESEAUX-TOX
27. "Nouveaux injecteurs", nouvelles pratiques et réseaux sociaux : une approche d'interactionnisme structurel du risque35
Sigle : RESEAUX-TOX 3
28. De la pratique individuelle aux réseaux de soins en toxicomanie : Coopération, production de normes professionnelles et représentations médicales dans les prises en charge par traitement de substitution36
Sigle : NORMED
29. Evaluation des Unités Pour Sortants de prison dans huit prisons françaises.....37
Sigle : UPS / RESEAU PRISON

Population précaire

30. Précarité et trajectoires de santé : le rôle des urgences dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité38
Sigle : URGENCE PRECARITE

Alcoolisme

31. Prévalence des comportements d'alcoolisation excessive parmi les usagers du système de soins.....39
Sigle : ENQUETE NATIONALE ALCOOL

ENVIRONNEMENT ET HABITUDES DE VIE

32. Alimentation Méditerranéenne, facteurs de risque cardiovasculaire et polymorphisme génétique : effet d'une intervention nutritionnelle.....40
Sigle : RIVAGE
33. Evaluation des conséquences sanitaires de la pollution d'origine industrielle au cadmium autour du site TLM dans le XVème arrondissement de Marseille41
Sigle : CADMIUM

1. Maintenance et évolution de SCORE- santé

Début : 2000

Sigle : VEILLE SANITAIRE

Présentation :

L'année 2000 a vu la nouvelle organisation de la veille sanitaire au niveau national qui confère aux Observatoires Régionaux de Santé une place centrale. En effet, les différentes institutions impliquées dans la gestion du système de santé (Ministère de l'emploi et de la solidarité, INSERM, Institut National de Veille Sanitaire, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Mutuelle Sociale Agricole, CANAM) ont confié au réseau des **ors** par l'intermédiaire de la FNORS la création et le développement d'une base de données en santé publique dont le nom provisoire est « SCORE Santé ». La maintenance de cette base implique un travail de conception et d'analyse des indicateurs dans la continuité de l'expérience acquise dans la réalisation des tableaux de bord régionaux. Ce travail est conduit par douze groupes transversaux animés par la FNORS auxquels participe l'ensemble des Observatoires Régionaux de Santé. Accessible par Internet (<http://score-sante.atrrium.rss.fr>), la construction de cette base de données s'inscrit dans la volonté de rendre plus accessible aux professionnels et au grand public l'information sur la santé des populations. Valorisée sous forme de tableaux, de synthèse nationale et de cartes, cette information est régulièrement actualisée.

L'ors pacca participe plus particulièrement à deux groupes :

GROUPE "USAGE DE DROGUES ILLICITES"

L'ORS PACA a intégré le groupe « Alcool, tabac, toxicomanies, maladies à déclaration obligatoire » et participe au sein de ce groupe à la veille statistique du thème "usage de drogues illicites".

Les tâches à effectuer sont : contacts avec les producteurs de données concernés ; construction, vérification et validation des indicateurs ou des données fournies ; contrôle de qualité des indicateurs et des données ; travail méthodologique sur les indicateurs ; recherche de nouvelles sources de données et de nouveaux indicateurs ; réalisation d'une synthèse nationale des indicateurs régionaux.

Depuis les années soixante, l'usage de drogues illicites est devenu pour l'ensemble des pays occidentaux un problème politique et social. Le marché de la drogue a connu un développement considérable au cours des dernières décennies.

En France, en 1999, l'OFDT évalue à environ 200 000 le nombre de personnes toxicomanes. La prévalence des toxicomanes au niveau des grandes agglomérations françaises est estimée à plus de 1% de la population des 15 à 59 ans. Cette population reste au deux tiers masculine.

Parallèlement aux modes habituels de consommation "de rue" des toxicomanes, se développent depuis quelques années des modes de consommation "de fête". Ceux-ci sont caractérisés entre autres, par une augmentation de la consommation de cannabis et de produits de synthèses.

Depuis 1994, on observe une nette diminution du nombre de décès par surdose. Cette diminution est d'autant plus notable qu'entre 1986 et 1994 ce nombre avait presque triplé.

Par ailleurs, on constate une surmortalité très importante causée par les accidents et les morts violentes (dont le suicide) ou d'autres infections.

Les toxicomanes, et plus particulièrement les UDVI, sont particulièrement touchés par l'infection au VIH et au VHC. Chez les toxicomanes résidant dans les centres spécialisés avec hébergement par exemple, la prévalence de la séropositivité au VIH des UDI est estimée à près de 14% en 1998. D'autres études avancent des fourchettes de prévalence plus importantes de l'ordre de 20 à 25%. Les taux de contamination par virus de l'hépatite C sont beaucoup plus importants : les 2/3 des toxicomanes UDI sont infectés par le VHC et 80% des toxicomanes infectés par le VIH sont également infectés par le VHC.

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la toxicomanie : la politique des pouvoirs publics s'attache à poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage en assurant la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Depuis 1987, les pouvoirs politiques se sont également attachés à intervenir auprès des demandeurs de drogues dans le but de réduire les pratiques à risques. Dans un premier temps, l'Etat a autorisé la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies puis par le biais de Programmes d'Echanges de Seringues (PES). A partir de 1993, une politique visant à réduire l'ensemble des risques sanitaires et sociaux a été mise en œuvre. Elle s'est d'abord concrétisée en 1994 par la mise en place de traitements de substitution par la méthadone dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes. En 1996, la France a autorisé la mise sur le marché d'un produit de substitution aux opiacés, la buprénorphine (subutex®).

La prise en charge des toxicomanes s'est donc considérablement diversifiée au cours des 6 dernières années et offre un éventail thérapeutique important. Cependant, le recul n'est pas encore suffisant et des travaux d'évaluation manquent pour apprécier la qualité du suivi des personnes sous traitement de substitution.

GROUPE "PRECARITE"

Ce groupe de travail réunit les représentants de 7 observatoires régionaux (Centre, Guadeloupe, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-pas-de-Calais et Provence Alpes-Côte d'Azur) dans le but d'assurer la maintenance et l'évolution des indicateurs statistiques présents dans la base de données « Score-Santé » relatifs aux situations de précarité.

Il s'agit donc d'assurer en relation avec les différents organismes producteurs de données la mise à jour et la validation des informations diffusées par la base « Score-Santé » portant sur trois sous-thèmes spécifiques : minima sociaux, accès aux soins et accès aux logements.

De plus, ce groupe de travail doit assurer l'évolution des indicateurs statistiques associés au thème dont il a la charge. Cette évolution consiste à créer, actualiser et valider de nouveaux indicateurs. Ceci comprend la recherche de nouvelles sources de données susceptibles de fournir des informations pertinentes sur les situations de précarité dans l'ensemble des régions de France, l'analyse des conditions de production de ces données, enfin la validation des indicateurs qui en sont extraits.

Ces derniers peuvent s'intégrer dans un sous-thème déjà existant. Ainsi, l'exploitation des données statistiques relatives à la Couverture Médicale Universelle (CMU) sera associée au sous-thème « accès aux soins ». Enfin, ces nouveaux indicateurs peuvent aussi être regroupés dans le cadre d'un nouveau sous-thème. En 2001, la création d'un sous-thème portant sur les conditions de vie est envisagé. Il traitera, entre autres, des conditions de logement et du niveau d'équipement des ménages.

Commanditaires :

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé/Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés/Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques/Institut de Veille Sanitaire

2. Tableau de bord régional en matière de conditions de travail, de sécurité et de santé professionnelle

Début : 1999

Sigle : TBR SANTE TRAVAIL

Présentation :

Les aspects liés aux risques professionnels sont très souvent passés sous silence dans la mesure où les données statistiques ne sont pas aisément disponibles. Or l'invisibilité sociale des atteintes à la santé liées au travail freine les actions de prévention. Pour mieux faire connaître la réalité de ces atteintes, la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle a confié à l'Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur la réalisation d'un tableau de bord régional sur les risques professionnels. La région Provence Alpes Côte d'Azur comptabilisait en 1997, 1 515 044 postes de travail. Les services et le commerce sont en nette progression et représentent 78 pour cent des actifs contre 69 pour cent au niveau national. Le tissu industriel est en profonde mutation. Cependant, à l'exception de la construction automobile, toutes les activités industrielles sont représentées dans la région. Depuis 1996, le nombre d'accidents du travail est en augmentation avec des taux de fréquence supérieurs aux taux nationaux. L'augmentation des maladies professionnelles concerne essentiellement les maladies de l'amiante et les affections périarticulaires. Les maladies de l'amiante sont retrouvées principalement dans des entreprises de réparation navale, du BTP, de la chimie - pétrochimie. Mais de nombreuses activités sont concernées, de même que de nombreuses professions. Les affections périarticulaires sont plus fréquentes dans le BTP, l'alimentation, les services et la métallurgie. Selon l'enquête Sumer, 8,5 % des salariés seraient exposés, en France, à des produits cancérigènes. Dans notre région, 58 cas de cancers professionnels ont été déclarés en 1998 et 25 reconnus pour la même période mais concernant des cas déclarés durant les années précédentes. De nombreuses études ont mis en évidence une importante sous-déclaration des maladies professionnelles. Ce tableau de bord vise à sensibiliser les différents acteurs en vue d'améliorer l'identification des maladies professionnelles et de renforcer les mesures de prévention.

Ce tableau de bord présenté lors d'une Conférence de Presse, en février 2000, organisée par le Préfet de Région a soulevé un très large intérêt. La deuxième édition est prévue en 2002.

Le Comité de Pilotage du tableau de bord est composé de : Pr. Alain Botta (Institut de médecine du travail - Faculté de médecine de Marseille), Pr. Christian Boutin (CHU de Marseille), M. Gérard Cadoch (Syndicat général de l'industrie chimique), M. Alain Cassan (CFDT), Dr. Jean Pierre Coulon (Mutuelles de Provence), M. François Coletti (IUT hygiène, sécurité, environnement), Dr. François Eisinger (Département prévention-dépistage, Institut Paoli-Calmettes), Mme Anne-Marie Gautier (ACT Méditerranée), M. André Grippi (CRAM SE), M. Jean-Luc Lasalle (Cellule inter-régionale d'épidémiologie d'intervention Sud-Est - DRASS), Dr. Marie-Pascale Lehucher-Michel (Consultation de pathologie professionnelle, CHU Timone), Dr. Evelyne Milella (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles CRRMP - ERSM.SE), Dr. Yolande Obadia (ors paca), Melle Cécile Rigard (ors paca), M. Roger Rossi (Union patronale du Var), Dr. Marie-Claire Roure (Médecine du travail, CHU Nice), M. André Sarkissian (Centre des jeunes dirigeants), M. Christian Sarrazin (SRITEPSA), Dr. Michèle Signouret (MIRT.MO - DRTEFP), M. Philippe Sotty (DRTEFP), Melle Marcelle Tipaldi (U3P - CRAM SE), Dr. Alain Viau (Mutuelles de Provence - ors paca), Dr. Camille Vitrac (GIMS).

Bibliographie :

00-R4, 98-C22, 98-R11, 98-R12, 97-R13

Commanditaires :

Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
Conseil Régional

3. Baromètre National Santé Adultes et Jeunes du Comité Français d'Education pour la Santé : analyses des données sur la vaccination et le cancer

Début : 1999

Sigle : BARO SANTE ADULTES ET JEUNES

Présentation :

Afin de mieux comprendre les comportements de santé, d'identifier leurs évolutions et de mettre en œuvre une politique de prévention plus adaptée, le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) a mis en œuvre un dispositif d'enquêtes régulières par téléphone auprès de la population générale.

L'ORS a été sollicité pour analyser les données et rédiger les chapitres concernant la vaccination et le dépistage des cancers.

Un groupe de travail s'est constitué afin d'homogénéiser les procédures de codage et d'analyse.

Cette étude associe le Comité Français d'Education pour la Santé, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies et la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

L'enquête a porté sur un échantillon de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans. Les individus ont été interrogés par téléphone en décembre 1999 par l'institut de sondage BVA. Par ailleurs et pour la première fois, cinq sur-échantillons ont été réalisés pour les 12-25 dans certaines régions françaises (12-75 ans pour une région seulement) afin d'étudier certaines spécificités.

La durée moyenne du questionnaire était de 33 minutes. Le taux de refus des ménages pour la France était de 25% ; le taux d'abandon de 2%. L'échantillon national était constitué de 6245 hommes et 7440 femmes.

Les analyses de la base pour les deux chapitres sont en cours.

D'autre part, en accord avec la Direction des Etudes du CFES, nous étudions la possibilité de faire une exploitation secondaire des données de tout le baromètre sur la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Commanditaires :

Comité Français d'Education pour la Santé

4. Appui méthodologique auprès de la DRS de Tunis pour la réalisation d'un tableau de bord des indicateurs sanitaires du Gouvernorat de Tunis

Début : 2000

Sigle : MISSION TUNISIE 4

Présentation :

Un partenariat est établi depuis 1996, avec la Direction Régionale de Santé Publique du Gouvernorat de Tunis. L'ors a apporté un appui méthodologique pour mettre en place un système d'information sanitaire et réaliser une enquête en population visant à mieux connaître les filières et le recours aux soins. Réalisée au mois de juin 1998, cette étude s'était attachée à décrire les trajectoires de soins dans le Gouvernorat de Tunis, en précisant notamment les itinéraires thérapeutiques et en analysant les facteurs susceptibles d'interférer dans le recours au dispositif de soins.

Pour l'année 2000, la Direction Régionale de la Santé de Tunis a désiré poursuivre son programme de coopération avec l'ORS PACA, soutenu par les accords de coopération décentralisée du Conseil Général des Bouches du Rhône.

Pour cette année, le programme de coopération a consisté en un appui méthodologique pour la réalisation d'un tableau de bord sur les indicateurs de santé du Gouvernorat de Tunis, avec définition d'indicateurs. Le développement de l'application EPISURV et la formation de base des interlocuteurs tunisiens pour les opérations de maintenance du recueil de données dans les unités sanitaires de base, seront également assurés dans le cadre de cette convention.

Bibliographie :
98-R16

Commanditaires :
Conseil Général des Bouches-du-Rhône

5. Cohorte de sujets infectés par le VIH contaminés par toxicomanie intraveineuse suivis à Marseille, Nice, Avignon et Ile-de-France

Début : 1995

Sigle : MANIF 2000

Présentation :

MANIF 2000 est une cohorte composée de patients séropositifs pour le VIH-1 qui ont tous été contaminés par le biais d'une toxicomanie intraveineuse. Le but initial de cette étude était de comparer l'évolution de la maladie VIH selon que les patients étaient des toxicomanes toujours actifs, substitués ou abstinents. Les modifications intervenues dans l'histoire de la maladie VIH, avec la diffusion des combinaisons thérapeutiques hautement active, et dans la prise en charge des toxicomanes, avec la diffusion de la substitution par buprénorphine, ont amené à revoir cet objectif. MANIF 2000 est devenue une cohorte d'observation des comportements s'intéressant notamment aux risques sexuels et liés à la toxicomanie, mais aussi à l'observance thérapeutique et à l'interaction entre substitution et traitement. L'inclusion dans la cohorte s'est étalée de juillet 1995 à juillet 1998. L'observation prévue sur cinq ans se terminera fin 2001 pour les 2/3 des patients, l'étalement des derniers recueils allant jusqu'au premier semestre 2003.

Au 30/10/2000, 2 577 visites de suivi ont été effectuées (dont 455 durant l'année 2000). Tous les patients ont dépassé la visite du 24^{ème} mois et 67 (14,3%) ont complété celle du 54^{ème} mois. A ce jour, 25 (5,3%) sont décédés et 63 (13,5%) sont sortis de l'étude. Lors de chaque suivi, des prélèvements biologiques sont stockés soit en azote liquide, soit en congélateur à -80°. Les congélateurs contenant 8000 culots sont centralisés à l'hôpital de la Timone, service de virologie. Deux cuves d'azote liquide, contenant à ce jour 60 000 prélèvements, sont gérées par le CRTS.

Principaux travaux de l'année 2000

L'étude sur les caractéristiques des patients porteurs d'hépatite B et l'incidence des séroconversions hépatite B, portant sur les 426 patients de MANIF non vaccinés pour l'hépatite B, a été finalisée. Elle montre une liaison entre séroconversion et incarcération (Rey et al. soumis à International Journal of STD and AIDS).

Deux études sur les femmes ont débuté, l'une, comparative selon le sexe des patients, a montré peu de différences entre hommes et femmes sauf en terme de prise de risque sexuel, plus fréquemment observée chez les femmes. L'autre porte sur les grossesses (32 grossesses répertoriées pour 137 femmes suivies) avec un travail qualitatif basé sur des entretiens en face à face qui a commencé en novembre 2000.

Un article court sur la consommation d'alcool chez les sujets co-infectés par le VIH-VHC est en cours de rédaction. En effet, le taux de consommateurs réguliers est élevé dans cette population ce qui pose un problème en terme de traitement de l'hépatite C.

Le descriptif des données cliniques, des hospitalisations et des décès a mis en évidence que les morbidités graves et la mortalité des sujets de MANIF étaient beaucoup plus liées aux problèmes de toxicomanie qu'à l'infection par le VIH (article en cours de finalisation). De plus, une analyse sur les facteurs associés à l'hospitalisation pour des problèmes de dépression sévère a montré le rôle des incarcérations multiples dans la poursuite d'une polytoxicomanie et l'absence de partenaire stable (article en cours de rédaction).

L'étude sur les résistances et mutations chez les patients naïfs de traitement ayant un partenaire également séropositif et traité par antiprotéase a débuté en 2000, afin de rechercher si des patients séropositifs non traités peuvent se «sur-contaminer» avec des souches résistantes (Pr Christine Rouzioux et Dr M-L Chaix).

Un travail descriptif portant sur une sous-cohorte de 144 patients suivis depuis leur première prescription de buprénorphine dans la cohorte et sur 137 patients abstinents d'injection et de substitution à l'inclusion montre la persistance de consommation de produits illicites et un taux élevé de prise de psychotropes. Ces résultats préliminaires soulèvent des questions concernant la sortie de la toxicomanie et les déterminants de l'arrêt des consommations qui feront l'objet d'études ultérieures.

Une analyse des facteurs associés à l'arrêt de l'injection après 18 mois de suivi dans MANIF a montré le rôle de la baisse de la consommation d'alcool, la moindre fréquence de consommation de cannabis, d'un entourage toxicomane et de pratiques sexuelles à risque, ainsi qu'une plus grande fréquence de prescription d'antirétroviraux chez ceux qui arrêtent l'injection. Aucune association avec la substitution a été retrouvée.

La construction d'un indicateur de précarité à l'aide d'une analyse factorielle a été réalisée à partir des données d'inclusion de MANIF 2000 afin d'étudier l'influence de la précarité sur la prise de risque.

Une étude a montré l'association significative entre observance auto-déclarée et dosage plasmatique de l'Indinavir chez 57 patients sous trithérapie avec Indinavir (article accepté par AIDS).

Bibliographie :

01-SP1, 01-SP6, 01-SP7, 01-S4, 00-SP2, 00-C18, 00-C27, 00-C29, 00-P1, 00-P2, 00-P7, 00-R1, 99-S2, 99-S3, 99-C1, 99-C5, 99-C6, 99-C8, 99-C13, 99-C16, 99-C18, 99-R1, 99-O3, 98-S11, 98-C1, 98-C9, 98-C16, 98-C17, 98-C23, 98-C24, 98-C25, 98-P7, 98-P9, 98-P14, 97-C3, 97-C19, 97-P1, 97-P7, 97-R15, 96-C12, 96-P4, 96-R1

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Conseil Général des Bouches du Rhône, Ensemble Contre le Sida

6. Les femmes au sein de la cohorte MANIF 2000 de sujets infectés par le VIH par voie toxicomane : évolution des comportements à risque, vécu du traitement et histoire gynéco-obstétricale

Début : 2000

Sigle : MANIF FEMMES

Présentation :

Une étude comparative selon le sexe des patients a montré qu'à l'inclusion dans la cohorte MANIF 2000, les femmes étaient significativement plus jeunes que les hommes, qu'elles avaient un niveau d'études supérieur et que, par contre, elles avaient moins d'antécédents d'incarcération. Les comparaisons de l'évolution clinique d'une part et des pratiques de toxicomanie dans le temps d'autre part, n'ont par contre pas mis en évidence de différences significatives entre les deux groupes. Un quart des sujets toxicomanes à l'inclusion ont arrêté la toxicomanie par voie intraveineuse au cours du suivi ; seuls 10% des patients ont déclaré un usage de drogue par voie IV à tous les suivis. Cette évolution est identique chez les hommes et chez les femmes.

Au cours du suivi, les femmes sont apparues comme étant de plus grandes consommatrices de psychotropes que les hommes mais elles se déclaraient également moins déprimées. Enfin, plus de la moitié des femmes n'utilisaient pas systématiquement les préservatifs avec leur partenaire principal et près d'un tiers avaient le même comportement avec leurs partenaires occasionnels. Cette prise de risque sexuel, plus fréquemment observée chez les femmes que chez les hommes au cours du suivi, a été corroborée par une plus grande fréquence des MST chez les femmes.

Une autre étude porte sur les grossesses. Sur 137 femmes incluses dans MANIF, 32 ont débuté une grossesse pendant le suivi. Certaines femmes ont accouché et d'autres ont choisi d'interrompre leur grossesse. Un travail qualitatif basé sur des entretiens en face à face a commencé en novembre 2000. La grille d'entretien comporte notamment des questions sur le devenir et la prise en charge de la grossesse et le suivi médical jusqu'à sa terminaison, sur les circonstances du début de la grossesse, ainsi que sur le contexte socio-économique dans lequel a débuté la grossesse et les soutiens affectifs et familiaux dont disposait la femme. La co-infection par l'hépatite C est également évoquée à cette occasion. Cette étude devrait permettre de mieux cerner le profil des femmes qui ont eu des grossesses et les facteurs qui ont plus influencé leur mode de terminaison. Jusqu'à présent 20 femmes ont pu être interviewées et l'analyse de leurs réponses est en cours. D'autres interviews sont prévus en mars 2001.

Perspectives 2001

L'absence de différences majeures dans la comparaison de l'évolution des pratiques d'addiction, des comportements sexuels et des conditions de vie chez les hommes et chez les femmes a conduit à revoir les objectifs d'analyse des données de la cohorte en fonction du sexe et à recentrer ces objectifs sur des études concernant plus spécifiquement le groupe des femmes elles-mêmes. Trois axes d'études spécifiques aux femmes ont donc ainsi été envisagés pour l'année à venir : Finaliser l'enquête qualitative concernant les événements gynéco-obstétricaux chez les femmes de la cohorte ; Préciser le rôle de la contraception vis-à-vis des prises de risques sexuels et des MST (69% des femmes de MANIF utilisent une contraception, cette contraception est différente du préservatif masculin pour 42% d'entre elles) ; Décrire l'évolution dans le temps des comportements à risque chez les femmes.

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

7. Etude de l'interaction médicamenteuse entre les inhibiteurs de la protéase et la buprénorphine ou la méthadone chez des patients infectés par le VIH et contaminés par voie toxicomane

Début : 2000

Sigle : INTERACTION ANTIPROTEASE/BUPRENORPHINE

Présentation :

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence une éventuelle interaction pharmacocinétique des inhibiteurs de la protéase sur la buprénorphine ou sur la méthadone chez des patients infectés par le VIH.

Les objectifs secondaires : Déterminer les paramètres pharmacocinétiques de population de la méthadone chez les patients infectés par le VIH et traités ou non par les inhibiteurs de la protéase ; Evaluer les conséquences cliniques de l'interaction entre inhibiteurs de protéase et traitement de substitution sur la qualité de la substitution ; Evaluer les conséquences de l'interaction entre inhibiteurs de protéase et traitement de substitution sur les concentrations en IP ; Etablir de nouvelles recommandations thérapeutiques permettant d'optimiser l'efficacité des combinaisons antirétrovirales et/ou de substitution lorsqu'elles sont associées.

Cette étude prospective, multicentrique, transversale et ouverte de patients infectés par le VIH et substitués, sera réalisée sur deux groupes : Groupe 1 : patients substitués par la buprénorphine ou par la méthadone, recevant un traitement antirétroviral ne comportant pas d'inhibiteurs de protéase. Groupe 2 : patients substitués par la buprénorphine ou par la méthadone, recevant un traitement antirétroviral comportant un inhibiteur de la protéase (indinavir, ritonavir ou nelfinavir).

Un à cinq prélèvements sanguins seront réalisés pour la mesure des concentrations de méthadone ou de buprénorphine et de l'antiprotéase. A partir de ces données, nous déterminerons les différents paramètres pharmacocinétiques.

Critères d'inclusion : Patients séropositifs VIH-1, d'âge > 18 ans, ayant eu une toxicomanie active, substitués par la buprénorphine ou par la méthadone, consentement éclairé signé.

Critère principal de jugement : Le critère principal est l'existence d'une interaction médicamenteuse majeure, définie par une variation d'au moins 40% des paramètres pharmacocinétiques de la buprénorphine (Concentration maximale : Cmax) et de la méthadone (Aire sous la courbe : AUC ; Concentration maximale et minimale : Cmax. et Cmin.) entre les groupes 1 et 2.

Au total, 50 patients seront inclus dans chaque groupe avec inhibiteur de protéase ou sans inhibiteur de protéase, soit 25 patients sous méthadone et 25 sous buprénorphine dans chaque bras de traitement pour mettre en évidence une différence de 40 % entre les paramètres pharmacocinétiques de la buprénorphine ou de la méthadone entre les patients sous IP et les patients sans IP.

Les dosages seront réalisés dans le Laboratoire de Pharmacocinétique et Toxicocinétique (Service du Professeur Durand) - CHU de la Timone à Marseille, sous la responsabilité du Pr. Lacarelle.

L'ORS/INSERM U379 s'occupera de la mise en place et du recueil des données de l'étude. Nous réaliserons les analyses des résultats.

Commanditaires :

Laboratoire de Pharmacocinétique et Toxicologie/Agence Nationale de Recherches sur le Sida

Laboratoire Schering Plough

8. Vih : Enquête Sur des Personnes Atteintes (enquête VESPA)

Début : 2000

Sigle : VESPA

Présentation :

La situation thérapeutique des personnes infectées par le VIH s'est grandement améliorée depuis l'apparition des traitements antirétroviraux hautement actifs. Cependant, peu de données représentatives existent quant au mode de vie et aux différents problèmes soulevés par la chronicisation de la maladie. Les enquêtes existantes sont anciennes ou parcellaires, les informations concernant les modes de vie obtenues à travers l'étude de différentes cohortes de patients ne correspondent qu'à des données centrées essentiellement sur l'offre de soins ou les professionnels de santé, et elles n'ont pas comme objectif principal d'investir les besoins des patients.

L'objectif de la recherche est de décrire les conditions de vie et la situation sociale des personnes infectées par le VIH au début des années 2000 dans un contexte de disponibilité et d'accès à des traitements qui réduisent et retardent les manifestations pathologiques de l'infection et allongent l'espérance de vie d'une durée encore très incertaine.

La démarche choisie est de mettre en place une enquête nationale ayant vocation à être répétée de façon régulière pour faire le point sur l'impact de la chronicisation sur les conditions de vie des personnes séropositives et d'identifier les insuffisances dans la mise en œuvre des dispositifs sociaux, les inégalités et les discriminations. L'équipe constituée autour de ce projet rassemble des chercheurs ayant des compétences et une expérience dans les différents champs étudiés afin qu'ils soient abordés de façon pertinente dans l'enquête. Celle-ci s'attachera à décrire les situations de vie des personnes atteintes (Accès aux soins et prises en charge médicale, Retentissement de l'infection à VIH et de son traitement, Insertion professionnelle, Ressources et conditions de vie, Entourage et vie sociale, Vie affective et sexuelle, Parentalité) et à analyser les facteurs qui ont une incidence sur ces situations.

Toutefois, devant la nécessité de mettre en place un échantillon représentatif des personnes diagnostiquées séropositives et la complexité de définir la méthodologie de l'enquête et d'évaluer le volume et la nature des ressources nécessaires à sa réalisation, une première année (2001) est consacrée à une série des travaux préalables :

- Pour réaliser le plan d'échantillonnage, 3 types de pré-enquêtes sont envisagés : une analyse des bases de données nationales existantes, une pré-enquête dans les services hospitaliers ainsi qu'une pré-enquête sur la population non suivie à l'hôpital pour le VIH. C'est à partir de ces 3 séries de pré-enquêtes que seront définis la population enquêtée, le mode de constitution de l'échantillon et sa structure.

- Parallèlement à ces 3 types de pré-enquêtes, les chercheurs sont chargés d'élaborer chacun un module du questionnaire.

- L'étude préparatoire sur les modalités de réalisation du recueil de l'information (conditions de passation, choix des enquêteurs, logistique) constitue la dernière phase de l'année 2001.

Un comité de pilotage, mis en place par l'ANRS et constitué d'institutions (Conseil National du Sida, Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins), d'associations (Act-Up, Aides, Asud, Ikambere, Sida Info Service), de professionnels (médecins hospitaliers et de ville, travailleurs sociaux), de chercheurs et de représentants d'instances scientifiques de l'ANRS (CSS5, AC 18-2, AC 18-1) a pour fonction de servir d'interface entre l'équipe de recherche et les acteurs de la lutte contre le sida. Il est présidé par le Professeur Claudine Herzlich.

Le groupe de recherche VESPA est constitué des équipes de l'Observatoire Régional de la Santé, de l'Unité 88 de l'INSERM, du Centre de Recherche Médecine (CERMES), de l'UMR Matisse-CNRS, de l'Unité 430 de l'INSERM, et de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED).

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

9. Cohorte multicentrique de patients infectés par le VIH observés à partir de la mise sous inhibiteurs de protéase (ou antiprotéases)

Début : 1996

Sigle : APROCO

Présentation :

Cette cohorte a pour objectif principal d'étudier l'évolution clinique et biologique ainsi que les comportements d'observance des patients infectés par le VIH débutant un traitement avec antiprotéases dans le contexte de la pratique des prescriptions antirétrovirales en 1997 en France.

L'observance est mesurée par des auto-questionnaires, et se base sur les déclarations des patients quant aux prises réalisées dans les derniers jours.

La mesure de l'observance est un phénomène dynamique : respectivement, les patients hautement, moyennement et peu observants sont 56%, 33% et 11% à M4, 62%, 32% et 6% à M12 et 59%, 32% et 9% à M20. 31% des patients restent hautement observants tout du long du suivi. 52% ont une observance haute entre 1 et 2 fois, et 17% n'ont jamais atteint un niveau d'observance haute.

A chaque suivi, le % de patients en succès virologique est significativement plus élevé chez les sujets avec une « haute observance », ce qui témoigne d'une bonne fiabilité des informations recueillies dans les auto-questionnaires.

Une première analyse sur 336 patients initiant une trithérapie classique et n'ayant pas changé de traitement pendant les 4 premiers mois, a montré que le nombre de symptômes subjectifs déclarés par les patients au cours du premier mois après la mise sous traitement joue un rôle important dans l'établissement d'une bonne observance 4 mois après, après ajustement par régression logistique sur des variables déjà décrites comme associées à l'observance. Les symptômes subjectifs sont plus importants à prendre en compte pour l'observance que la toxicité réelle des médicaments relevés dans le questionnaire médical.

Une analyse de l'ensemble des patients d'Aproco de la première période d'inclusion montre que les facteurs mesurables à l'initiation du traitement ne sont pas suffisants pour prédire la non-observance à M4. D'autres facteurs liés à la dynamique du vécu du patient sont déterminants pour l'observance au cours des premiers mois de traitement. Ces éléments semblent en faveur du rejet du modèle prédictif de l'observance, qui tendrait à pouvoir discriminer les patients observants des autres a priori avant la mise sous traitement en fonction de critères socio-démographiques ou psychosociaux. Nous défendons une approche plus empathique qui vise à tenir compte d'éléments survenant pendant le traitement, comme les effets secondaires, les événements de vie négatifs ou la mise sous substitution. La validité de notre modèle justifie une politique de santé publique en faveur d'un accompagnement fort des personnes sous traitement antirétroviral afin de renforcer l'observance. Nous continuons à examiner la validité de ce modèle sur le long terme, en recherchant quels sont les facteurs associés au maintien de l'observance au cours du temps.

En regardant l'évolution à long terme, nous avons sélectionné un échantillon de 528 patients qui ont répondu aux questionnaires d'observance entre M0 et M20. 293 patients étaient observants à M4 mais seulement 202 patients sont restés observants à M20. Nous sommes en train de comparer les 91 patients qui ont arrêté d'être observants à M20 avec les 202 patients qui le sont toujours. Il ressort que parmi l'ensemble des 293 patients, 76% déclarent au moins un symptôme lié aux lipodystrophies et 52% ressentent une modification de l'aspect physique. Le lien entre ces perceptions et le maintien de l'observance sera recherché ainsi que la concordance avec les déclarations des médecins.

Bibliographie :

01-SP8, 01-S1, 01-C4, 01-P3, 00-C17, 00-C26, 00-P11

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (C5)

10. Intervention sur l'observance thérapeutique des patients infectés par le VIH

Début : 1999

Sigle : NICE OBSERVANCE

Présentation :

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer une méthodologie d'intervention destinée à faciliter ou à renforcer l'observance des patients infectés par le VIH et à limiter les phénomènes d'échappement thérapeutique ; de contribuer à l'élaboration d'un modèle d'analyse des conduites de soin des personnes infectées par le VIH engagées dans un traitement.

Le principe d'intervention retenu pour cette étude se base sur une action auprès des soignants afin de développer leurs capacités d'écoute et de soutien aux malades.

Les données sont recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire à l'inclusion (J0) et à six mois après l'inclusion (M6), et sont complétées par des entretiens approfondis et des grilles centrées sur les traitements dans la vie quotidienne. Parallèlement, un relevé des données médico-cliniques est effectué à partir des dossiers médicaux.

Le programme d'intervention a démarré avec la formation du personnel soignant dans les trois services du CHU de Nice prenant en charge l'infection à VIH, en avril 1999. Les premiers patients sous multithérapies ont commencé à être inclus dans le protocole à partir du mois de juin 1999.

Actuellement, plus de 150 patients ont été inclus dans le groupe "intervention" et un nombre équivalent est suivi dans le groupe "contrôle". Sur la base des résultats de cette première expérience, une extension à un essai randomisé d'intervention sera envisagée en relation avec un projet d'Action Européenne en cours d'élaboration avec le Service de Psychiatrie et d'Epidémiologie Comportementale de l'Hôpital Cotugno à Naples et le Département de Santé Publique du Royal Free Hospital de Londres.

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (C5)

11. Déterminants du dépistage tardif de l'infection à VIH

Début : 1999

Sigle : DEPISTAGE TARDIF VIH

Présentation :

Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants sociaux du recours tardif au dépistage du VIH chez les patients nouvellement dépistés. Le développement des traitements de l'infection à VIH a renouvelé l'intérêt du dépistage. En effet, les spécialistes considèrent qu'une prise en charge précoce améliore le pronostic médical. Plusieurs éléments peuvent intervenir dans la décision individuelle du dépistage. Une enquête est conduite auprès de tous les nouveaux patients reçus dans les services hospitaliers participant aux CISIH de Marseille en 1997, 1998 et 1999. Deux questionnaires ont été administrés. Le premier porte sur les caractéristiques médicales des patients. Le second a trait aux comportements à risques de ces derniers et aux circonstances environnant la réalisation du premier test positif.

Entre juin et avril 2000, un groupe de 319 patients a été constitué à partir des files actives des services hospitaliers participant au CISIH de Marseille. Ont été inclus, les patients majeurs dont la découverte de la séropositivité au VIH est postérieure au 1^{er} janvier 1997. Le taux de participation est de 73%. Cette enquête témoigne de la part des recours tardifs au dépistage parmi les personnes atteintes. En effet, 14,9% d'entre-elles ont découvert leur statut sérologique alors qu'elles présentaient déjà un sida. De manière plus globale, plus du tiers de l'échantillon (38,1%) témoigne d'un recours tardif au VIH si l'on tient compte sur une période de six mois après le test annonçant la séropositivité au VIH soit des symptômes associés (stade C) soit du niveau de CD4 (inférieur à 200).

L'analyse statistique de ces données a permis de mettre en évidence le poids de certains facteurs sur les pratiques de dépistage. Ainsi, les usagers de drogues par voie intraveineuse et les personnes âgées de plus de 35 ans seraient plus fréquemment exposés à un recours tardif du dépistage du VIH.

De la même façon, les patients qui témoignaient au moment de leur séroconversion d'une pratique de dépistage régulière (64.4% des patients) ou volontaire (56.7% des patients) ont été dépistés de façon plus précoce que ceux qui ont découvert leur séropositivité à l'occasion de leur premier test ou dont le test a été fait sur le conseil d'un médecin. Le dépistage tardif est aussi significativement moins fréquent parmi les patients qui ont déjà utilisé les services d'un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit et parmi les patients qui ont été dépistés en dehors du cadre hospitalier.

L'analyse des déterminants du dépistage tardif du VIH, réalisée par régression logistique, montre qu'après ajustement sur le sexe et le niveau d'études, seuls l'âge, l'usage de drogues par voie intraveineuse et le fait d'avoir découvert sa séropositivité au VIH à l'occasion du premier test réalisé, restent significativement liés au recours tardif au dépistage.

Ces résultats soulignent l'intérêt d'une réflexion sur la notion de dépistage tardif et suggèrent l'intérêt d'élargir les critères habituellement retenus pour définir le recours tardif au dépistage. En effet, restreindre le recours tardif au dépistage au patient présentant un Sida à la découverte de sa séropositivité au VIH ne permet pas de rendre compte de l'ampleur du phénomène et de la complexité des situations qui y sont associées.

Bibliographie :
00-R11

Commanditaires :
Direction Départementale Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches du Rhône

12. Réseau européen de prévention de l'infection à VIH/Sida et des hépatites virales en milieu carcéral.

Début : 1998

Sigle : RESEAU PRISON 4

Présentation :

Depuis 1995, l'ors paca coordonne, avec l'Institut Wissenschaftliches Institut der Arzte Deutschlands (WIAD - Bonn, Allemagne), le réseau européen sur la prévention des infections à VIH/Sida et des hépatites virales en milieu carcéral. Ce réseau est centré autour de coordonnateurs nationaux, implantés dans chacun des pays membres de la Communauté Européenne.

Les objectifs du réseau sont : de collecter et comparer les informations à caractère épidémiologique et de santé publique sur l'infection à VIH et les hépatites virales dans les prisons de la Communauté Européenne ; mettre au point des outils de surveillance épidémiologique ; diffuser les informations disponibles et élaborer des recommandations sur la politique de prévention et de réduction des risques en milieu carcéral.

Pour accomplir ces objectifs, le réseau organise des séminaires (Marseille 1996, Bonn 1997, Milan 1999), anime un site Internet (www.multimania.com/euronethhpp/) et réalise des études multicentriques. Un quatrième séminaire aura lieu à Lisbonne (mars 2001).

Une étude pilote sur les attitudes, connaissances, croyances et comportements des surveillants de prison face aux maladies infectieuses a été réalisée. Elle a été menée dans 5 pays européens (16 établissements pénitentiaires), en partenariat avec les Ministères de la Justice entre 1998 et 1999. Les analyses ont été effectuées au cours de l'année 2000.

Résultats :

Le taux de participation à l'enquête était de 38,5% (de 16% en Belgique, 20% en Grèce, 22% au Portugal, 65% en France et 70% en Italie). Cette étude a montré les différences de connaissances des modes de transmission du SIDA suivant les établissements (plus faible dans les établissements grecs, portugais et italiens). Les scores d'incertitude sont plus élevés dans les établissements grecs, italiens et portugais (63% croient à tort que le VIH est transmissible par la salive). Une forte proportion de surveillants surestiment la prévalence du VIH dans leur établissement (44%) et craignent d'être contaminés par le VIH (57%). La très grande majorité déclare être favorable à de nombreuses mesures de prévention à destination des détenus comme des surveillants. Mais des attitudes discriminatoires sont exprimées (refus opposé aux détenus séropositifs de travailler dans les cuisines (68%), ou leur isolement dans la détention (33%)) ; 86% des surveillants souhaiteraient connaître le statut sérologique des détenus. Enfin après ajustement sur le pays et l'âge, les analyses ont montré que les surveillants ayant un plus faible niveau d'études, ceux considérant le caractère agressif et violent comme un trait caractéristique du toxicomane, ceux craignant d'être contaminés sont plus souvent en faveur d'un isolement des détenus. Le souhait de connaître le statut sérologique des détenus est négativement corrélé avec le score de tolérance et positivement corrélé avec le score de connaissance des modes de transmission.

Cette étude pilote a souligné la nécessité d'améliorer la politique de prévention en milieu pénitentiaire en direction des surveillants pour renforcer les bonnes pratiques en matière de gestion du risque de contamination et ainsi réduire les risques objectifs et subjectifs, mais aussi pour éviter une discrimination à l'égard des détenus séropositifs dont la conséquence est, en plus des aspects éthiques, une moindre adhérence aux traitements. Nos résultats suggèrent qu'une telle politique est attendue par le personnel pénitentiaire et que des programmes innovants appropriés pourraient être mis en place en concertation avec lui. Ces résultats ont été présentés lors de congrès (Amsterdam, Durban) et ont montré la nécessité de renouveler cette étude.

Une étude est également menée sur la mortalité et la récidive pénale chez les sortants de prison. Ce volet s'intègre, pour la France, dans une étude visant à évaluer le dispositif de préparation à la sortie des détenus (Voir fiche évaluation de l'étude Evaluation des Unités Pour Sortants de prison).

Bibliographie :

01-SP1, 01-P2, 01-02, 00-G1, 00-C7, 00-C11, 00-C15, 00-P8, 00-O1, 99-C4, 99-C5, 99-C8, 99-C11, 99-C12, 99-C15, 99-C25, 99-R2, 99-O2, 98-S9, 98-C5, 98-C8, 98-C18, 98-C26, 98-P3, 98-P6, 98-P13, 98-R2, 98-R6, 97-S1, 97-C2, 97-C10, 97-C14, 97-C15, 97-C17, 97-C18, 97-A1, 97-R2, 97-R12, 96-C8, 96-C9, 96-R16

Commanditaires :

Commission Européenne/WIAD

Ensemble Contre le Sida (9ème appel d'offres)

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

13. Réseau sur l'évaluation dans 27 pays européens des politiques de dépistage sur le VIH.

Début : 1998

Sigle : EVAL DEPISTAGE EUROPE

Présentation :

Les objectifs de ce projet financé par la Communauté Européenne dans le cadre du programme "prévention du Sida et d'autres maladies transmissibles" étaient de faire le point sur les politiques et pratiques de dépistage du VIH dans les pays européens, d'apprécier l'impact des politiques engagées en terme de prévention et de réaliser un guide consensuel de "bonne pratique" en matière de dépistage du VIH. Le projet, initié en avril 1998 par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, regroupe 27 pays européens.

L'équipe française a été plus particulièrement chargée d'analyser les aspects épidémiologiques d'une part, et d'autre part les données concernant l'accès aux traitements anti-rétroviraux et en particulier aux traitements prophylactiques après une exposition accidentelle au VIH.

Le recueil des données a été réalisé dans chaque pays à partir de septembre 1998. Les informations recueillies ont été restituées sous forme d'un rapport rédigé dans la langue du pays par chaque collaborateur national. La synthèse est assurée conjointement par l'ORS et la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Le **rapport final** a été remis à la Commission Européenne en mars 2000.

Les résultats concernant la prophylaxie après exposition au VIH ont été présentés au cours de la "3rd European Conference on the methods and results of social and behavioral research on Aids" (Amsterdam, 13-16 février 2000) puis lors de la 13th Conférence Internationale sur le SIDA à Durban en Juillet 2000 (TuOrC341)

La comparaison des politiques nationales en matière de prophylaxie après exposition au VIH a fait l'objet d'un **article publié** en décembre 2000 dans AIDS Care.

La majorité des pays européens participant à l'enquête (23/27) ont défini un guide national de recommandations pour la prise en charge des expositions professionnelles au VIH.

Pour les expositions accidentelles au VIH qui surviennent en dehors du contexte professionnel, seuls cinq pays (dont la France) possèdent des recommandations nationales spécifiques et un autre pays a adopté les recommandations américaines. Dans 13 pays, la prophylaxie n'est jamais recommandée en dehors du contexte professionnel, mais elle peut être prescrite dans certaines circonstances exceptionnelles. Enfin, dans les 8 derniers pays, il n'est pas possible de recevoir un traitement prophylactique après une exposition non professionnelle au VIH.

Bien que les risques de contamination par le VIH soient tout à fait comparables quel que soit le type d'exposition au VIH (professionnelle ou non), dans la majorité des pays européens, la population n'a pas accès aux traitements prophylactiques après une exposition sexuelle au VIH ou une exposition accidentelle à du sang contaminé.

Bibliographie :

00-S14, 00-C5, 00-C16, 00-R6, 00-R8

Commanditaires :

Commission Européenne/London School

14. Évaluation biologique, clinique, psychosocio-comportementale et économique de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH en Côte-d'Ivoire

Début : 2000

Sigle : ONU - SIDA

Présentation :

Le programme commun des Nations Unies et de l'OMS sur le VIH/sida (ONUSIDA) a lancé en 1998, dans quatre pays en développement (Chili, Côte d'Ivoire, Ouganda, Vietnam), la phase pilote d'une "Initiative" visant à améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH (Drug Access Initiative). A la demande d'ONUSIDA une évaluation reposant sur deux volets a été mise en place en Côte d'Ivoire : un premier volet concernant les aspects cliniques et biologiques a été confié au projet Retro-CI mis en place à Abidjan par le CDC d'Atlanta ; un second volet sur les aspects socio-économiques et psycho-comportementaux a été confié à l'ANRS. Celle-ci a confié à l'Unité 379, sous la responsabilité de JP Moatti, la coordination scientifique de ce volet qui est réalisé en collaboration étroite avec une équipe de l'IRD (ex-ORSTOM) et des partenaires ivoiriens (GIDIS-CI, Université d'Abidjan, etc.).

Cette évaluation pour laquelle la collecte des données a été réalisée au cours de l'année 2000 repose sur une approche pluri-méthodologique (entretiens, questionnaires, analyse économétrique des prix des médicaments ; enquêtes transversales, suivi de cohortes) et s'articule autour de quatre axes principaux :

Analyse des processus décisionnels et de l'impact sur le système de soins (entretiens, analyse de la presse, analyse des comptes de la santé).

Evaluation des bénéfices supplémentaires de l'Initiative pour les patients infectés par le VIH (entretiens, enquête transversale par questionnaires en face-à-face auprès d'un échantillon de 800 personnes infectées, traitement de données de la cohorte Retro-CI de patients sous traitement antirétroviral).

Evaluation de l'impact de l'Initiative sur les professionnels et bénévoles impliqués dans la prise en charge de personnes atteintes par le VIH/sida (entretiens, enquêtes transversales par questionnaires en face-à-face et auto-questionnaires auprès d'un échantillon de 350 médecins et professionnels de la santé engagés dans la prise en charge du VIH).

Evaluation de l'impact de l'Initiative sur la perception du VIH dans la population ivoirienne (entretiens, enquête transversales par questionnaires en face-à-face dans un échantillon tout venant de consultants de centres de soins primaires).

Un protocole similaire, coordonné par Yves Souteyrand de l'ANRS a été mis en place au Chili.

Les résultats préliminaires de l'évaluation en Côte d'Ivoire ont été présentés en Juillet 2000 à la Conférence Mondiale sur le Sida de Durban et ont déjà eu un impact significatif sur la réorientation des politiques suivies en ce domaine par les organisations internationales (par exemple, par une plus grande attention à l'importance d'une véritable politique en matière de génériques y compris pour les molécules antirétrovirales). Un ouvrage édité par l'ANRS devrait paraître au premier trimestre 2001.

Un nouveau programme de recherches sur l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays en développement (ETAPSUD), plus vaste et devant associer différentes équipes, dont la coordination a été confiée par l'ANRS à JP Moatti et Y Souteyrand, devrait être mis en place à l'hiver 2001.

Bibliographie :

00-C19, 00-C20, 00-P9

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

15. Prise en charge médicale des personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans le Sud-Est de la France

Début : 1998

Sigle : HEPATITE C MEDECIN

Présentation :

Plusieurs modes de contamination ont été impliqués dans l'épidémiologie de l'hépatite C : la transfusion de produits sanguins, l'usage de drogues par voie intraveineuse, la voie nosocomiale. Grâce au mode de sélection et au dépistage systématique des donneurs de sang, la transfusion sanguine n'est plus aujourd'hui un mode de transmission significatif du virus C. Bien que les pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) se soient améliorées au cours des dernières années, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste un moteur important de l'épidémie. Il est donc indispensable que des études soient conduites sur ce sujet dans notre région qui se caractérise par une proportion élevée d'UDVI et de personnes infectées par le virus du Sida. Une enquête récente du SESI a d'ailleurs montré que le taux de recours aux soins pour hépatite chronique C par million d'habitants adultes était le plus élevé dans les régions Ile-de-France et PACA-Corse (185/100 000).

Les études réalisées par l'ORS PACA ont contribué à l'estimation réalisée par le Réseau National de Santé Publique : 550 000 personnes seraient infectées par le virus C en France. L'estimation du nombre de nouveaux malades diagnostiqués (6 000 cas annuels dont 3 500 à 5 000 traités), à partir du travail réalisé par l'équipe de Françoise Roudot-Thoraval, contraste fortement avec l'estimation de 550 000 personnes infectées. Il est donc essentiel de s'interroger sur cette discordance entre le nombre important de personnes infectées par le virus VHC et le faible nombre de personnes prises en charge et traitées.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins, notamment ceux conduits à prendre en charge le suivi et le traitement de l'hépatite C dans une région à forte prévalence de toxicomanie et de Sida. Elle est basée sur trois questionnaires : le premier administré par voie téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes et spécialisés, le deuxième rempli par les médecins pour décrire les patients vus en consultation au cours d'une brève période, et le troisième rempli par les patients infectés par le virus C.

301 médecins généralistes (MG) et 200 médecins spécialistes (SPE) du Sud-Est de la France ont été interrogés sur leurs pratiques de dépistage du VHC, leurs connaissances de l'épidémie et de l'histoire naturelle de la maladie, leurs opinions sur la prise en charge de la maladie, leurs caractéristiques socio-démographiques et leur mode d'exercice.

Alors que les médecins généralistes semblent proposer très souvent un test de dépistage aux toxicomanes, la proposition d'un test chez les personnes transfusées ainsi que l'identification de ces facteurs de risque, ne sont pas optimales. Une analyse multivariée a montré que plusieurs caractéristiques des MG étaient indépendamment et négativement associées à la pratique d'un test de dépistage du VHC (MG âgé de plus de 40 ans (odds ratio:3,12), ne pas voir de toxicomanes en consultation (odds ratio: 2,24), ne pas ou peu prescrire de dépistages du VIH (odds ratio: 5,55)). D'autres caractéristiques liées à la connaissance de l'histoire naturelle de l'hépatite C et de sa prise en charge étaient également associées à la fréquence du dépistage. En revanche, l'estimation de l'ampleur de l'épidémie n'était pas liée à une meilleure pratique du dépistage du VHC.

365 patients ont rempli un auto-questionnaire et 250 médecins nous ont renvoyé une fiche concernant le patient vu en consultation au cours d'une période donnée. L'analyse de ces données est en cours. Cette analyse devrait permettre de compléter l'information sur le suivi médical du patient UDVI.

Cette étude a été réalisée avec le concours du Réseau MPAC, notamment du Pr André Gauthier et du Pr Danièle Botta-Friedland.

Le Comité Scientifique de l'étude est composé de : Dr Marc Bourlière, Dr Philippe Hofliger, Dr Luc Niel, Dr Denis Ouzan, Pr Stanislas Pol, Dr Isabelle Portal-Bartolomei, Pr Albert Tran, Pr Dominique Valla.

Bibliographie :
00-C28

Commanditaires :
Agence Nationale de Recherches sur le Sida

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

Début : 2000

Sigle : HEPATITE C - EVAL ECO

Présentation :

La prévalence élevée et l'évolution fréquente de la maladie vers des formes graves, ainsi que les récentes innovations thérapeutiques font du dépistage et de la prise en charge médicale de l'hépatite C un enjeu socio-économique considérable. Ce projet de recherche est basé sur le constat qu'aucune étude en France, ni semble-t-il au plan international, n'a évalué d'emblée l'impact économique du dépistage et du traitement de façon associée. Cette dichotomie entre les deux aspects peut conduire soit à des réponses trop incomplètes, soit même à des biais en termes de décisions considérées comme optimales.

L'objectif principal de ce projet est de réaliser une évaluation médico-économique des stratégies de dépistage de l'hépatite chronique C en fonction de la prévalence, des schémas thérapeutiques et de l'histoire naturelle de la maladie. Les objectifs secondaires de ce projet sont d'une part, d'apporter des éléments d'information pertinents d'aide à la décision pour la politique et les pratiques de dépistage et de traitement de l'hépatite chronique C, et d'autre part, de contribuer à la définition de paramètres socio-économiques pertinents pour les systèmes d'informations hospitaliers. En effet, ce projet de recherche permettra de confronter les données de la littérature avec celles collectées en temps réel dans le système d'information spécifique à l'hépatite C mis en place par le CISIH et la Fédération des Maladies Transmissibles, en collaboration avec les pôles de références Hépatite C régionaux. Notre projet aura pour terrain de réflexion le traitement de l'incertitude, notamment autour du ratio coût-efficacité. Axe de recherche actuellement développé dans l'unité INSERM U379, cette thématique théorique s'appuiera ici sur un terrain tout à fait propice. La modélisation de l'histoire naturelle du VHC par un modèle dit modèle de Markov permettra de prendre en compte d'une part la notion de temps et d'autre part l'impact du traitement et du retraitement sur l'histoire naturelle de la maladie. Enfin, une analyse coût-efficacité permettra d'évaluer les conséquences à long terme du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C, à la fois en termes d'efficacité (années de vie gagnées) et de coûts. Ce projet de recherche se déroulera sur une période de deux ans.

Ce travail de recherche permettra de contribuer à une amélioration de la modélisation dans l'évaluation économique du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C. Il sera également une base de travail sur la co-infection VIH-VHC. En s'appuyant sur les données de la base PACADIS, l'analyse s'éloignera des modèles théoriques habituels et proposera une évaluation plus proche de la réalité.

En outre, ce projet devrait aboutir à la création d'indicateurs socio-économiques pertinents pour l'évaluation de la prise en charge de l'hépatite C.

Bibliographie :

00-S16, 99-S7, 97-S6

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (AC20)

17. Evaluation de l'association interféron-ribavirine- amantadine chez des patients porteurs d'une hépatite chronique virale C et non répondeurs à l'interféron - ribavirine. Etude ouverte

Début : 1999

Sigle : INTERFERON/AMANTADINE

Présentation :

Un passage à la chronicité dans plus de 80% des cas et un risque évolutif vers la cirrhose et le cancer hépato-cellulaire font de l'hépatite virale C une maladie à fort potentiel de sévérité. Le traitement de l'hépatite C qui a pour but de contrôler la réplication virale et de diminuer le risque d'évolution vers les complications a constamment évolué depuis le début de la prise en charge de l'infection avec l'interféron. Le traitement de l'hépatite C reposait initialement sur l'interféron. L'efficacité de ce traitement était limitée puisque seuls 20% des patients traités pouvaient être considérés comme répondeurs à long terme au traitement. En 1999, l'autorisation de mise sur le marché de la ribavirine associée à l'interféron a renforcé l'efficacité du traitement avec 40% de répondeurs à long terme. Des études américaines ont étudié d'autre part l'effet de l'Amantadine dans la réduction du syndrome pseudo-grippal associé au traitement par interféron, et elles ont montré l'efficacité potentielle de l'amantadine dans la diminution de la réplication virale de l'ARN du VHC.

Dans ce contexte, le centre de référence hépatite C et le réseau hépatite C ville-hôpital de Marseille (MPAC) ont mis en place une étude contrôlée afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'association Interféron-Ribavirine-Amantadine chez des patients non répondeurs après trois mois de traitement par Interféron-Ribavirine.

Au cours de cette étude, le "retentissement psychosocial de la maladie et du traitement" ainsi que l'observance ont également été évalués à l'aide d'un auto-questionnaire remis au patient avant traitement, à la 12^{ème} et à la 28^{ème} semaine de traitement et 6 mois après l'arrêt du traitement.

La structure du questionnaire est à caractère multidimensionnel s'intéressant aux domaines suivants : activité physique, état psychologique, relations socio-familiales, observance et effets secondaires du traitement, relations avec le médecin, facteurs de risque. Il s'agit d'un auto-questionnaire strictement anonyme que le médecin remet au patient remplissant les critères d'inclusion au protocole.

Le centre de traitement CEN BIOTECH assure le monitoring informatisé du suivi de l'étude. Dans le cadre du réseau hépatite C, l'ORS PACA a été chargé de l'analyse des données.

L'analyse statistique de l'étude s'intéresse à :

1. L'évaluation des facteurs associés à la réponse au traitement par Interféron durant les 3 premiers mois
2. L'évaluation des facteurs associés à la réponse à l'Amantadine.
3. L'analyse des questionnaires « observance ».

Cette étude a débuté en 1998. 150 patients ont été inclus selon des critères préalablement définis (âge, présence hépatite chronique active avec ou sans cirrhose, naïf au traitement, contraception, consentement à l'étude). Les patients étaient traités pendant 12 semaines par interféron et ribavirine. Si le patient était répondeur au traitement à 3 mois, le traitement était poursuivi sur une période totale de 48 semaines; Si le patient était non répondeur à 3 mois, il recevait le traitement suivant : interféron + ribavirine + amantadine pendant 32 semaines. Les patients étaient suivis pendant 24 semaines après l'arrêt du traitement.

L'inclusion est terminée. La saisie des questionnaires est en cours. L'analyse des données devrait débuter en septembre 2001.

Commanditaires :

Réseau Hépatite C - MPAC

18. Mise en place d'un tableau de bord de la couverture vaccinale en population générale dans deux régions : Bourgogne et Provence Alpes Côte d'Azur

Début : 1999

Sigle : URCAM VACCINATION

Présentation :

Les données existantes dans notre région sont parcellaires et hétérogènes. L'évaluation de la couverture vaccinale pose un certain nombre de problèmes méthodologiques non encore résolus. Dans ce souci d'amélioration de la protection vaccinale de la population, les deux URCAM (Bourgogne et PACA) ont sollicité les Observatoires Régionaux de la Santé de Bourgogne et de Provence Alpes Côte d'Azur afin d'évaluer le taux de couverture vaccinale et de mieux connaître les pratiques vaccinales dans ces deux régions. La coordination d'ensemble des deux démarches régionales est assurée par la FNORS et, dans chacune des deux régions, la réalisation du projet est menée conjointement par l'ors et l'URCAM. Les régions Bourgogne et PACA représentées par les deux URCAM et ors partenaires proposent d'étudier la mise en place d'un tableau de bord régional de la couverture vaccinale de la population générale. Le projet commun aux deux régions se décompose en applications différentes afin d'optimiser les méthodes et les ressources. En région PACA, un questionnaire a été adressé aux institutions de la région impliquées dans la vaccination. Le but de cette enquête était d'identifier les dispositifs mis en place et les données disponibles dans chaque service. Au total, 65 questionnaires ont été retournés (sur 87 envoyés). Seulement 30% des institutions interrogées serait très intéressée de participer à un dispositif régional (en organisant par exemple des enquêtes ponctuelles afin d'évaluer la couverture vaccinale de leur clientèle,...) et 38% le sont moyennement.

Dans un deuxième temps et après l'accord de la CNIL, une enquête auprès d'un échantillon aléatoire d'assurés sociaux habitant la commune de Gap s'est déroulée en décembre 2000 dans le but de mettre au point un outil permettant d'évaluer la couverture vaccinale des adultes. Les personnes ont été interrogées par téléphone par l'institut de sondage Carniel Marketing (implanté sur Marseille). Les données recueillies au cours de l'enquête seront croisées avec les informations obtenues à partir du fichier de remboursement des soins médicaux grâce au codage des médicaments. Le questionnaire utilisé pour l'enquête a été validé au préalable dans un centre d'examen de santé.

Un Comité de pilotage Régional présidé par le chargé de projet de l'URCAM, Monsieur Michel Emery, a été constitué. Il est composé de : Pr Marc Albertini (CHU Nice), Dr Charlie Chanut (Médecin Conseil Régional CNAMTS), Dr Rémi Didelot (Centre d'Examens de Santé Doria), Mme Zeina Mansour (CODES Alpes de Haute Provence, CRES PACA), Dr Françoise Pelleing (Education Nationale-Inspection Académique des Bouches du Rhône), Dr Jacques Collomb (Conseil Général des Bouches du Rhône), Dr Michèle Signouret (Inspection Médicale Régionale du Travail), M David Chouraqui (URCAM PACA).

Bibliographie :
00-R7

Commanditaires :
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés/Fédération Nationale des ORS

19. Evaluation du programme de promotion de la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) dans 12 départements français

Début : 1996

Sigle : EVAL ROR

Présentation :

Evaluer la couverture vaccinale contre la Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) avant et après des campagnes de promotion de la vaccination, dans 12 départements français (en PACA : Alpes de Haute-Provence et Hautes-Alpes). L'ors pacca a assuré la coordination scientifique de l'évaluation et l'analyse des données. Les deux enquêtes ont eu lieu fin 1997 et fin 1999 auprès d'enfants nés respectivement en 1994 et en 1996 c'est-à-dire âgés de deux ans. La deuxième vague d'enquête avait donc pour objectif d'évaluer l'impact des différentes campagnes de vaccination entreprises dans les départements témoins.

Cette étude est réalisée sous l'égide de la FNORS, en collaboration avec les ors des régions Aquitaine, Bretagne, Corse, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes.

La participation aux deux enquêtes a été excellente (taux de refus moyen de 3,2 %). Dans 97 % des cas, les mères ont répondu à l'entretien. Sur l'ensemble des enfants de chaque échantillon, les taux de couverture contre la rougeole (87,2 % au total d'après la lecture du carnet de santé vs 87,8 % en 1999), la rubéole (86,9 % vs 87,3 %) et les oreillons (86,9 % vs 87,3%) montrent une très faible utilisation des vaccins mono ou bivalents. Le médecin vaccinateur était le plus souvent un généraliste. Dans 70 % des cas, c'est le médecin qui avait parlé en premier de la vaccination ROR au cours de la consultation. Les personnes ont eu plus souvent recours à l'homéopathie en 1999 que lors de la première enquête.

Parmi les enfants non vaccinés, dans 61% des cas en 1996 (65 % en 1999), le médecin avait proposé la vaccination ROR.

Lorsque les parents avaient refusé le vaccin lors de la première enquête, il s'agissait le plus souvent du bénéfice présumé de l'immunité naturelle ; en 1999, le motif principal du refus était la crainte de complications.

En comparant les deux vagues, nous pouvons noter une stagnation de la couverture vaccinale ROR dans l'ensemble des départements. Certains départements ont encore des taux de couverture insuffisants (seuls trois départements ont des taux voisins ou supérieurs à 95 %). Nous pouvons également souligner une baisse significative des opinions favorables des parents face à la vaccination et une moins bonne connaissance du sigle ROR en 1999 que lors de la première enquête.

Au total, il semble donc que les campagnes de vaccination n'aient pas eu d'impact positif sur l'évolution de la couverture vaccinale ou n'aient seulement réussi qu'à atténuer les effets négatifs de certains courants d'opinions tendant à mettre en cause l'efficacité et l'innocuité des nouvelles vaccinations (ROR, Hépatite B). Dans ce contexte, l'espoir d'éradiquer la rougeole s'amincit et des foyers épidémiques chez des enfants plus âgés sont à craindre dans un futur proche.

Bibliographie :

01-SP5, 98-C15, 98-P17, 98-R17

Commanditaires :

Comité Français d'Education pour la Santé/Fédération Nationale des ORS (Programme CNAMTS)

20. Etude de l'importance et des déterminants de la Fièvre Q à l'Ouest de l'étang de Berre

Début : 2000

Sigle : FIEVRE Q – ETANG BERRE

Présentation :

La Fièvre Q est une zoonose ubiquitaire dont l'agent pathogène est la rickettsie *Coxiella burnetii*. Le bétail (moutons, vaches et chèvres) est le réservoir principal de *C. burnetii*. Cette rickettsie produit des spores qui peuvent être responsables d'infection après exposition indirecte à des animaux infectés et particulièrement aux produits de naissance de ces animaux (placenta et produits d'avortement). L'homme se contamine le plus souvent par inhalation de poussières et d'aérosols contenant des spores de *C. burnetii*, mais d'autres modes de transmission ont été décrits : par voie alimentaire (ingestion de lait ou de fromage de chèvre frais contaminés), par voie sanguine (percutanée ou par transfusion de sang), materno-fœtale et même d'homme à homme pendant un accouchement. Fièvre, pneumopathie, hépatite granulomateuse ou méningo-encéphalite sont les manifestations cliniques les plus fréquentes de la forme aiguë, alors que l'endocardite est le syndrome principal de la forme chronique. Dans près de 50% des cas, la séroconversion chez l'homme est asymptomatique. Etant donné le grand polymorphisme clinique de cette maladie, le diagnostic de certitude est uniquement biologique et la prévalence de l'infection à *C. burnetii* chez l'homme est très mal connue. Si elle est diagnostiquée, l'infection est curable par simple antibiothérapie adaptée.

Les Alpes sont identifiées depuis longtemps comme zone hyperendémique et plus récemment une hyperendémicité a été mise en évidence dans le Sud-Est de la France.

L'incidence de ces cas hospitaliers de Fièvre Q aiguë apparaît comme particulièrement élevée dans la zone géographique de l'Etang de Berre, très industrialisée et urbanisée ne possédant pas les caractéristiques habituelles des zones à forte endémie (régions alpines et régions d'élevage). La possibilité de transmission de la maladie par le vent a été évoquée lors d'une première étude portant sur 289 cas de Fièvre Q hospitalisés entre 1990 et 1995.

Ce nouveau projet, en mettant en œuvre une enquête en population générale, devrait permettre de vérifier cette première hypothèse mais aussi de définir de façon plus précise les caractéristiques épidémiologiques de la Fièvre Q autour de l'Etang de Berre (notamment sa prévalence et les autres facteurs de risque éventuellement associés) et d'estimer les coûts individuels et collectifs de la maladie.

Il s'agit d'une étude avec bénéfice individuel direct comportant plusieurs volets :

Une enquête de séroprévalence de la Fièvre Q en population générale chez les personnes résidant dans les communes d'Istres, Martigues et Salon de Provence. Cette enquête sera réalisée en utilisant un schéma d'échantillonnage stratifié. Dans chaque foyer, un individu sera tiré au sort et inclus dans l'échantillon s'il accepte à la fois une interview et un prélèvement sanguin capillaire (une goutte de sang au bout du doigt).

Une étude socio-économique visant, d'une part à évaluer la perception et la représentation par les individus résidant dans la zone géographique considérée, largement marquée par des risques environnementaux non-négligeables (pollution de l'air, de l'eau, risques industriels,...), d'un risque sanitaire comme celui de la Fièvre Q, à l'aide de la méthodologie de l'évaluation contingente ; d'autre part à définir une monétarisation des coûts liés aux épisodes de prise en charge des malades de la Fièvre Q.

Dans un deuxième temps, une étude cas-témoins sera réalisée afin de préciser les facteurs de risque de la maladie et de mettre en évidence des facteurs locaux spécifiques. Les cas seront constitués de l'ensemble des sujets identifiés pendant l'enquête de séroprévalence comme étant porteurs de marqueurs sérologiques d'une Fièvre Q récente, les témoins seront représentés par l'ensemble des sujets séronégatifs lors de cette même enquête. Une consultation spécialisée ainsi qu'un bilan sanguin seront proposés aux patients présentant une valvulopathie connue, aux femmes enceintes et à l'ensemble des patients chez lesquels, à l'occasion de l'enquête de prévalence, auront été découverts des marqueurs de Fièvre Q récente, de Fièvre Q chronique ou un titre élevé d'anticorps. A l'issue de cette consultation, l'équipe médicale proposera si nécessaire un suiti longitudinal aux patients.

Depuis le début de l'année 2000, ce projet a nécessité un long travail de collaboration entre plusieurs structures : l'ORS, le Centre National de Référence des Rickettsies, l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) de Marseille, l'INSERM et le Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille. Plusieurs réunions de travail ont été organisées. Les mairies des villes participantes ont été sollicitées afin de nous fournir une aide dans cette démarche.

L'enquête en population aura lieu entre le 28 mai et le 15 juin 2001 à Istres, Martigues et Salon de Provence. Les enquêtes à domicile seront réalisées par des étudiants infirmiers des Instituts de Formation en Soins Infirmiers de Martigues et Salon de Provence, préalablement formés sur l'épidémiologie, la maladie de la Fièvre Q et la logistique d'enquête par nos équipes.

Commanditaires :

Conseil Général des Bouches du Rhône, Mairie d'Istres, Mairie de Martigues, Mairie de Salon de Provence

21. Groupe régional d'observation de la grippe 1999-2000.

Début : 1999

Sigle : GROG 2000

Présentation :

Le GROG PACA a pour mission de détecter précocement les épidémies de grippe dans la région, afin d'alerter les populations et les acteurs du système de soins.

Ainsi, de septembre à mai, une vingtaine de médecins sentinelles transmettent à l'Observatoire Régional de la Santé, chaque semaine, des indicateurs non spécifiques de leur activité (nombre d'actes, de visites, de viroses respiratoires, d'arrêts de travail courts) et des indicateurs spécifiques en pratiquant des prélèvements rhino-pharyngés, analysés au laboratoire de virologie de Lyon, afin d'identifier les souches circulantes.

Les données sont réunies dans un bulletin hebdomadaire rendant compte de la situation.

Résultats

Pendant la saison hivernale 1999-2000, les vingt médecins sentinelles du GROG Paca ont participé activement (80 % d'assiduité) au recueil des indicateurs de l'activité médicale liés à la grippe et effectué des prélèvements permettant d'identifier les souches virales circulantes.

Ainsi, 150 prélèvements rhino-pharyngés ont été pratiqués, ce qui a permis d'identifier 38 virus A / Sydney / 97 / H3 N2, 1 VRS et 1 adenovirus.

En Paca, le seuil d'épidémie a été franchi la dernière semaine de décembre, le pic épidémique a été atteint en janvier et l'épidémie est restée en plateau jusqu'à la mi-février pour décliner au début de mars.

Les signes cliniques évoqués cet hiver ont été : rhinite, toux sèche, conjonctivite, céphalées, asthénie et douleurs abdominales. Ce sont les adultes qui ont été les plus touchés par cette épidémie.

L'épidémie 1999-2000 aura été importante en Paca et dans toutes les régions de France et simultanément une épidémie de VRS a entraînée de nombreuses bronchiolites chez l'enfant de moins de 2 ans.

Bibliographie :

00-R10, 99-R7, 99-R8

Commanditaires :

Add GROG

22. Jeunes, précarité et rapport à la santé : une étude qualitative des trajectoires sociales de jeunes précarisés, de leurs représentations et des pratiques en matière de santé

Début : 1999

Sigle : SANTE JEUNES PRECARITE

Présentation :

L'analyse du corpus des entretiens avec le logiciel ALCESTE (Reinert, 1993) permet de mettre en évidence quatre classes de discours socialement déterminées qui correspondent à une diversité de façons d'appréhender la santé. Dans le recours aux soins, on peut distinguer plusieurs freins multi-dimensionnels, d'ordre psychologique, économique et identitaire, social. Les principaux résultats permettent de poser la typologie suivante en référence aux travaux de S. Paugam (1993). Cette typologie offre une illustration de la spécificité et de la complexité du rapport que des jeunes "précaires" peuvent entretenir avec la santé en fonction du degré de précarisation et/ou de vulnérabilité de leur situation.

. Les jeunes "fragilisés" (emploi précaire; logement chez un proche -famille, amis-; avec un certain niveau de formation). Ils appréhendent la santé à travers les problèmes liés à l'étendue de la consommation de drogues, au sida et au malaise psychologique et social de "vivre dans la précarité". Ces problèmes viennent empêcher une démarche active et effective des individus à prendre en charge leur devenir sanitaire car trop centrés sur leur quotidien : le recours au système de prise en charge est essentiellement limité aux urgences. Pourtant, ces interviewés ont une bonne connaissance du système de prise en charge et adhèrent de façon explicite à la valeur "santé = prévention".

. Les jeunes "dépendants", sans "logement fixe", sans emploi et sans revenus. Pour eux, les préoccupations sanitaires sont devancées par d'autres priorités dans une situation cumulant divers handicaps socio-économiques : échec professionnel, problèmes économiques, aspiration problématique, malaise d'intégration sociale.

Les connaissances sur le système de soins et les principes de prévention sont très approximatives et très peu explicitées dans les discours de ces jeunes. Leur mode de recours aux soins passe principalement par la fréquentation de l'hôpital.

. Les jeunes "en rupture". Ils vivent dans la rue et fréquentent des structures de bas seuil (organisations caritatives, hébergements d'urgence). Pour eux, le rapport à la santé se limite à la satisfaction des quelques "besoins primaires" (manger, se laver, dormir), garants de la "bonne santé". Dans leurs discours, l'appréhension de la santé renvoie uniquement aux préoccupations quotidiennes et élémentaires de survie.

Les systèmes de représentations que nous avons analysés illustrent une diversité de façons d'appréhender la santé, de définir et de hiérarchiser les préoccupations et les attentes à son égard en fonction des différentes situations des jeunes vivant dans des conditions précaires. En filigrane, la dégradation du corps physique représente un thème abordé de façon récurrente par la quasi-totalité des interviewé(e)s. Ce corps médiatise le ressenti de la précarisation et de la disqualification sociale (Paugam, 1993). Le rapport à la santé apparaît comme un révélateur de divers handicaps cumulés et de l'état psychologique et social de ces jeunes. Ces résultats illustrent comment la construction du rapport à la santé implique pour eux de plus vastes préoccupations psychologiques et sociales : la déprime, les problèmes dans l'estime de soi, la projection vers l'avenir, l'aspiration à un statut social, la dégradation du corps social dans lequel ils évoluent, l'absence de ressources, la consommation de drogues, les rapports aux institutions... À la lumière des différents résultats, il paraît clair que l'action sur la situation sanitaire de ces populations ne doit pas seulement se limiter stricto sensu à la mise en place de dispositifs concernant le domaine de la santé. Dans cette perspective, il nous semble important de poser trois axes de réflexion concernant la conception de l'action sanitaire à l'égard de ces populations : 1/ Prendre en compte la spécificité et la diversité des situations au niveau de l'élaboration de l'offre de dispositifs de prise en charge ; 2/ S'appuyer sur les ressources existantes au sein de ces populations (habitudes et modes de recours aux soins, conceptions sanitaires valorisées - l'alimentation-, l'idée d'autonomie, ...) pour établir le dialogue et l'éducation sanitaire ; 3/ Penser plus globalement la politique sanitaire à travers l'action de soutien social et d'aide à la réinsertion pour répondre aux divers besoins de ces jeunes.

Bibliographie :
99-R5

Commanditaires :
Conseil Régional
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

23. Standardisation du premier bilan de santé en maternelle

Début : 2000

Sigle : EVAL MATER

Présentation :

Dans le cadre du Programme Régional de la Santé des Jeunes et afin de disposer, d'une part d'informations régionales sur la petite enfance et d'autre part, afin d'améliorer le suivi individuel, il a été demandé aux différents services concernés de la région d'entamer une démarche de standardisation des bilans de santé.

Dans ce but, les médecins coordonnateurs des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des différents Conseils Généraux de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont décidé de confier à l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur l'élaboration d'un document concernant le premier bilan de santé dans les écoles maternelles.

Cette étude associe les services de PMI des Conseils Généraux des départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et des experts régionaux (Pr Mancini et Pr Myquel et le Dr Livet).

Dans un premier temps, l'ORS a organisé une enquête auprès de tous les médecins de PMI de la région afin de faire un état des lieux sur les différentes pratiques mises en place dans la région. Au total, 159 questionnaires ont été renvoyés (sur 184 envoyés soit un taux de réponse de 86%) et 89% des médecins interrogés sont favorables à la standardisation du bilan de santé. La pratique des bilans (auditif, visuel, buccodentaire, langage, psychomoteur,...) varie d'un département à l'autre. Le temps consacré en moyenne par les médecins pour le bilan est très différent dans l'ensemble de la région (18mn dans les Bouches-du-Rhône versus 36 mn dans le Vaucluse ; les médecins des Bouches-du-Rhône étant aidés d'une infirmière).

Dans un deuxième temps, l'objectif de ce projet est de mettre au point un bilan homogène pour les enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi. Des experts travaillent actuellement sur la mise en place de tests adaptés à cette tranche d'âge pour le bilan psychomoteur et le bilan du langage.

L'élaboration de ce document est en cours. Il est ensuite prévu de le tester auprès d'un échantillon d'enfants de la région.

Commanditaires :

Conseil Régional

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (FNPEIS)

24. Evaluation des centres de soins palliatifs participant au Réseau PACA Ouest : élaboration d'une méthode et expérimentation d'outils.

Début : 1999

Sigle : SOINS PALLIATIFS 1

Présentation :

L'examen de la littérature internationale montre la nécessité de standardiser et de rendre opérationnelles les procédures d'évaluation des centres de soins palliatifs. Ce type de recherche permettra de mieux définir l'organisation et les contenus des soins palliatifs, d'aider au développement de cette stratégie thérapeutique, et d'améliorer la qualité de vie des patients.

C'est dans ce contexte que l'ORS PACA et l'Unité 379 de l'INSERM, se sont associés à l'Assistance Publique et Hôpitaux de Marseille pour conduire un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) au titre de l'année 1998. Ce programme a pour objectif, d'une part, d'élaborer une méthode et des outils spécifiques d'évaluation des unités de soins palliatifs et, d'autre part, d'éprouver ces outils et cette méthode dans l'évaluation du fonctionnement des centres de soins palliatifs membres du réseau PACA-OUEST. Participent au réseau PACA-OUEST la quasi-totalité des équipes de soins palliatifs intervenant en Provence-Alpes-Côte d'Azur, qu'elles prennent en charge un grand nombre de malades du sida (Unité de soins palliatifs, « La Maison » de Gardanne), ou plus spécifiquement des patients atteints de cancers dans le cadre d'un service hospitalier (service d'oncologie médicale du Pr Roger Favre, Hôpital de la Timone, Marseille), ou non (clinique Sainte Elisabeth, Marseille).

Ce programme, qui se déroule depuis janvier 2000 et prendra fin en mars 2002, comprend deux phases de recherches distinctes. La première, de janvier 2000 à Mars 2001, est une recherche sociologique de type compréhensive qui porte sur l'évaluation du fonctionnement des unités de soins palliatifs au regard de leur mission mais aussi du contenu de leur projet d'implantation. La seconde, de mars 2001 à mars 2002, concernera l'évaluation des résultats des soins palliatifs sur la qualité de vie des patients qui en bénéficient et de leur entourage.

Entre mai et juin 2000, une série d'entretiens a été réalisée auprès de 50 professionnels (directeurs, médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales...) ou bénévoles intervenant dans des structures spécialisées implantées dans l'OUEST de la région PACA (6 unités d'hospitalisation, 8 équipes mobiles).

La synthèse de ces entretiens permet de mettre en lumière un certain nombre de difficultés auxquelles doivent faire face les équipes spécialisées, notamment celles liées à l'accès aux soins palliatifs qu'elles soient la conséquence d'une offre de soins limités ou qu'elles concernent le recours à ce type de soins par les professionnels de santé. En effet, en 1999, les structures de SP ont suivi environ 1 500 patients alors que, pour cette même année, on estime entre 15 000 à 20 000 le nombre de personnes décédées à la suite d'un cancer, un sida ou une sclérose amyotrophique latérale en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cela représente un taux de couverture de 5 à 10% sans compter les maladies chroniques lourdes. Par ailleurs, les intervenants rencontrés ont évoqué les dysfonctionnements au sein des filières de soins et un manque d'intégration des soins palliatifs dans la prise en charge de bon nombre de malades atteints de pathologie lourde. Ainsi, souvent, les équipes spécialisées interviennent dans de mauvaises conditions, soit lors d'un décès imminent, soit auprès de malades qui ne nécessitent pas forcément de soins palliatifs.

Ces principales difficultés paraissent liées à la méconnaissance dont témoignent des professionnels de santé, du travail des équipes spécialisées dans les soins palliatifs. S'il paraît nécessaire de faciliter l'accès aux soins palliatifs notamment en aidant au développement des équipes mobiles intra et extra hospitalières, pour faciliter l'intégration des soins palliatifs à la prise en charge des malades en fin de vie ou présentant une pathologie chronique lourde, il faut en revanche s'interroger sur la perception des professionnels de santé.

La seconde phase de ce programme est en cours de réalisation. Elle s'appuie sur la mesure de la qualité de vie des malades bénéficiant de soins palliatifs. Un travail bibliographique a permis de recenser l'ensemble des échelles existantes et utilisées en Europe ou en Amérique du Nord. Une attention toute particulière sera portée aux différents travaux entrepris dans ce domaine par les équipes de recherches canadiennes, notamment celle de l'Université Mc GILL. Par la suite, une enquête sera réalisée auprès d'un échantillon d'environ 200 malades, permettant de mesurer l'adaptabilité de l'échelle sélectionnée au contexte français.

Commanditaires :

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (PHRC)

25. Estimation de la prévalence de l'usage d'opiacés dans les villes de Marseille et de Nice

Début : 1998

Sigle : PREVALENCE-TOX

Présentation :

Ce travail épidémiologique, commandité par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), a pour objectif principal d'estimer la prévalence des toxicomanies au niveau des agglomérations par une méthode statistique déjà utilisée dans plusieurs pays européens.

En effet, en France, aucune méthode statistique n'est susceptible de fournir, à elle seule, une estimation raisonnable du nombre de toxicomanes, et cela quelle que soit l'unité géographique considérée. Aujourd'hui, il est possible d'apprécier l'impact de ce phénomène soit au niveau des régions, soit au niveau des départements par recoupement de deux types de données : celles issues du dispositif spécialisé de soins et celles produites par les institutions judiciaires. Cependant, si l'on sait que notre région est particulièrement concernée par la toxicomanie, on ne dispose pas d'un outil opérationnel pour évaluer la mesure de ce phénomène à l'échelon des grands centres urbains. Or, estimer le nombre de toxicomanes au niveau des agglomérations est un élément préalable à l'élaboration d'une politique locale adaptée à la réalité. Par conséquent, il s'agit aussi de développer en France un nouvel instrument de planification et d'aide à la décision.

Deux études préalables conduites à Toulouse par l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées ont montré que cette technique pouvait être utilisée en France. L'OFDT a étendu cette faisabilité à cinq sites (Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse).

Le recueil d'une durée de six mois a été engagé en Décembre 1998. Au niveau de chacune des cinq agglomérations, seront identifiés au moyen d'un questionnaire les toxicomanes ayant recours durant cette période soit aux dispositifs spécialisés de soins, soit aux services hospitaliers spécialisés dans le traitement de l'infection à VIH, soit aux institutions judiciaires.

Les structures impliquées dans le recueil ont été très nombreuses. Elles ont joué un rôle majeur dans la validation du questionnaire et dans le suivi de cette étude.

Structures intervenant en toxicomanie : Association Actes, Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies, ASUD, Centre Méthadone Sainte-Marguerite, CSST Sainte-Marie, Généralistes et toxicomanie 06, Intersecteur des Pharmacodépendances des Bouches-du-Rhône, Intersecteur en Toxicomanie des Alpes-Maritimes, Consultation psychiatrique de l'hôpital d'Aubagne, Le Cabanon, Médecins du Monde, Pharmasoins, Protox, Réseau Santé "La Ciotat", SMPR de la prison de Nice, SOS DI.

Structures intervenant en VIH : Service d'Hématologie - Médecine Interne II - Hôpital de l'Archet 1, Service des Maladies Infectieuses - Hôpital de l'Archet 1, Service des Maladies Infectieuses - Unité CISIH Centre, Hôpital de la Conception, Service des Maladies Infectieuses - Unité CISIH Nord, Hôpital Houphouët-Boigny, Unité CISIH SUD, Hôpital Sainte-Marguerite.

La toxicodépendance est un phénomène essentiellement urbain ; à ce titre, les agglomérations de Marseille et de Nice sont particulièrement concernées. 1 160 personnes toxicomanes ont été identifiées à Marseille durant l'enquête, ce qui donne une estimation, par modélisation log linéaire, de 5 748 [4 663-6 853] individus toxicomanes pour l'agglomération de Marseille, soit une prévalence de 10.6 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 59 ans. Selon le même principe, pour l'agglomération de Nice, on estime à 4 541 [3 255 - 5 826] le nombre de toxicomanes, ce qui correspond à une prévalence de 15.26 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 59 ans.

Par ailleurs, les données recueillies nous ont permis d'établir une modélisation des comportements des toxicomanes en terme de consommation de produits, notamment ceux induits par l'introduction massive de la substitution, via la buprénorphine, chez cette population.

Bibliographie :

00-C22, 00-C23, 00-R2, 00-R2b

Commanditaires :

Conseil Régional PACA

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Préfecture des Alpes Maritimes/Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociale des Alpes Maritimes

Mairie de Marseille

Mairie de NICE

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

26. Conditions de vie, santé et sociabilité des usagers de drogues à Marseille

Début : 1998

Sigle : RESEAUX-TOX

Présentation :

Cette enquête est fondée sur l'hypothèse que les pratiques de consommation des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) sont déterminées, en grande partie, par les « mondes sociaux » dans lesquels elles sont inscrites. Trois phénomènes reflètent le contexte social de l'UDVI : l'ensemble de ses relations sociales (le réseau social) ; les conditions sociales et les ruptures biographiques et autres événements de vie. Pour explorer le rapport entre ces phénomènes et les pratiques d'injection à risque pour les maladies infectieuses, nous avons recruté plus de 100 usagers en partant des rues de Marseille et en utilisant l'UDVI lui-même pour recruter d'autres UDVI (la méthode « respondent driven sampling »).

Les résultats de l'enquête montrent que ces trois aspects du contexte s'avèrent déterminants dans le domaine de la gestion des risques autour de l'injection de drogues. On a mis en évidence un fort lien statistique qui unit, d'un côté, l'appartenance de l'UDVI à un très dense réseau d'autres UDVI et, de l'autre, la plus grande probabilité qu'il développe des pratiques à risque autour de l'injection (par exemple, le partage du matériel et l'utilisation du matériel souillé). On a aussi découvert une tendance (sans signification statistique) vers un lien entre le manque de ressources économiques et ces pratiques. En revanche, on a trouvé un effet contraire à nos hypothèses : parmi les événements de vie, l'abus de médicaments par un parent pendant l'enfance de l'UDVI diminue les chances que celui-ci pratique actuellement des injections à risque. Enfin, une quatrième caractéristique, individuelle celle-ci, vient s'ajouter aux déterminants d'injections à risque : le fait de prendre un produit de substitution aux opiacés mais sans suivre les prescriptions médicales.

Parler de l'effet du réseau ou du manque de ressources pour les injections à risque peut sembler une façon d'ignorer les problèmes de fond, telle la toxicodépendance elle-même. Mais, sans faire face à l'influence des conditions sociales sur la santé et sur ses déterminants, la santé publique perpétue la possibilité que les plus privilégiés consomment leurs drogues préférées avec un minimum de risques sanitaires, tandis que les autres s'exposent -- et exposent leurs partenaires non-UDVI -- à des maladies, même fatales. Ce ne serait pas prendre au sérieux le principe de la réduction des risques que d'ignorer ces conditions.

L'effet nocif sur le risque d'un réseau important d'UDVI implique, en outre, que les interventions de santé publique pourrait cibler non l'individu, mais le groupe. Ce type d'interventions --groupes de parole, « distribution secondaire » de matériel stérile et de messages de prévention par les UDVI au sein de leurs réseaux, organisation de groupes d'auto-support, interventions au niveau du quartier-- s'est avéré, dans certains pays, plus efficace pour prévenir les pratiques à risque que ne le sont les interventions ciblant uniquement l'individu (Neaigus 2000). Le lien entre abus de médicaments par les parents et pratiques actuelles de l'UDVI suggère l'importance d'explorer les trajectoires biographiques dans le traitement.

Enfin, des enquêtes ultérieures devraient tenter de mieux comprendre ce qui détermine le détournement de produits de substitution de leurs usages prescrits vers un usage non seulement illicite mais risqué. La réduction d'accès à l'héroïne, sa classification « en phase descendante sur l'échelle de diffusion » (OFDT 2000) ne devrait pas détourner l'attention des pratiques à risque liées aux nouveaux produits injectés, telles la buprenorphine ou la cocaïne.

Bibliographie :

99-R4

Commanditaires :

Conseil Régional PACA

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches du Rhône

Mairie de Marseille

INSERM

27. "Nouveaux injecteurs", nouvelles pratiques et réseaux sociaux : une approche d'interactionnisme structurel du risque

Début : 1999

Sigle : RESEAUX-TOX 3

Présentation :

Cette enquête vise à mieux comprendre l'influence sociale sur les troubles de santé, en particulier le VIH et les hépatites, liés à l'injection de drogues parmi deux groupes particulièrement vulnérables : a) les UDVI ayant récemment commencé à s'injecter des drogues (« UDVI jeunes et récents ») ; b) les UDVI qui détournent les produits de substitution d'opiacés de leurs usages licites (l'utilisation hors ordonnance de la buprénorphine).

Un premier volet exploratoire, basé sur des récits de vie et observations des UDVI qui détournent la buprénorphine, suggère que ceci relève de deux caractéristiques de l'usage de drogues illicites, antérieures à la mise en place en France d'une politique de réduction de risques et de traitement de substitution aux opiacés, au milieu des années 1990. La première concerne le *leakage*, ou la tendance des produits et des connaissances pharmaceutiques à fuir, à partir d'établissements surveillés ou de procédures contrôlées, vers un usage « incontrôlé », illégal, dans les rues ou dans la sphère privée. Ce phénomène a déjà été établi pour la distribution de la méthadone (Agar 1977, Peters 1994). La deuxième consiste dans la transmission et l'élaboration « indigènes », par les usagers de drogues eux-mêmes, de connaissances portant sur les substances psychoactives (mode d'administration, effets à rechercher, dissimulation des effets devant les non-usagers, etc...) ainsi que les relations sociales qui en découlent (groupe qui s'organise autour d'un « plan », rôle dans le marché des drogues tel le « relais », etc...). Ce phénomène, saisi à travers les observations et les descriptions des interactions entre UDVI, contribue à la grande diversité des façons, souvent contre les consignes des cliniciens, à travers laquelle les nouveaux produits de substitution sont intégrés dans la vie des usagers.

Un deuxième volet utilisera des analyses quantitatives pour explorer les aspects spécifiques du réseau social qui influencent les pratiques d'injections à risque parmi les deux sous-groupes d'injecteurs qui nous intéressent - les injecteurs jeunes et récents et les UDVI qui détournent les produits de substitution. Ces analyses seront réalisées sur les données recueillies pour l'étude « Conditions de vie, santé et sociabilité des usagers de drogues à Marseille » et augmentées par le recrutement de nouveaux sujets.

Bibliographie :

00-R12

Commanditaires :

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

28. De la pratique individuelle aux réseaux de soins en toxicomanie : Coopération, production de normes professionnelles et représentations médicales dans les prises en charge par traitement de substitution

Début : 1999

Sigle : NORMED

Présentation :

Cette étude constitue le volet préparatoire à une investigation systématique sur la prescription de buprénorphine haut dosage (Subutex®) en médecine de ville dans le département des Bouches du Rhône. Les enquêtes menées par l'équipe U379 de l'INSERM et l'ORS PACA au début des années 90 avaient en effet montré la réticence récurrente des médecins généralistes de la région à prendre en charge les patients toxicomanes et à prescrire par la suite des produits de substitution. En 2000, soit cinq ans après la promulgation de l'AMM du Subutex® fixant les conditions de prescription de ce produit dans le cadre de traitement de substitution à la dépendance aux opiacés, il était important en terme de santé publique de mesurer l'évolution des pratiques et des représentations médicales dans ce domaine.

Cette étude exploratoire s'est attachée plus particulièrement au rôle des réseaux de soins en toxicomanie dans la définition et la diffusion de normes de prescription et de suivi des patients toxicomanes. Les réseaux sont en effet investis d'une mission de formation des médecins et nous avons fait l'hypothèse qu'ils contribuaient à la formation et à la transmission de connaissances utiles à la prise en charge médicale mais aussi à la structuration du milieu local de soins.

Une enquête qualitative menée auprès de deux réseaux de soins en toxicomanie présentant des caractéristiques institutionnelles contrastées, a montré l'importance des débats et des définitions normatives concernant tant les dimensions pharmacologiques, médicales et sociales du suivi des patients, que les modalités de gestion des situations perçues comme limites entre traitement médical et poursuite de l'addiction. Cette activité normative s'appuie sur la mobilisation de savoirs issus en partie de l'expérience collective, sur l'élaboration de modes opératoires et de nosologies empiriques des toxicomanes concrétisées dans des procédures de sélection ou de réorientation des patients. Les frontières qui séparent médicament et drogue, dépendance et traitement font l'objet d'un travail de définition permanent qui s'appuie moins sur des signes classiques de l'objectivation clinique ou biologique que des indicateurs qui témoignent pour le médecin d'une dynamique de normalisation sociale du patient (emploi, stabilité résidentielle etc). La promotion de ces "normes de bonnes pratiques" s'accompagne parallèlement de la mise en œuvre de procédures de contrôle des médecins à l'instigation des réseaux qui peuvent prendre la forme de coopérations professionnelles nouvelles entre médecins et pharmaciens ou l'instauration de procédures d'orientation ou de relais des patients.

L'engagement de la relation thérapeutique dans le champ de la prise en charge d'usagers de drogues n'est pas réductible à des questions d'attitudes ou de connaissances mais est médiatisé par un ensemble de représentations sociales complexes à la fois de nature profane et professionnelle où interviennent tant la représentation du patient que celle du traitement. Vingt entretiens approfondis réalisés auprès de médecins généralistes et 60 auto-questionnaires portant pour la moitié sur des médecins appartenant à des réseaux et pour l'autre moitié à des médecins hors réseaux montrent que les représentations des médecins sont structurées, mêmes dans leur variation, par des principes communs, acquis au cours de la socialisation professionnelle d'une part et se différencient et par la pratique médicale ensuite. Si le recours au système de valeurs est supposé unifier la profession médicale dans une éthique commune, l'expérience et l'action introduisent en médecine une hétérogénéité importante dans la connaissance directe et l'acceptation des diverses pathologies des patients.

Bibliographie :

00-R13

Commanditaires :

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

29. Evaluation des Unités Pour Sortants de prison dans huit prisons françaises

Début : 1999

Sigle : UPS / RESEAU PRISON

Présentation :

En 1997, plus de 55 000 détenus étaient incarcérés "un jour donné" en France. Parmi eux, le Haut Comité de Santé Publique évalue à 15-20 % la proportion concernée par la toxicomanie. L'ors paca travaille depuis de nombreuses années sur l'évaluation de la santé en milieu carcéral et a montré lors d'une étude antérieure, que 60% des toxicomanes incarcérés à un jour donné, l'ont déjà été au moins une fois auparavant. Des unités pour sortants (UPS) ont été mises en place dans 8 prisons françaises, à l'initiative de la prison de Fresnes en 1992. L'ors a été chargé par l'OFDT de l'évaluation de ce dispositif. Ce projet cherche à rendre compte du fonctionnement des UPS au regard de leur mission, à déterminer leur niveau d'intégration au milieu pénitentiaire, ainsi qu'à apprécier leur impact sur la santé et l'insertion sociale des détenus toxicomanes concernés. Différentes enquêtes ont été et seront menées afin d'atteindre ces objectifs : enquêtes qualitatives (synthèse de documents, entretiens semi-directifs) et quantitatives (auto-questionnaires administrés aux détenus et étude rétrospective de type exposés/non exposés pour évaluer les taux de mortalité et de réincarcération chez les sortants de prison en cours). Le projet est doté d'un Comité de Pilotage où sont représentés l'OFDT, le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé.

Une série d'entretiens a été conduite en direction des personnels pénitentiaires impliqués dans le projet des Unités Pour Sortants. Si l'implantation de ce projet s'est faite différemment dans chacun des huit sites concernés, néanmoins, la plupart des unités opérationnelles doivent faire face à un problème de recrutement dont plusieurs causes ont été identifiées (manque de concertation avec les détenus, absence d'adhésion du personnel pénitentiaire, dissensions internes et problèmes d'organisation, conditions d'accès au programme). Par ailleurs, la diversité du fonctionnement des unités remet en question l'existence d'un cahier des charges commun. En effet, sur chaque site, les conditions d'accès à ces unités sont spécifiques et peuvent, dans certains cas, être contradictoires.

L'enquête auprès des détenus ne montre pas de différence fondamentale entre les stagiaires UPS et les détenus ayant une préparation à la sortie conventionnelle (non-UPS). Nous avons seulement pu relever que les stagiaires UPS ne semblaient pas caractérisés par une consommation de drogues plus fréquente, qu'ils étaient même moins nombreux à avoir reçu une prescription de médicaments de substitution avant et pendant l'incarcération ; et ceux ayant un traitement de substitution avaient moins recours aux médecins. Pendant la période précédent le stage, ils ont été plus souvent en contact avec les travailleurs sociaux, cet élément pouvant être mis en relation avec le recrutement des stagiaires UPS. En effet, soit le contact était plus fréquent du fait de la prise de contact préalable au stage, soit, étant en contact avec un travailleur social, ils étaient plus souvent invités à participer à un stage. Cette dernière hypothèse est confortée par le fait que les motifs de non-participation cités par les détenus non-UPS sont une absence de proposition de stage UPS.

Bibliographie :

00-R14, 00-R3 , 00-R9, 99-C26,

Commanditaires :

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
Commission Européenne

30. Précarité et trajectoires de santé : le rôle des urgences dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Début : 1999

Sigle : URGENCE PRECARITE

Présentation :

Cette étude vise à explorer les liens existants entre la précarité et l'état de santé en précisant notamment les facteurs pouvant influencer les trajectoires de santé et l'accès aux soins des individus en situation de précarité. Plus généralement cette étude permettra de mieux cerner les comportements en matière de recours aux soins et de consommation médicale pour les populations les plus démunies. Le groupe des personnes en marge des minima sociaux constituera une sous-population de choix pour l'étude des trajectoires de santé, même s'il ne figure pas au plus bas dans l'échelle de la pauvreté.

Ces populations en situation de vulnérabilité sociale ont souvent recours aux structures "bas seuil" et notamment aux services d'urgences hospitalières. Si l'urgence n'est pas toujours justifiée au sens médical du terme (c'est-à-dire si le pronostic vital de la personne n'est pas en jeu), elle est fortement ressentie par le patient et constitue souvent un véritable "appel au secours". A l'inverse, les recours aux soins sont parfois tardifs, dans l'évolution du problème de santé.

Afin de rechercher les déterminants du recours aux soins de ces populations, un travail méthodologique est engagé en vue d'élaborer un protocole d'enquête auprès de patients reçus dans les services des urgences. Ce protocole sera éprouvé dans une investigation pilote prévue dans un service d'accueil d'urgences.

Au cours de l'année 1999, un premier travail statistique ainsi qu'une recherche bibliographique ont été entrepris. L'exploitation complémentaire des données recueillies en 1997 auprès de 680 résidents niçois reçus au service d'accueil des urgences a mis en évidence le rôle du niveau de revenu dans le recours aux urgences. Ainsi, ceux dont le revenu mensuel est inférieur à 5 000 F font preuve d'un recours tardif aux soins mais, également et paradoxalement, d'un recours injustifié au plateau technique des urgences. Parallèlement, un travail sur la littérature internationale permet de pondérer ce premier constat. En effet, plusieurs travaux mettent en évidence l'existence d'autres déterminants qui interviendraient dans l'accès aux soins des personnes démunies par l'intermédiaire des urgences hospitalières. Seraient concernés des déterminants d'ordre collectif (tels les particularités du lieu de résidence..) et des caractéristiques individuelles à l'image du niveau de soutien social ou du niveau d'ancrage dans des réseaux sociaux.

La fin du travail est prévue pour mars 2001.

Bibliographie :
99-R6

Commanditaires :
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

31. Prévalence des comportements d'alcoolisation excessive parmi les usagers du système de soins

Début : 2000

Sigle : ENQUETE NATIONALE ALCOOL

Présentation :

Les données existantes dans le domaine de la consommation d'alcool et de ses conséquences sur la santé sont nombreuses, mais bien souvent trop partielles. La morbidité et le recours aux soins constituent en particulier des domaines pour lesquels les insuffisances en matière d'informations sont notables.

Un projet d'enquête concernant la prévalence des problèmes d'alcool a été proposé par la DREES et la DGS dans le but de mieux connaître et d'estimer les problèmes que peuvent rencontrer les personnes avec l'alcool.

Les deux objectifs principaux de cette étude sont d'une part de mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans la population consultant les médecins généralistes et d'autre part, d'étudier le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool.

Cette enquête a lieu dans toutes les régions de France selon une méthodologie commune, élaborée par le comité de pilotage et l'équipe projet des ORS. Elle est complétée d'une enquête réalisée par les DRASS auprès des personnes hospitalisées dans les établissements de santé publics et privés. Ceci permettra ainsi d'avoir une photographie régionale des patients ayant des problèmes d'alcool parmi ceux ayant recours aux soins.

Les Observatoires Régionaux de la Santé ont été sollicités pour participer à la collecte et à l'exploitation des données de l'enquête auprès des médecins généralistes dans leur région. L'ORS PACA fait partie de l'équipe projet de cette enquête.

Les résultats nationaux et régionaux sont prévus pour juin 2001.

Commanditaires :

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé/Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

32. Alimentation Méditerranéenne, facteurs de risque cardiovasculaire et polymorphisme génétique : effet d'une intervention nutritionnelle

Début : 1998

Sigle : RIVAGE

Présentation :

L'alimentation méditerranéenne fait l'objet de nombreuses recherches depuis qu'il a été montré que les taux de mortalité, notamment par maladies cardiovasculaires, étaient plus faibles dans les populations du bassin méditerranéen.

C'est dans ce contexte que l'Institut Fédératif de Recherche en Nutrition de Marseille, le Centre de Détection et de Prévention de l'Athérosclérose et l'Unité 476 INSERM ont mis en place une recherche de type interventionnel.

Cette étude a pour objectif d'analyser les effets d'un régime alimentaire de type méditerranéen pendant 12 mois, sur l'évolution de facteurs de risques (cholestérolémie, HDL, LDL, hyperlipidémie postprandiale) dans une population à risque de maladies cardiovasculaires. Le polymorphisme génétique des patients sera également étudié.

L'ors paca participe au Comité Scientifique du projet ainsi qu'à sa réalisation. L'ors coordonne la collecte des données qui est en cours, et réalise les analyses intermédiaires.

Bibliographie :

00-C30, 00-C31, 00-C32

Commanditaires :

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

33. Evaluation des conséquences sanitaires de la pollution d'origine industrielle au cadmium autour du site TLM dans le XVème arrondissement de Marseille

Début : 1999

Sigle : CADMIUM

Présentation :

Une pollution au cadmium dans le quartier Saint-Louis à Marseille a été annoncée le 31 août 1999. Trois jours après, l'usine TLM a été contrainte à arrêter l'utilisation de cadmium.

Afin d'évaluer les conséquences sanitaires susceptibles de résulter de l'exposition au cadmium émis par l'entreprise TLM à Marseille (quartier Saint-Louis), une approche globale traitant des aspects sanitaires et environnementaux a été mise en œuvre dès septembre 1999. L'ensemble des résultats sera disponible au mois de juin 2001. Certains éléments sont cependant d'ores et déjà connus.

Cette démarche est pilotée par un comité scientifique dont les membres font partie de l'Observatoire Régional de la Santé PACA, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), la Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie d'Intervention (CIREI), la Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE), la DRASS, la DDASS, la Faculté de Médecine de Marseille, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, l'Education Nationale, la PMI, AIRMARAIX et le CEREGE-CNRS

L'analyse de la situation a ainsi conduit à la mise en place : d'une étude environnementale pour mieux circonscrire et caractériser la zone concernée par la pollution ; d'une étude épidémiologique auprès des enfants de l'école Saint-Louis Gare jouxtant l'usine et des adultes du quartier Saint-Louis pour évaluer l'exposition au cadmium de la population.

Une zone exposée a été délimitée autour de l'usine TLM à partir des résultats d'une campagne de prélèvements de végétaux et de sols, afin d'étudier l'imprégnation en cadmium des habitants de cette zone. Un périmètre de taille sensiblement identique a été également défini dans un quartier non exposé, le quartier de La Rose. Les données obtenues autour de l'usine TLM pourront être comparées à celles du quartier de La Rose.

Lors de l'étude épidémiologique, l'exposition de la population a été appréciée au moyen d'un questionnaire et de dosages de cadmium dans des échantillons d'urine (cadmiuries). L'analyse du cadmium dans les urines a été réalisée par un laboratoire de Toxicologie Industrielle et Environnementale à Bruxelles, en Belgique. Les premiers résultats chez les enfants (105 enfants ayant fréquenté l'école Saint-Louis Gare et 97 enfants d'une école témoin située dans un quartier témoin non exposé) ne montrent pas de résultats alarmants au regard des connaissances scientifiques actuelles. En effet, bien que la moyenne des cadmiuries chez les enfants de l'école Saint-Louis Gare soit supérieure à celle des enfants de l'école témoin, tous les dosages de cadmium étaient inférieurs à la limite communément admise de 2 microgrammes de cadmium par gramme de créatininurie. Aucune recommandation particulière n'a donc été nécessaire. Un courrier communiquant les résultats a été envoyé aux parents et à leur médecin dès le mois d'octobre 2000.

La collecte des données sanitaires concernant les adultes des quartiers exposés et témoins est terminée. Les analyses d'urine sont en cours et les traitements statistiques des données se dérouleront au cours du premier trimestre 2001.

Au niveau environnemental, plusieurs décisions ont déjà été prises sans attendre les résultats définitifs des études :

- le cadmium n'est plus utilisé par l'entreprise TLM ;
- le site industriel a été dépollué ;
- tous les jardins se trouvant dans un rayon de 200 mètres de l'usine ont été réhabilités (excavation de terre sur une profondeur de 50 cm) et des analyses complémentaires de sols se poursuivent.

Le rapport définitif de cette étude sera communiqué au mois de juin 2001. Il comprendra, si nécessaire, des recommandations d'ordre sanitaire.

Commanditaires :

Institut de Veille Sanitaire

Conseil Général des Bouches-du-Rhône

Sommaire des perspectives 2001

LA SANTE OBSERVEE

En région

1. Maintenance et évolution de SCORE- santé..... 44
Sigle : VEILLE SANITAIRE
2. Etude de faisabilité d'un panel de médecins généralistes libéraux en région PACA..... 44
Sigle : PANEL MEDECINS

En France

3. Baromètre National Santé Adultes et Jeunes du Comité Français d'Education pour la Santé : analyses des données sur la vaccination et le cancer 45
Sigle : BARO SANTE ADULTES ET JEUNES
4. Etude de faisabilité du volet régional Provence Alpes Côte d'Azur de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 2002 45
Sigle : ENQUETE DECENNALE SANTE

Au niveau international

5. Appui méthodologique auprès de la DRS de Tunis pour la réalisation d'un tableau de bord des indicateurs sanitaires du Gouvernorat de Tunis..... 46
Sigle : MISSION TUNISIE 4

MALADIES TRANSMISSIBLES

Infection à VIH

6. Cohorte de sujets infectés par le VIH contaminés par toxicomanie intraveineuse suivis à Marseille, Nice, Avignon et Ile-de-France 47
Sigle : MANIF 2000
7. Etude de l'interaction médicamenteuse entre les inhibiteurs de la protéase et la buprénorphine ou la méthadone chez des patients infectés par le VIH et contaminés par voie toxicomane 47
igle : INTERACTION ANTIPROTEASE/BUPRENORPHINE
8. Vih : Enquête Sur des Personnes Atteintes (enquête VESPA) 47
Sigle : VESPA
9. Cohorte de patients infectés par le VIH observés à partir de la mise sous inhibiteurs de protéase (ou antiprotéases)..... 47
Sigle : APROCO
10. Intervention sur l'observance thérapeutique des patients infectés par le VIH 48
Sigle : NICE OBSERVANCE
11. Réseau européen de prévention de l'infection à VIH/Sida et des hépatites virales en milieu carcéral 48
Sigle : RESEAU PRISON 4
12. Évaluation biologique, clinique, psychosocio-comportementale et économique de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH en Côte-d'Ivoire 48
Sigle : ONU - SIDA
13. Analyse des déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les pays en développement et régulation publique des marchés (projet inclus dans le programme ANRS/ETAPSUD)..... 49
Sigle : ETAPSUD
14. Enquête sur la satisfaction des personnes séropositives vis-à-vis du système de soins et des prestations sociales en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Ile-de-France..... 49
Sigle : VIH PLAN
15. Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel - European project on non-occupational post-exposure prophylaxis (Euro-nonoep) 50
Sigle : PEP EUROPE
16. Collaboration entre le service de l'épidémiologie de l'Institut Italien pour les Maladies Infectieuses Lazzaro Spallanzani de Rome, et l'équipe SIDA de l'ORS PACA..... 50

Hépatites virales

17. Prise en charge médicale des personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans le Sud-Est de la France..... 51
Sigle : HEPATITE C MEDECIN
18. Evaluation économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite C : nouvelles approches méthodologiques..... 51
Sigle : HEPATITE C - EVAL ECO
19. Hépatite C et Toxicomanie en région PACA..... 51
Sigle : EVAL VHC DRASS
20. Analyse coût-efficacité des stratégies thérapeutiques chez les patients co-infectés par le VIH et le VHC 52
Sigle : CO-INFECTION VHC-VIH

21. Evaluation de l'association interféron-ribavirine- amantadine chez des patients porteurs d'une hépatite chronique virale C et non répondeurs a l'interféron - ribavirine. Etude ouverte..... 53
 Sigle : INTERFERON/AMANTADINE

Vaccinations

22. Mise en place d'un tableau de bord de la couverture vaccinale en population générale dans deux régions : Bourgogne et Provence Alpes Côte d'Azur 53
 Sigle : URCAM VACCINATION

Rickettsies

23. Etude de l'importance et des déterminants de la Fièvre Q à l'Ouest de l'étang de Berre 53
 Sigle : FIEVRE Q - ETANG BERRE

Grippe

24. Groupe régional d'observation de la grippe 2000-2001 53
 Sigle : GROG 2000

POPULATIONS SPECIFIQUES

Santé des jeunes

25. Standardisation du premier bilan de santé en maternelle 54
 Sigle : EVAL MATER
26. Les jeunes et la pratique intensive du sport : perspective en terme de rapport à la santé 54
 Sigle : JEUNES ET SPORT
27. Trajectoires sociales, rapport à la santé et modes de recours au système de prise en charge médico-sociale : une étude qualitative auprès de jeunes sous la responsabilité de la PJJ-PACA 55
 Sigle : SANTE JEUNES PJJ
28. Evaluation de la prise en charge des jeunes suicidants en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur 55
 Sigle : EVAL SUICIDE JEUNES

Personnes en fin de vie

29. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins face aux soins palliatifs. Enquête Nationale 2001 56
 Sigle : SOINS PALLIATIFS 2

Toxicomanie

30. "Nouveaux injecteurs", nouvelles pratiques et réseaux sociaux : une approche d'interactionnisme structurel du risque 56
 Sigle : RESEAUX-TOX 3
31. Evaluation des Unités Pour Sortants de prison dans huit prisons françaises..... 57
 Sigle : UPS / RESEAU PRISON
32. Déterminants, caractéristiques et hétérogénéité de la prescription médicale en toxicomanie : la prescription de buprénorphine haut dosage (subutex®) par les médecins généralistes dans le département des Bouches du Rhône 57
 Sigle : BUPRENORPHINE

Population précaire

33. Précarité et trajectoires de santé : le rôle des urgences dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité 58
 Sigle : URGENCE PRECARITE

Alcoolisme

34. Prévalence des comportements d'alcoolisation excessive parmi les usagers du système de soins... 58
 Sigle : ENQUETE NATIONALE ALCOOL

ENVIRONNEMENT ET HABITUDES DE VIE

35. Alimentation méditerranéenne, facteurs de risque cardiovasculaire et polymorphisme génétique : effets d'une intervention nutritionnelle 58
 Sigle : RIVAGE
36. Conséquences psychosociales des inondations en France, construction d'une stratégie de recherche et planification de la réponse épidémiologique 59
 Sigle : RISQUES INONDATIONS

SANTÉ-TRAVAIL

37. Aide à la maîtrise d'œuvre de la Démarche interactive de Santé au Travail (DIST)..... 59
 Sigle : DEMARCHE INTERACTIVE SANTE TRAVAIL
38. Veille et prévention des risques professionnels (Contrat de Plan 2000-2006 "renforcer la cohésion sociale") 60
 Sigle : RISQUES PROFESSIONNELS 2001

1. Maintenance et évolution de SCORE- santé

Début : 2000
Sigle : VEILLE SANITAIRE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 1)

La maintenance de la base de données en santé publique se poursuivra en 2001. L'ORS PACA poursuivra sa participation au sein de deux groupes de la FNORS.

Commanditaire :
Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

2. Etude de faisabilité d'un panel de médecins généralistes libéraux en région PACA

Début : 2001
Sigle : PANEL MEDECINS

Présentation de l'étude :

La constitution d'un panel de médecins généralistes libéraux en région PACA, répond à un double objectif :

1/ Connaître de façon précise l'évolution des pratiques, attitudes et opinions des médecins sur des problèmes de santé publique actuels et la prise en charge de pathologies particulières. Dans la tendance récente du raccourcissement des durées de séjour en milieu hospitalier et de l'encouragement des stratégies alternatives de prise en charge des patients accordant notamment une place plus importante aux attentes de ces derniers en matière de qualité de vie, les situations sont nombreuses où la médecine dite de ville prend une part active au traitement de patients hier entièrement dévolu à la médecine hospitalière. La collaboration des différents mondes médicaux et la coordination de l'activité qu'elle requiert ont largement contribué, la prise en charge du VIH en témoigne, à la constitution de réseaux de prise en charge assurant un continuum de soins aux patients rendant beaucoup moins évidente la frontière entre médecine hospitalière et médecine de ville. Dans un tel cadre où les médecins généralistes constituent plus que jamais un rouage central de l'organisation et de la production sanitaires, il nous semble important de se doter d'un moyen d'observer les pratiques en identifiant leurs différents fondements. L'instrument d'un tel projet repose dans l'étude de la faisabilité, le développement et la mise en place d'un panel de médecins permettant de contribuer à la constitution d'un observatoire de la médecine ambulatoire. Cet outil doit présenter suffisamment de flexibilité pour évaluer et documenter des problèmes d'actualité comme la prise en charge du VIH, de la toxicomanie, de la précarité, mais également l'évolution des pratiques médicales pour des pathologies dont le cadre de prise en charge a pu être modifié comme permettre l'intégration de thématiques émergentes suscitées par un contexte particulier.

2/ Reconstituer des épisodes de soins pour certains des patients des médecins du panel. Cet objectif est le pendant, en termes de demande de soins, du précédent consacré à l'offre de soins. Il s'agit là d'appréhender de manière plus précise les comportements des patients en matière de consommations de soins en face des comportements prescriptifs des médecins. L'épisode de soins permet en effet de cerner de manière globale la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies. En particulier, cette approche permet de cerner les relations entre producteurs de soins (entre généralistes et spécialistes, entre ville et hôpital, entre secteur sanitaire et social). Elle permet aussi de connaître le degré de mobilité des patients dans le système de santé et finalement d'éprouver les limites du système de soins à coordonner les différents arguments de son organisation (médecine de ville, médecine hospitalière) là où les patients peuvent être supposés attendre un produit sanitaire indifférencié répondant à leur attente. Des comparaisons d'intensité de prise en charge pourraient alors être effectuées, selon le mode de prise en charge des patients (exonération du paiement du ticket modérateur pour affection de longue durée, couverture maladie universelle, couverture complémentaire) et selon le type de médecin.

Description du projet

Afin de mieux cerner le déroulement dans le temps de l'étude, le projet peut se découper en cinq grandes étapes : 1/ Mise en place d'un comité technique chargé de suivre le panel tout au long de son processus, de sa création à son analyse, composé d'économistes, de démographes, de médecins ainsi que de sociologues ; 2/ Constitution du panel de médecins généralistes libéraux : le comité technique devra construire un échantillon aléatoire stratifié de 500 médecins représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de la

région PACA (N=6200), à l'aide de la définition de strates (sous-groupes) en fonction de critères discriminants puis effectuer un tirage aléatoire à l'intérieur de chaque strate ; 3/ Formation des médecins participant au panel : Une fois le panel de médecins généralistes de ville constitué, le comité technique se propose de réaliser une vingtaine de réunions délocalisées sur le territoire PACA afin de former l'ensemble des médecins participant sur les sujets de l'épidémiologie et de l'économie de la santé ; 4/ Réalisation de la première vague d'enquête : La phase de réalisation des vagues d'enquêtes sera assurée par l'institut de sondage sous le contrôle du comité technique. Il est prévu de ne réaliser qu'une seule vague en 2001 puis de passer à une interrogation bi-annuelle en 2002 ; 5/ Analyse des résultats : Le traitement et l'analyse statistique de la base de données obtenue seront effectués par l'ORS. La cellule « Economie de la santé » de l'ORS PACA se chargera de l'ensemble des analyses décidées par le comité technique. Les méthodes utilisées seront celles classiquement utilisées de la statistique descriptive et de la modélisation économique au travers de modèles économétriques qualitatifs et quantitatifs.

Partenaires : URML PACA, URCAM PACA (financeur), INSERM U379, Institut d'Economie Publique

Commanditaire :

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence Alpes Côte d'Azur

3. Baromètre National Santé Adultes et Jeunes du Comité Français d'Education pour la Santé : analyses des données sur la vaccination et le cancer

Début : 1999

Sigle : BARO SANTE ADULTES ET JEUNES

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 3)

Au cours de l'année 2001, nous poursuivrons l'analyse des données du Baromètre sur les deux chapitres "Vaccination" et "Cancer", et nous débuterons l'exploitation régionale de tout le Baromètre.

Commanditaire :

Comité Français d'Education pour la Santé

4. Etude de faisabilité du volet régional Provence Alpes Côte d'Azur de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 2002

Début : 2001

Sigle : ENQUETE DECENNALE SANTE

Présentation de l'étude :

1. – Participation au groupe méthodologique

L'enquête sur la santé et les soins médicaux en France est une **enquête décennale** du type de celle du recensement. La première enquête de ce type date des années 1960, la précédente de 1991/92. Cette enquête constitue la source de données la plus exhaustive en matière de consommation de soins au plan national et l'une des plus importantes au plan international. **La prochaine enquête sur la santé et les soins médicaux en France aura lieu en 2002.** L'organisation de cette nouvelle enquête au plan national a été confiée conjointement à la Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi et de la solidarité et à l'Institut National des Statistiques et Etudes Economiques (INSEE), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) étant par ailleurs étroitement associé à l'élaboration du protocole d'enquête (l'un de ses chercheurs, M. JL Lanoë ayant été détaché à cette fin auprès de l'INSEE).

Au-delà de la poursuite des séries statistiques, entamées il y a quarante ans, sur les principaux déterminants de la consommation de soins, et permettant d'apprécier l'évolution dans le temps du recours aux soins de la population française, la nouvelle enquête de 2002 se propose :

. d'approfondir l'étude des comportements individuels dans le domaine de la santé et leurs relations avec la consommation de soins. Il s'agit de mieux connaître et comprendre : quels sont les types de soins consommés et par qui ? Comment se soignent les individus ? Pour quelles maladies vont-ils consulter ? Quand ont-ils recours à l'hôpital ? Et surtout quelles relations s'établissent entre ces comportements de

recours aux soins et d'une part l'état de santé, d'autre part les comportements plus généraux face à la prévention et à la santé ;

- . d'approfondir l'analyse des inégalités de recours et de consommation de soins en fonction des groupes sociaux et professionnels en les reliant également à des indicateurs socio-économiques d'ensemble ;
- . d'être associée, de façon plus étroite que les vagues précédentes, aux thématiques de recherches internationales en économie de la santé.

L'enquête, représentative au niveau national, comptera en 2002 environ 8 500 ménages participants, soit 25 000 individus interrogés.

L'Unité INSERM 379 (Sciences sociales Appliquées à l'Innovation Médicale) dirigée par le Pr Moatti, seule unité de recherche INSERM en sciences humaines et sociales de la santé en dehors de la région parisienne, a été sollicitée dès le départ pour participer *aux quatre groupes d'experts constitués au plan national* par la DREES et l'INSEE pour préparer et mettre en place cette prochaine enquête décennale sur la santé et les soins médicaux. Ces quatre groupes d'experts sont : méthodologie de l'enquête, appariement avec les données des Caisses d'Assurance Maladie, analyse de la morbidité, extensions régionales.

L'année 2001 sera donc consacrée à la phase préparatoire du projet d'enquête nationale.

2. – Extension régionale PACA

Malgré la grande taille de l'échantillon (25 000 individus sont interrogés), les modalités de sélection de l'échantillon de l'enquête nationale ne permettent pas de bénéficier d'une représentativité au niveau des régions. Pour que cette représentativité soit assurée, il faut accroître la taille de l'échantillon régional. Pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, comme pour les autres régions qui prévoient une telle extension, la proposition faite par les spécialistes nationaux des sondages consiste en un doublement de la taille de l'échantillon initial, c'est-à-dire un passage de 1 200 ménages interrogés à 2400 ménages, soit à peu près 5 500 individus enquêtés.

Mis à part une expérience d'extension régionale en 1980 de l'enquête en Aquitaine et en Nord-Pas-de-Calais, l'enquête santé a été et est représentative uniquement au niveau national. L'intérêt d'une extension régionale de l'enquête peut être alors décliné en quatre points :

- . Obtenir un résultat très riche en statistiques et ceci en bénéficiant de l'ensemble du dispositif de collectes mis en place, de la logistique développée par l'INSEE au niveau national qui garantissent l'obtention de données fiables, précises, faciles à utiliser et directement comparables au niveau de référence nationale.
- . Fournir un véritable outil d'aide à la décision. L'extension régionale ouvre la possibilité d'observer directement les phénomènes au niveau considéré et donc sera à même de répondre aux attentes en matière d'orientation de la politique régionale de santé. En effet, une telle base de connaissances constituera forcément un point d'appui permettant d'éclairer les instances régionales pour la définition et la mise en place de politiques de santé.
- . Etablir des comparaisons régionales, nationales et internationales. Au delà du simple descriptif des résultats obtenus, l'extension permet de comparer le comportement en matière de santé des individus résidant en PACA avec les autres régions participantes, comme Nord-Pas de Calais, Ile de France, Picardie et Midi-Pyrénées, mais également de comparer au niveau de référence nationale et/ou internationale. Ces comparaisons, notamment en matière d'analyse des comportements de consommations de soins et de prévention, peuvent permettre d'élaborer ou de valider des modèles explicatifs quant aux différences observées.
- . Positionner le pôle de recherche local en « Economie de la Santé ». L'enquête devrait permettre aux organismes de recherche et d'étude de la région qui seront chargés de son analyse de s'affirmer au plan national et au plan international comme exerçant un rôle leader en leur domaine.

5. Appui méthodologique auprès de la DRS de Tunis pour la réalisation d'un tableau de bord des indicateurs sanitaires du Gouvernorat de Tunis

Début : 2000

Sigle : MISSION TUNISIE 4

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 4)

Le partenariat, établi depuis 1996, avec la Direction Régionale de Santé Publique du Gouvernorat de Tunis, se poursuivra pour l'année 2001.

Commanditaire :

Conseil Général des Bouches-du-Rhône

6. Cohorte de sujets infectés par le VIH contaminés par toxicomanie intraveineuse suivis à Marseille, Nice, Avignon et Ile-de-France

Début : 1995
Sigle : MANIF 2000

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 5)

Cette étude, qui a débuté en 1995, se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Conseil Général des Bouches du Rhône, Ensemble Contre le Sida

7. Etude de l'interaction médicamenteuse entre les inhibiteurs de la protéase et la buprénorphine ou la méthadone chez des patients infectés par le VIH et contaminés par voie toxicomane

Début : 2000
Sigle : INTERACTION ANTIPROTEASE/BUPRENORPHINE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 7)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :

Laboratoire de Pharmacocinétique et Toxicologie/Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Laboratoire Schering Plough

8. Vih : Enquête Sur des Personnes Atteintes (enquête VESPA)

Début : 2000
Sigle : VESPA

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 8)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaire :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

9. Cohorte de patients infectés par le VIH observés à partir de la mise sous inhibiteurs de protéase (ou antiprotéases)

Début : 1996
Sigle : APROCO

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 9)

Cette étude a débuté en 1996 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (C5)

10. Intervention sur l'observance thérapeutique des patients infectés par le VIH

Début : 1999

Sigle : NICE OBSERVANCE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 10)

Cette étude a débuté en 1999 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaire :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (C5)

11. Réseau européen de prévention de l'infection à VIH/Sida et des hépatites virales en milieu carcéral

Début : 1998

Sigle : RESEAU PRISON 4

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 12)

Cette étude a démarré en 1998 et se poursuivra durant l'année 2001. Elle associe l'Institut Wissenschaftliches Institut des Artzte Deutschlands (WIADS – BONN, Allemagne) et l'ORS PACA.

En 2001, l'enquête sur les connaissances, les attitudes, les opinions et les pratiques des surveillants face aux maladies infectieuses sera renouvelée dans 4 pays (la Belgique, l'Italie, l'Espagne, La France) mais avec un axe de recherche plus orienté sur l'hépatite C en milieu carcéral.

D'autre part, l'ORS coordonne une deuxième enquête pour le réseau européen concernant les modes de préparation de la sortie de détention réalisée dans 2 pays européens (le Portugal et la Grèce).

L'étude sur la mortalité des détenus sortant de prison sera finalisée au niveau de la collecte des données et de l'analyse (cf. étude "Evaluation des Unités pour Sortants").

Commanditaires :

Commission Européenne/WIAD, Ensemble Contre le Sida (9^{ème} appel d'offres), Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

12. Évaluation biologique, clinique, psychosocio-comportementale et économique de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH en Côte-d'Ivoire

Début : 2000

Sigle : ONU – SIDA

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 14)

Cette étude a débuté en 2000 et sera poursuivie durant l'année 2001.

Commanditaire :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

13. Analyse des déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les pays en développement et régulation publique des marchés (projet inclus dans le programme ANRS/ETAPSUD)

Début : 2001
Sigle : ETAPSUD

Présentation de l'étude :

Les récents développements de traitements de thérapies antirétrovirales (ARV) ont offert un espoir de prolongement de la vie et d'amélioration des conditions de survie aux personnes atteintes du VIH/Sida. Cependant, ces thérapies ARV sont très coûteuses et induisent des contraintes quotidiennes importantes en terme de suivi clinique. Avec ces nouveaux traitements, un spectaculaire contraste entre les personnes infectées par le VIH/Sida dans les pays industrialisés et les pays du Sud est apparu. Ce contraste est d'autant plus éthiquement troublant que la grande majorité des personnes atteintes vit dans les pays du Sud.

Parmi l'ensemble des obstacles à une utilisation massive de médicaments antirétroviraux dans les pays du Sud, leurs prix constituent sans aucun doute une difficulté majeure.

Ce programme de recherche a pour but de fournir en premier lieu une analyse théorique du marché des médicaments ARV fondée sur des recherches empiriques descriptives. En second lieu, il consiste en une analyse quantitative rigoureuse, nécessitant la constitution d'une base de données sur les transactions ayant trait au traitement du VIH/Sida, tirant ses fondements de l'analyse théorique.

Commanditaire :
Agence Nationale de Recherches sur le Sida

14. Enquête sur la satisfaction des personnes séropositives vis-à-vis du système de soins et des prestations sociales en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Ile-de-France

Début : 2001
Sigle : VIH PLAN

Présentation de l'étude :

L'instance d'évaluation de la politique de lutte contre la SIDA met en place, à la demande du Premier Ministre, une enquête auprès des personnes séropositives pour le VIH afin d'évaluer la connaissance et l'usage des dispositifs d'aide mis en œuvre par les pouvoirs publics ainsi que la satisfaction des bénéficiaires. Cette enquête sera menée auprès de 500 personnes en Ile de France sous la responsabilité de France Lert (Unité INSERM 88) et de 500 personnes en région PACA sous la responsabilité du Dr Y. Obadia (Unité INSERM 379 en association avec l'ORS PACA).

Cette enquête repose sur un questionnaire proposé aux patients, dont la passation par un enquêteur qualifié dure de 30 à 40 minutes. A ce questionnaire s'ajoute une brève fiche médicale (8 questions) remplie par le médecin. Le recueil des données est totalement anonyme.

En région PACA, 18 services hospitaliers prenant en charge des personnes atteintes par le VIH ont été retenus. Dans ces services, l'effectif des patients à interroger a été déterminé en fonction des informations de l'enquête réalisée par la Direction des Hôpitaux et la DREES (enquête dite un jour donné) sur le nombre de personnes atteintes par le VIH vues dans les services et la déclaration des cas de SIDA. Dans chacun des services, un échantillonnage aléatoire sera effectué parmi les consultants ou les entrants en hospitalisation au cours de la période d'enquête. Cette période de quelques jours dépendra de la taille du service et de la fréquence des consultations.

Le recueil est prévu entre le 15 avril et le 15 juin 2001.

Commanditaires :
Commissariat Général du Plan/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

15. Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel – European project on non-occupational post-exposure prophylaxis (Euro-nonopep)

Début : 2001
Sigle : PEP EUROPE

Présentation de l'étude :

L'ORS participe à ce projet d'étude européen qui est coordonné par une équipe espagnole du CEESCAT de Barcelone (Centre d'études épidémiologiques sur le Sida de Catalogne) et rassemble 14 pays (Espagne, Portugal, France, Italie, Grèce, Royaume-Uni, Irlande, Belgique, Allemagne, Autriche, Suisse, Pays-bas et Slovénie).

Cette étude devra être réalisée sur une période de 2 ans (janvier 2001 / 1er trimestre 2003) et comporte 4 objectifs principaux :

- . Faire un état des lieux de l'existant en matière de PEP non professionnelle dans les différents pays (législation, recommandations, pratiques)
- . Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins qui prescrivent des traitements prophylactiques après une exposition accidentelle au VIH (questionnaire anonyme)
- . Décrire les connaissances et pratiques en matière de PEP parmi des personnes appartenant à des groupes à risque (toxicomanes, homosexuels, échangistes...) (autoquestionnaires ou interviews)
- . Mettre au point un outil commun de type registre, afin de recueillir des données sur tous les patients qui reçoivent une PEP et utiliser ce questionnaire pendant une durée d'un an dans les différents pays.

L'analyse des informations ainsi recueillies devrait permettre de constituer la base d'un registre européen, d'étudier la population qui a accès aux traitements prophylactiques et éventuellement d'apprécier l'efficacité des traitements (% de séroconversions).

Commanditaire :
Centre d'Etudes Epidémiologiques sur le SIDA en Catalogne (Barcelone, Espagne)

16. Collaboration entre le service de l'épidémiologie de l'Institut Italien pour les Maladies Infectieuses Lazzaro Spallanzani de Rome, et l'équipe SIDA de l'ORS PACA

Début : 2001

Présentation de l'étude :

Profitant de la coopération efficace qui a été assurée dans le domaine du VIH et du cancer entre le Dr Patrizia Carrieri de l'ORS et le Dr Diego Serraino de l'Institut Italien pour les Maladies Infectieuses Lazzaro Spallanzani de Rome et qui a mené à la publication du travail commun dans la littérature internationale, ces deux équipes projettent de collaborer régulièrement sur les sujets suivants :

- infections virales et cancer : études longitudinales en utilisant les informations des bases de données communes (par exemple, DMI-2 et DOSS) ;
- études transversales sur la prévalence des infections virales liées à l'étiologie de cancer : par exemple, HHV-8, HCV en utilisant le matériel biologique déjà existant ou de novo rassemblé par matériel biologique ;
- étude épidémiologique analytique chez les femmes. Le rôle du VIH, de VPH et d'autres infections virales et/ou bactériennes dans l'occurrence des lésions génitales. Ce domaine de recherche sera conduit dans les activités de MANIF et les études de cohorte d'Aproco et le SIMIF et les femmes enceintes représenteront un groupe de population particulièrement intéressant ;
- données partagées entre MANIF et ICONA pour mettre en valeur un sujet spécifique dans le domaine de la recherche comportementale parmi des personnes infectées par le VIH : le rapport entre les variations de la charge virale VIH et les comportements à risques.

Les deux équipes souhaitent utiliser les ressources économiques nécessaires pour la conduction des études communes pour les buts suivants : gestion des données, et missions diverses.

En plus des subventions déjà disponibles aux deux établissements, l'ORS et l'Institut Italien pour les Maladies Infectieuses Lazzaro Spallanzani de Rome, considéreront la possibilité de présenter des demandes communes de subventions (par exemple, des institutions européennes).

17. Prise en charge médicale des personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans le Sud-Est de la France

Début : 1998

Sigle : HEPATITE C MEDECIN

Présentation de l'étude :

(cf. *Etudes réalisées en 2000 n° 15*)

Cette étude a débuté en 1998 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaire :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida

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

Début : 2000

Sigle : HEPATITE C - EVAL ECO

Présentation de l'étude :

(cf. *Etudes réalisées en 2000 n° 16*)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaire :

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (AC20)

19. Hépatite C et Toxicomanie en région PACA

Début : 2001

Sigle : EVAL VHC DRASS

Présentation de l'étude :

Bien que les pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) se soient améliorées au cours des dernières années, il a été montré aux Etats-Unis que les UDVI sont contaminés par le virus C très tôt au cours de leur toxicomanie. Ainsi, à moins d'une réduction importante de l'usage par voie intraveineuse ou d'une prévention intervenant très précocement, on peut craindre que la toxicomanie par voie intraveineuse demeure dans les prochaines années un mode de contamination majeur. Or, le dépistage et la prise en charge des UDVI semblent poser des problèmes spécifiques qu'il est important d'identifier et d'analyser (population difficile à approcher, recherche d'antécédents, observance aux examens et aux traitements, associations thérapeutiques (multi-thérapies anti-VIH, produits de substitution), problèmes socio-économiques, contexte psychologique, pathologies associées, prise d'alcool). On peut ici rappeler les résultats de l'enquête récente réalisée par l'ORS dans la région PACA en 1999 auprès d'un échantillon de 300 médecins généralistes ainsi que de 200 médecins prescripteurs d'interféron, qui montrent que la recherche d'antécédents d'usage de drogue IV régulier ou occasionnel est une pratique minoritaire chez les médecins généralistes et qu'ils sont nombreux à penser que les UDI refusent plus souvent le traitement par interféron, et qu'ils suivent moins bien les traitements lorsqu'ils leur sont prescrits.

On peut s'interroger également sur les circonstances et les motivations qui président au dépistage chez les toxicomanes ou au retard dans leur prise en charge pour leur infection au VHC. Si l'analyse des pratiques et des attitudes des médecins vis-à-vis du toxicomane peut fournir des indications de réponses, certaines caractéristiques socio-démographiques ou psychosociologiques du toxicomane pourraient être associées au recours ou non au dépistage de l'hépatite C, ou aux soins pour son infection au VHC. Une étude américaine récente, portant sur 300 ex-usagers de drogue recevant de la méthadone, montrait la faible connaissance des UDVI sur leur statut VHC (82%) et sur la maladie en elle-même, et montrait également qu'une fois informés sur les bénéfices et les risques du traitement du VHC, 53% des UDVI se disaient "favorables" au traitement de leur hépatite C (Stein, 2001).

Ce projet de recherche a pour objectif d'étudier d'une part les facteurs associés au dépistage et à la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues.

Pour mener à bien ce projet de recherche, nous proposons de réaliser deux études complémentaires :
 . L'exploitation secondaire de l'enquête auprès des médecins du sud-est de la France sur le dépistage et la prise en charge médicale de l'hépatite C.

Nous disposons de 3 sources de données : Une enquête téléphonique auprès de 500 médecins généralistes et spécialistes, du Sud-Est de la France ; Pour 365 d'entre eux, nous disposons également d'informations recueillies par téléphone sur le dernier patient infecté par le VHC et vu en consultation au cours des 4 semaines précédant l'interrogatoire ; Nous disposons également de 250 fiches remplies par les médecins volontaires au cours d'une période variable suivant que le médecin était généraliste ou spécialiste, et 200 autoquestionnaires remis par les médecins aux patients et renvoyés par les mêmes patients. L'ensemble des données issues des trois questionnaires devrait nous permettre de déterminer les facteurs associés au dépistage et à la prise en charge du patient usager de drogue et de dessiner également le profil de l'usager de drogue pris en charge par le système de soins.

. Une enquête qualitative auprès de patients coinfectés VIH/VHC de la cohorte Manif pris en charge par les sites paca

Avec le suivi médical régulier de la cohorte MANIF et l'administration d'un questionnaire qualitatif à un groupe de patients coinfectés recrutés dans MANIF, nous pourrions renseigner à la fois les facteurs cliniques du retard ou de la non prise en charge de l'infection au VHC et les facteurs propres aux patients (durée de la toxicomanie, arrêt ou non de la toxicomanie, mise sous-substitution, perception de la gravité de la maladie, connaissances sur le VHC et ses modes de transmission, peur des examens complémentaires...).

Les résultats de ces deux enquêtes sur l'infection à VHC chez les usagers de drogue devraient permettre d'approcher les problèmes rencontrés par le patient usager de drogue (ancien ou actuel) dans la prise en charge de sa co-infection au VIH et VHC. Ces enquêtes, en complétant les informations obtenues à partir des différentes études menées sur la population des usagers de drogue en région PACA, devraient permettre ainsi d'approfondir notre connaissance sur la problématique "Hépatite C et toxicomanie en région PACA".

Commanditaires :
 Conseil Régional, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

20. Analyse coût-efficacité des stratégies thérapeutiques chez les patients co-infectés par le VIH et le VHC

Début : 2001
 Sigle : CO-INFECTION VHC-VIH

Présentation de l'étude :

La co-infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) est un problème grave de santé publique. En France, 8 à 30% des personnes infectées par le VIH sont co-infectées par le VHC. Si les thérapies sont aujourd'hui plus efficaces, aussi bien pour le VIH avec les multithérapies, que pour le VHC avec la bithérapie interféron et ribavirine, la prise en charge thérapeutique de la co-infection est problématique pour diverses raisons : des interactions médicamenteuses pourraient altérer l'efficacité des traitements, la trithérapie pour le VIH augmenterait la toxicité hépatique, et accélérerait la progression de l'hépatite chronique C vers la cirrhose.

Pour l'ensemble des médecins, la prise en charge thérapeutique du VIH est prioritaire. En conséquence, les patients co-infectés par le VIH/VHC sont rarement traités pour le VHC. Or, on constate une augmentation de l'incidence de la co-infection VIH/VHC chez les toxicomanes, avec une prévalence plus forte de l'infection au VHC, et une hausse de la mortalité associée au VHC chez les patients co-infectés.

On peut donc s'interroger sur la pertinence de la séquence thérapeutique actuelle –c'est-à-dire traiter le VIH en priorité et le VHC dans un second temps– et évaluer d'autres séquences thérapeutiques telles que le traitement dans un premier temps du VHC, en fonction des CD4 ou de la charge virale VIH par exemple, et dans un deuxième temps le VIH.

Afin d'évaluer les "bénéfices" associés aux différentes séquences thérapeutiques envisageables, nous proposons de réaliser une analyse médico-économique de la prise en charge thérapeutique de la co-infection VHC/VIH.

Cette analyse permettra d'évaluer à la fois l'efficacité thérapeutique et le coût associés à chaque séquence thérapeutique et de définir sur la base d'un critère de rapport coût/efficacité, les séquences les plus souhaitables afin de contribuer aux recommandations de prise en charge.

21. Evaluation de l'association interféron-ribavirine-amantadine chez des patients porteurs d'une hépatite chronique virale C et non répondeurs à l'interféron - ribavirine. Etude ouverte

Début : 1999

Sigle : INTERFERON/AMANTADINE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 17)

Cette étude, initiée en 1998, se poursuivra en 2001. L'analyse des données débutera en septembre 2001.

Commanditaire :

Réseau Hépatite C - MPAC

22. Mise en place d'un tableau de bord de la couverture vaccinale en population générale dans deux régions : Bourgogne et Provence Alpes Côte d'Azur

Début : 1999

Sigle : URCAM VACCINATION

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 18)

Cette étude a débuté en 1999 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés/Fédération Nationale des ORS

23. Etude de l'importance et des déterminants de la Fièvre Q à l'Ouest de l'étang de Berre

Début : 2000

Sigle : FIEVRE Q - ETANG BERRE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 20)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001. L'enquête en population aura lieu entre le 28 mai et le 15 juin 2001 à Istres, Martigues et Salon de Provence.

Commanditaires :

Conseil Général des Bouches du Rhône, Mairie d'Istres, Mairie de Martigues, Mairie de Salon de Provence

24. Groupe régional d'observation de la grippe 2000-2001

Début : 1999

Sigle : GROG 2000

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 21)

Le GROG PACA a pour fonction de détecter précocement les épidémies de grippe dans la région, afin d'alerter les populations et les acteurs du système de soins.

Ainsi, de septembre à mai, une vingtaine de médecins sentinelles transmettent à l'ORS, chaque semaine, des indicateurs non spécifiques de leur activité (nombre d'actes, de visites, de viroses respiratoires, d'arrêts de

travail courts) et des indicateurs spécifiques en pratiquant des prélèvements rhinopharyngés, analysés au laboratoire de virologie de Lyon, afin d'identifier les souches circulantes.

Les données sont réunies dans un bulletin hebdomadaire rendant compte de la situation.

Commanditaire :
Add GROG

25. Standardisation du premier bilan de santé en maternelle

Début : 2000
Sigle : EVAL MATER

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 23)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :
Conseil Régional, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (FNPEIS)

26. Les jeunes et la pratique intensive du sport : perspective en terme de rapport à la santé

Début : 2001
Sigle : JEUNES ET SPORT

Présentation de l'étude :

Ce projet s'inscrit dans les problématiques prioritaires définies par le Programme Régional de Santé concernant la construction du rapport à la santé et de son lien avec les conduites à risques au sein de population jeune. Il a pour objet d'approfondir les hypothèses concernant la population des jeunes sportifs PACA et leur rapport à la santé et de mettre en cohérence un projet de recherche pertinent pour étudier ce lien entre pratique sportive intensive chez les jeunes et rapport à la santé.

En effet, il est apparu que la définition de la population et des échantillons d'une part et la réalisation concrète du recueil de terrain d'autre part, nécessitaient une série de travaux préalables sans lesquels le protocole ne peut être défini et les ressources nécessaires au projet évaluées.

Notre objectif principal est de définir un programme de recherche en vue d'étudier le rapport à la santé des jeunes ayant une pratique sportive "intensive" au sein de la région Provence Alpes-Côte-D'Azur.

Sur la période d'Avril 2001 à Décembre 2001, nous nous proposons de mettre en place une enquête de faisabilité qui s'articulera autour de quatre temps :

Un séminaire de travail : il sera mis en place pour approfondir les hypothèses et mettre en cohérence le projet de recherche ; celui-ci confrontera l'avis d'experts sportifs et médicaux avec des acteurs régionaux.

Ce séminaire devrait donc nous permettre de répondre aux questions posées par un tel projet (éthique, faisabilité, ...) ; de définir la population concernée par ce projet ; d'élaborer des pistes pour la construction du questionnaire ; et d'élaborer des pistes pour la construction du guide d'entretien.

Elaboration des outils de recueil de l'information : en fonction de deux perspectives : qualitative (guide d'entretien) et quantitative (questionnaire).

Préparation du terrain d'enquête par une étude pilote : celle-ci nous permettra de vérifier l'adéquation des outils élaborés avec le terrain de la recherche.

Elaboration d'un projet de recherche : cette enquête de faisabilité fera l'objet d'un projet de recherche qui sera déposé en janvier 2002.

Cette recherche sera conduite par l'Observatoire Régional de la Santé, la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et le CREPS, associés au Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence.

Commanditaires :
Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports, Programme Régional de Santé (en cours de négociation)

27. Trajectoires sociales, rapport à la santé et modes de recours au système de prise en charge médico-sociale : une étude qualitative auprès de jeunes sous la responsabilité de la PJJ-PACA

Début : 2001

Sigle : SANTE JEUNES PJJ

Présentation de l'étude :

Ce projet s'inscrit dans la problématique prioritaire définie par le Programme Régional de Santé concernant la construction du rapport à la santé au sein de populations psychologiquement et/ou socialement vulnérabilisées. Il a pour principal objectif d'étudier les logiques psychosociales qui sous-tendent le rapport à la santé (somatique, psychologique et sociale) et la gestion des risques qui lui sont associés chez les jeunes pris en charge par la PJJ-Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'objectif général de l'étude que nous proposons de mener est d'appréhender, dans leur diversité, les systèmes de significations et de valeurs en fonction desquels se définissent les représentations et les pratiques vis-à-vis de la santé et les modes de recours aux soins chez des jeunes confiés à la PJJ en région PACA. Et ce, en relation avec les trajectoires sociales de ces jeunes, tant au niveau biographique et familial, qu'au niveau de la prise en charge institutionnelle (secteur de prise en charge, nature de la mesure).

Cette étude a aussi pour objectif de connaître de façon qualitative les parcours de socialisation et les profils psychosociaux de jeunes confiés à la PJJ en fonction des déterminants sociaux et conjoncturels ; d'étudier leurs logiques dans le rapport à la santé et dans la gestion des risques ainsi que l'impact de ces déterminants sociaux et conjoncturels ; d'analyser leurs trajectoires dans le réseau de prise en charge médico-sociale et cerner l'impact de la prise en charge PJJ sur les modes de recours à ce réseau, et plus particulièrement, la filière soins. Et ceci dans l'objectif de proposer des axes de réflexion concernant la mise en place de dispositifs spécifiques et de politiques sanitaires à l'égard de cette population et réfléchir à l'élaboration d'indicateurs de mesure plus adéquats pour rendre compte de la construction du rapport à la santé dans les différents sous-segments de cette population.

La Direction Régionale de la PJJ-PACA est associée à ce projet. Ce partenariat a déjà permis la construction de l'échantillon, la définition du cadre déontologique de la recherche et la présentation de celle-ci dans les différentes structures départementales de la PJJ-Provence-Alpes-Côte d'Azur concernées par ce projet.

Commanditaire :

Programme Régional de Santé (en cours de négociation)

28. Evaluation de la prise en charge des jeunes suicidants en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Début : 2001

Sigle : EVAL SUICIDE JEUNES

Présentation de l'étude :

L'objectif de cette étude est d'évaluer le dispositif de prise en charge des jeunes suicidants sur l'ensemble de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Cette étude aura pour but de répondre à la question "Ces dispositifs sont-ils efficaces et répondent-ils à la demande ?". Il est difficile aujourd'hui de déterminer le nombre de jeunes qui tentent de se suicider dans la mesure où les tentatives de suicides ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique. Nous serons donc amenés à opérer une catégorisation sur la population des jeunes suicidants : "la population visible" correspondant aux jeunes suicidants ayant été pris en charge par le système de soins hospitaliers et "la population cachée" correspondant à l'ensemble des suicidants n'ayant pas été pris en charge par le système de soins hospitalier.

Les actions que nous avons décidé de mettre en place sont les suivantes :

Identifier l'ensemble des acteurs de la prise en charge et mettre en évidence les modalités sur lesquelles il sera possible d'évaluer leur contribution à la prise en charge des jeunes suicidants, tant pour la population visible que pour la population cachée. Pour cela, nous allons interroger toutes les personnes (référénts DDASS, médecins...) afin de faire un état des lieux des dispositifs déjà mis en place dans la région.

Évaluer la prise en charge des jeunes suicidants identifiés par le système de soins hospitaliers (population visible), celle-ci pouvant s'opérer en mettant en place un dispositif de recueil d'informations sur le terrain.

Évaluer la prise en charge des jeunes suicidants n'accédant pas au milieu hospitalier (population cachée). Recueil d'informations sur cette population en terme de "parcours du suicidant" (nombre de tentatives de

suicide, prise en charge...), contact avec les différents organismes tels que SOS Amitiés, les missions locales...

Évaluer la prise en charge des jeunes suicidants en étudiant les dossiers médicaux des jeunes suicidés. Leur analyse nous permettrait de mettre à jour des indicateurs pour évaluer la prise en charge. Les dossiers PMSI peuvent nous donner des renseignements indirects de la prise en charge (durée de l'hospitalisation par exemple).

Commanditaires :
Conseil Régional, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

29. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins face aux soins palliatifs. Enquête Nationale 2001

Début : 2001
Sigle : SOINS PALLIATIFS 2

Présentation de l'étude :

Depuis la première unité de soins palliatifs fondée en 1975 à Montréal, le mouvement engagé par l'équipe londonienne de l'Hôpital Saint-Christophe a rapidement trouvé des échos dans l'ensemble des pays occidentaux. Aujourd'hui, trois types de malades sont concernés par ces soins prodigués dans le cadre d'une fin de vie : les personnes atteintes de cancer, les malades du sida et enfin les personnes présentant une sclérose latérale amyotrophique. On dénombre, en France, environ une cinquantaine de centres de soins palliatifs et près de 70 équipes mobiles. Cependant, certaines régions ne possèdent toujours pas de structures ou d'équipes spécialisées. Le retard constaté aussi bien par les autorités administratives que les acteurs intervenant dans le champ de la santé témoignent de l'évolution nécessaire des pratiques médicales. Toutefois, le développement des soins palliatifs nécessite au préalable de bien définir la place, le rôle et la fonction de ces nouvelles stratégies thérapeutiques ; la spécificité, les contenus et les résultats de ce type de soins restent encore peu connus et mal délimités.

Ces principales difficultés semblent être liées à la méconnaissance dont témoignent des professionnels de santé, du travail des équipes spécialisées dans les soins palliatifs. S'il paraît nécessaire de faciliter l'accès aux soins palliatifs notamment en aidant au développement des équipes mobiles intra et extra hospitalières, pour faciliter l'intégration des soins palliatifs à la prise en charge des malades en fin de vie ou présentant une pathologie chronique lourde, il faut en revanche s'interroger sur la perception des professionnels de santé. Promouvoir les soins palliatifs passe par la compréhension des attitudes et des représentations des acteurs de santé face à ce type de soins, tout particulièrement des médecins.

Les premiers résultats de l'enquête conduite auprès d'un échantillon national de médecins sont prévus pour le second trimestre 2001 ; ils permettront ainsi de rendre compte des connaissances, des représentations et des attitudes des médecins en France face aux soins palliatifs ainsi que les conditions dans lesquelles ils ont recours aux équipes spécialisées.

Cette étude associe l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, l'Association PACA Soins Palliatifs et le Centre Départemental des Professionnels de Santé Libéraux.

Commanditaires :
Association pour la Recherche contre le Cancer, Centre Départemental des Professionnels de Santé Libéraux

30. "Nouveaux injecteurs", nouvelles pratiques et réseaux sociaux : une approche d'interactionnisme structurel du risque

Début : 1999
Sigle : RESEAUX-TOX 3

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 27)

Cette étude a débuté en 1999 et se poursuivra durant l'année 2001.

Commanditaires :
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

31. Evaluation des Unités Pour Sortants de prison dans huit prisons françaises

Début : 1999

Sigle : UPS / RESEAU PRISON

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 29)

Cette étude a débuté en 1999 et sera poursuivie durant l'année 2001.

L'année 2001 sera consacrée au deuxième volet de l'évaluation des UPS correspondant à l'étude rétrospective de la mortalité des détenus sortant de prison.

L'objectif est d'estimer le taux annuel de mortalité chez les détenus, en particulier les usagers de drogues, durant la période suivant leur libération. Cette analyse permettra surtout d'identifier et de quantifier les facteurs de risque associés aux décès, notamment la dépendance à l'égard de substances licites ou illicites ; ainsi que d'identifier les facteurs protecteurs vis-à-vis des décès après la libération : contact avec le service social, le psychologue, l'éducateur, le médecin, réalisation d'un stage de préparation à la sortie (Quartiers Intermédiaires Sortants (QIS)).

La population cible est celle des détenus libérés au cours de l'année 1997 de la maison d'arrêt de Fresnes. Les informations relatives au statut vital et causes de décès seront demandées à l'INSERM U 472-CRI-IFR69 et l'INSEE. Ces informations seront alors par la suite confrontées aux données recueillies au Service Médico-Psychologue Régional (SMPR) implanté à la maison d'arrêt de Fresnes et le Quartier Intermédiaire Sortants (informations sanitaires, usage de drogue, passage ou non par le QIS).

Commanditaires :

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Commission Européenne

32. Déterminants, caractéristiques et hétérogénéité de la prescription médicale en toxicomanie : la prescription de buprénorphine haut dosage (subutex[®]) par les médecins généralistes dans le département des Bouches du Rhône

Début : 2001

Sigle : BUPRENORPHINE

Présentation de l'étude :

Cette étude a pour objectifs : Evaluer la place et le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes dépendantes à des substances psychoactives dans le cadre de traitements de substitution aux opiacés ; Définir le profil des médecins prescripteurs et non-prescripteurs de produits de substitution en termes non seulement de connaissances et de représentations, mais aussi et surtout en matière d'attitudes et de comportements à l'encontre des personnes bénéficiant de la prescription de produits de substitution ; Identifier les déterminants de la prescription et de la non-prescription de produits de substitution par les médecins généralistes ; Mesurer et expliquer la variabilité des pratiques médicales en matière de prescription de produits de substitution en isolant leurs principaux déterminants.

Le travail s'appuie sur l'exploitation de données d'enquêtes collectées à l'aide d'un questionnaire téléphonique d'une cinquantaine d'items dont la conception, l'administration et le dépouillement seront effectués pour les besoins de l'étude, auprès de 1 200 médecins généralistes prescripteurs et non-prescripteurs de buprénorphine du département des Bouches du Rhône. Les données réunies portent sur les représentations des médecins en matière de priorité de santé, de prise en charge thérapeutique des populations toxicomanes et également sur les comportements prescriptifs des médecins en même temps que sur les caractéristiques de l'exercice de leur profession. Des régressions logistiques et linéaires seront utilisées pour la modélisation de la décision de prendre en charge des personnes dépendantes de substances opiacées à l'aide de la buprénorphine et pour évaluer les décisions thérapeutiques des médecins face à différents scénarii.

Résultats attendus :

- . Amélioration de la connaissance du comportement et des attitudes des médecins acceptant ou refusant de proposer des soins à des personnes dépendantes de substances.
- . Evaluation et mesure de l'hétérogénéité des pratiques entourant la prescription de buprénorphine en médecine de ville, et identification de ses déterminants.

. Vérification de la réduction des comportements hétérogènes dans la prescription de buprénorphine par le biais de prises en charge concertées des patients, notamment dans le cadre de réseaux.

Partenaires : CPCAM des Bouches du Rhône, Conseil Général 13 (financeur), Mildt (financeur), Inserm 379

Commanditaires :

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Conseil Général des Bouches du Rhône

33. Précarité et trajectoires de santé : le rôle des urgences dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Début : 1999

Sigle : URGENCE PRECARITE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 30)

Cette étude a débuté en 1999. La fin du travail est prévue pour le mois de juin 2001.

Commanditaire :

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

34. Prévalence des comportements d'alcoolisation excessive parmi les usagers du système de soins

Début : 2000

Sigle : ENQUETE NATIONALE ALCOOL

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 31)

Cette étude a débuté en 2000 et se poursuivra durant l'année 2001. Les résultats nationaux et régionaux sont prévus pour le mois de juin 2001.

Commanditaires :

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé/Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

35. Alimentation méditerranéenne, facteurs de risque cardiovasculaire et polymorphisme génétique : effets d'une intervention nutritionnelle

Début : 1998

Sigle : RIVAGE

Présentation de l'étude :

(cf. Etudes réalisées en 2000 n° 32)

Cette étude a débuté en 1998 et sera poursuivie durant l'année 2001.

Commanditaire :

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

36. Conséquences psychosociales des inondations en France, construction d'une stratégie de recherche et planification de la réponse épidémiologique

Début : 2001

Sigle : RISQUES INONDATIONS

Présentation de l'étude :

L'objectif de ce projet est de construire une stratégie de recherche et un dispositif épidémiologique permettant de mettre en œuvre une évaluation prospective des conséquences psychosociales et médico-économiques d'une inondation grave qui surviendrait sur le territoire français.

Trois axes feront l'objet d'une réflexion approfondie : 1/ le recensement des victimes et des individus exposés : des procédures seront étudiées pour permettre, comme pour les victimes d'attentat, d'identifier les personnes exposées très rapidement après la catastrophe ; 2/ l'évaluation et la caractérisation des expositions et des conséquences psychosociales : les outils déjà testés dans le cadre de l'étude précédente de 1997 (i.e. questionnaire d'évaluation de l'exposition) seront améliorés et de nouveaux outils seront développés si nécessaire (i.e. évaluation des conséquences psychologiques pour les enfants) ; 3/ l'évaluation descriptive et prédictive du coût économique des conséquences sanitaires des inondations : à côté des outils de mesure des coûts sanitaires des inondations, la faisabilité de la construction d'outils prédictifs des effets financiers des inondations permettant d'aider le décideur public à faire face aux situations d'urgence sanitaire induites par ces catastrophes sera étudiée.

L'élaboration d'une stratégie de recherche s'appuiera sur les travaux de recherche effectués dans le domaine des accidents nucléaires, sur les travaux de comités internationaux sur l'évaluation des conséquences psychologiques post-traumatiques et sur les résultats de l'étude réalisée à Bédarrides en 1997. La réflexion et les travaux porteront sur les points suivants : l'élaboration de protocoles de recherche rapidement opérationnels ; la définition des éléments d'un point zéro sanitaire et sa faisabilité ; le développement d'indicateurs d'exposition ; l'identification et la validation d'outils d'évaluation des conséquences psychosociales ; l'étude de la faisabilité de l'évaluation médico-économique des inondations.

Pour mener à bien ce programme, un recueil de données à titre pilote ainsi que des analyses de données recueillies dans divers contextes devront être effectués.

Résultats escomptés :

- . Favoriser l'établissement de stratégies de recherche pour préparer les investigations épidémiologiques : mise à disposition d'un guide méthodologique pour la mise en œuvre d'une étude épidémiologique post-catastrophe et le choix des outils appropriés ; création d'une bibliothèque d'outils d'évaluation adaptés à différents types de catastrophes collectives ; documentation de chacun de ces outils en termes de qualité évaluatives et de faisabilité ; cette bibliothèque devra exister sous forme électronique ;

- . Poser les jalons en termes de réseau de surveillance et d'observatoire des risques : développement d'un réseau d'experts et de partenaires capables de se mobiliser en cas d'inondation grave en France pour mettre en œuvre une étude épidémiologique de type prospectif ;

- . Apprécier les coûts en santé publique liés aux dommages aux personnes physiques : résultats de l'étude de faisabilité des coûts médico-économiques : méthodologie et faisabilité de la construction d'indicateurs médico-économiques et de modèles de prédiction pour évaluer l'impact en termes de santé publique et de coûts financiers des conséquences des inondations sur les personnes.

Commanditaires :

Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, Agence Régionale Pour l'Environnement (en cours de négociation)

37. Aide à la maîtrise d'œuvre de la Démarche interactive de Santé au Travail (DIST)

Début : 2001

Sigle : DEMARCHE INTERACTIVE SANTE TRAVAIL

Présentation de l'étude :

La Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle a demandé l'appui de l'ORS dans le cadre des actions de prévention des risques professionnels.

L'ORS s'est donc engagé à aider la DRTEFP dans la maîtrise d'œuvre de la démarche interactive de santé au travail (DIST). Cette fonction consiste à mobiliser les compétences requises en vue d'analyser l'état actuel des pratiques de la médecine du travail en matière de veille, d'étudier les difficultés relatives à la mise en place de ce type de démarche, et d'aider à la maîtrise d'œuvre en contribuant notamment à la définition de son phasage, du contenu et des acteurs nécessaires de mobiliser.

Commanditaire :
Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

38. Veille et prévention des risques professionnels (Contrat de Plan 2000–2006 "renforcer la cohésion sociale")

Début : 2001
Sigle : RISQUES PROFESSIONNELS 2001

Présentation de l'étude :

Une mesure du Contrat de Plan 2000–2006 concerne la "Mise en place d'un réseau de veille et de prévention des risques professionnels". Une convention est en cours de signature entre l'Etat, la Région, les Mutuelles de Provence et l'ORS.

Les missions pour l'année 2001 :

1/ procéder à la consolidation et au parachèvement du Système d'Information Concret (SIC) actuellement mis en œuvre sur les sites de Martigues et de Port de Bouc en assurant, d'une part le développement d'un nouveau logiciel permettant d'optimiser la gestion des informations relevant de la caractérisation des postes de travail et celles relevant des sujets occupant ces postes, et d'autre part la migration des données du logiciel actuel vers le logiciel à développer en procédant aux validations nécessaires ;

2/ procéder au recensement des structures de santé de l'espace régional susceptibles d'intégrer un SIC dans leurs procédures, notamment sur les sites de Marseille, Berre, La Ciotat, La Seyne, Toulon-Cuers, Nice, Saint-Auban L'Argentière, Avignon ;

3/ procéder aux premiers développements des outils nécessaires à la transmission des savoir-faire requis pour la promotion et la mise en œuvre du SIC régional.

Un comité de pilotage sera constitué et se réunira deux fois par an pour dresser le bilan des actions engagées.

Commanditaires :
Conseil Régional, Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Activité de formation

Bien que l'Observatoire Régional de la Santé n'ait pas une vocation spécifique de formation, il contribue à l'enseignement et à la formation d'étudiants et de professionnels de santé. Cette mission est accomplie d'une part, à travers des interventions, lors d'enseignements dispensés par les Universités de la Région ou lors de séminaires de formation médicale continue et, d'autre part, à travers l'accueil régulier d'étudiants et de stagiaires.

Ainsi, en 2000, l'**ors** a participé à divers enseignements :

- Formation des élèves infirmiers du CFSI, sur le thème des accidents domestiques, de la circulation et du travail
- DEA d'Oncologie de l'Institut Paoli-Calmettes
- Diplôme Universitaire "Le syndrome Immuno-Déficitaire Acquis" (Hôpital de la Conception, Professeur H. Gallais)

Spécialisation Environnement et Qualité de Vie "EQUAVIE" à l'Institut Universitaire Professionnalisé Génie de l'Environnement (Professeur C. Monleau)

Du 30 octobre au 03 novembre 2000, l'**ors** a organisé, pour les membres de son équipe, une formation sur les "Méthodes d'analyses biostatistiques en épidémiologie". Cette formation a été dispensée par le Professeur John Osborn de l'Institut d'Hygiène de l'Université La Sapienza à Rome.

Plusieurs étudiants ont été accueillis en 2000 au sein de l'**ors** :

THESES

- *Noelle Escaffre*, Université Aix-Marseille I. Date de soutenance : 2001
Thèse : "Changement de pratiques et dynamique des représentations dans le champ de la santé : l'exemple de la prise en charge des toxicomanes par les médecins"
- *Sandrine Loubière*, Université Aix-Marseille II. Date de soutenance : 2001
Thèse : "Approche socio-économique du dépistage de l'hépatite C"
- *Stéphane Eisenlhor*, Université Aix-Marseille II. Date de soutenance : 2002
Thèse : "Le Sida comme mode de lecture du rapport à la santé des jeunes en situation précaire"
- *Ségoène Duran*, Université Aix-Marseille II. Date de soutenance : 2002
Thèse : "Symptômes et difficultés ressentis par des patients sous multithérapie antirétrovirale, et impact sur l'observance thérapeutique à long terme"

DEA

- *Ahmed Haladi*, DEA d'Economie Mathématique et Econométrie (GREQAM)
- *Virginie Caudullo*, DEA de Psychologie (Université de Provence)
- *Géraldine Michel*, DEA Méthode d'Analyse des Systèmes de Santé (Université Aix-Marseille II)

MAITRISES

- *Virginie Nado*, Maîtrise d'Econométrie (Faculté de Sciences Economiques Aix-Marseille II)
- *Maria Velasque*, Maîtrise d'Econométrie (Faculté de Sciences Economiques Aix-Marseille II)

DESS, DEUG,...

- *Thierry Berenger*, DESS de Psychologie, Sciences de l'Education (Université de Provence)
- *Xavier Gamby*, DEUG de Sociologie (Institut de Psychologie et Sociologie Appliquées – IPSA)
- *Isabelle Flament*, Elève-Directeur d'Hôpital (Ecole Nationale de Santé Publique – ENSP)
- *Emilie Zanin*, Deuxième Cycle en Médecine – DCEM (Faculté de Médecine de Marseille)
- *Juliane Guilleteau*, DU des Sciences de l'Information et de la Documentation (Université de Droit, d'Economie et des Sciences d'Aix-Marseille)

STAGES DE 3^{ème} ANNEE

- *Stéphanie Agemian*, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Blancarde, Marseille)
- *Benoît Longin*, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Blancarde, Marseille)
- *Sandrine Marty*, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Blancarde, Marseille)
- *Isabelle Vrillet*, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Blancarde, Marseille)

Animation de 3 réseaux européens

L'**ors** coordonne :

« Le Réseau Européen sur l'infection à VIH et les hépatites virales en milieu carcéral »

Il a fallu attendre plusieurs années avant que ne se développent dans les pays de la Communauté Européenne des recherches épidémiologiques et socio-comportementales qui dépassent le seul constat empirique établi par des médecins du milieu pénitentiaire, pour établir des estimations plus précises de la séroprévalence du VIH en milieu carcéral. Les trop rares études publiées sur la question montrent bien les disparités régionales et les différences selon les établissements pénitentiaires mais toutes soulignent la place de l'infection à VIH dans les problèmes de santé rencontrés en milieu carcéral, notamment chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Certains travaux mettent en cause l'existence de pratiques à risque durant l'incarcération (injections intraveineuses, rapports sexuels non protégés). Une épidémie de VIH a même été rapportée dans la presse médicale internationale. Les données concernant les comportements sexuels et d'usages de drogues intraveineuse des personnes détenues ou en restriction de liberté sont tout à fait insuffisantes pour permettre des stratégies de prévention efficaces.

Il est urgent de disposer d'outils épidémiologiques et de prévention plus performants, de connaissances approfondies pour renforcer des politiques de réduction des risques encore insuffisamment développées en milieu carcéral. Face à l'urgence, il était nécessaire de mettre en relation des acteurs trop isolés, des experts encore trop peu nombreux sur la question ; de mettre en commun des expériences conduites dans des systèmes d'organisation et de contraintes légales et culturelles différents.

Ce réseau européen, coordonné par l'**ors** et le Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, a pour objectifs de : collecter et de comparer les informations à caractère épidémiologique et de santé publique sur l'infection à VIH et les hépatites virales dans les prisons de la Communauté Européenne ; mettre au point des outils de surveillance épidémiologique ; diffuser les informations disponibles et d'élaborer des recommandations sur la politique de prévention et de réduction des risques en milieu carcéral.

Pour accomplir ces objectifs, le réseau organise des séminaires qui réunissent environ 150 chercheurs, acteurs de terrain et décideurs (Marseille, 1996 ; Bonn, 1997 ; Milan, 1999 ; Lisboa, 2001), anime un site Internet et réalise des études multicentriques.

L'**ors** a établi un partenariat étroit avec chacun des coordinateurs nationaux :

Angleterre et Pays de Galles : Andrew Weild : Communicable Disease Surveillance Centre (CDSD/PHLS), London

Autriche : Christiane Nöstlinger : European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna

Belgique : Fabienne Hariga : Modus Vivendi, Bruxelles

Danemark : Peer Brehm Christensen : Universitets Hospital, Odense

Ecosse : Sheila Gore-Bird : MRC Biostatistics Unit, Institut of Public Health, Cambridge

Espagne : Jose Manuel Arroyo : Sociedad Espanola de Sanidad Penitenciaria, Zaragoza

Finlande : Leena Arpo : Chief Medical Officer of the Prison Administration, Helsinki

Grèce : Antonios Papadourakis : Ministry of justice, Athens

Italie : Emma Iandolo : ARECS, Milano

Irlande : Enda Dooley : Department of Justice, Dublin

Luxembourg : Carlo Reuland : Centre Pénitentiaire du Luxembourg, Sandweiler

Pays Bas : Marteen Van Doornick : Trimbos Institute, Utrecht

Portugal : Maria Manuela Dos Santos Pradal : National AIDES Committee, Lisboa

Suède : Kerstin Käll : Department for Social Medicine, Stockholm

« Le Réseau sur les politiques de dépistage du VIH dans 27 pays européens »

Ce réseau est coordonné par la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Il a pour objectifs de : faire un inventaire exhaustif des politiques et pratiques de dépistage du VIH existant dans les différents pays participants ; réaliser une analyse comparative afin de dégager les principales caractéristiques du dépistage du VIH au niveau européen ; produire des recommandations, l'efficacité du dépistage devant être envisagée en termes de prévention de la transmission du VIH, de surveillance épidémiologique, d'accès au traitement précoce et de respect des droits des individus.

Un séminaire a été organisé à Windsor les 18,19 et 20 mai 1998. Il a réuni l'ensemble des membres du réseau et a permis de réaliser un questionnaire commun.

Le recueil des données a été réalisé dans chaque pays à partir de septembre 1998.

Le rapport final a été remis à la Commission Européenne en mars 2000. L'équipe française a été plus particulièrement chargée d'analyser les aspects épidémiologiques d'une part et d'autre part les données concernant l'accès aux traitements anti-rétroviraux et, en particulier, aux traitements prophylactiques après une exposition accidentelle au VIH.

Les résultats concernant la prophylaxie après exposition au VIH ont été présentés au cours de la "3rd European Conference on the methods and results of social and behavioral research on Aids" (Amsterdam, 13-16 février 2000) puis lors de la 13th Conférence Internationale sur le SIDA à Durban en Juillet 2000 (TuOrC341)

La comparaison des politiques nationales en matière de prophylaxie après exposition au VIH a fait l'objet d'un article publié en décembre 2000 dans AIDS Care :

Rey D, Bendiane MK, Moatti JP, Danziger R, Macdowall W, Wellings K. Post-exposure prophylaxis after occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. AIDS Care (2000) 6 : 695-701

Responsables du Réseau

Kaye Wellings : London School of Hygiene and Tropical Medicine, London
Pr. Jean-Paul Moatti : INSERM Unité 379

Membres permanents

France :

Dr Yolande Obadia : Observatoire Régional de la Santé
Dr Dominique Rey : Observatoire Régional de la Santé
Karim Ben Diane : Observatoire Régional de la Santé

Angleterre :

Dr Renée Danziger : London School of Hygiene and Tropical Medicine, London
Wendy Macdowall : London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

Bulgarie :

Dr Tonka Varleva : Ministry of Health, Sofia

Belgique :

François Delor : Faculté Universitaire Sant Louis, Bruxelles

République Tchèque :

Dr Marie Brukova : National Institute of Public Health, Prague

Danemark :

Dr Else Smith : University of Copenhagen, Copenhagen

Estonie :

Dr Nelli Kalikova : Head of the AIDS prevention Centre, Tallin

Finlande :

Dr Pekka Holmstrom : Department of Infectious Disease Epidemiology, Helsinki

Allemagne :

Dr Lieselotte Voss : Robert Koch Institute, Berlin

Grèce :

Dr Georges Kallinikos : Reference Centre for AIDS, Athènes

Hongrie :

Dr Ilona Straub : National Institute for Epidemiology 'B Johan', Budapest

Irlande :

Mick Quinlan : Eastern Health Board, Dublin

Italie :

Dr Daniela Morelli : Istituto Scientifico H San Raffaele, Milan

Létonie :

Dr Inga Upmace : Ministry of Welfare of the Republic of Latvia, Riga

Lituanie :

Dr Daina Visockiene : Lithuanian AIDS Centre, Vinius

Luxembourg :

Dr Henri Geodertz : Aidsberodung Croix-Rouge, Luxembourg

Hollande :

Dr Han Fennema : Division of Public Health – STD Clinic, Amsterdam

Norvège :

Dr Per Magnus : National Institute of Public Health, Oslo

Pologne :

Dr Tomasz Niemiec : National Research Institute of Mother & Child, Varsovie

Portugal :

Dr Helena Pereira do Valle : Instituto Nacional de Sazde, Lisbonne

Roumanie :

Dr Marcea Ioan Popa : Ministère de la Santé, Bucarest

Slovaquie :

Dr Danica Stanekova : Institute of Preventive and Clinical Medicine, Bratislava

Slovénie :

Dr Irena Klavs : Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Lubiana

Espagne :

Dr Pila Estebanez : Medicos del Mundo, Madrid

Suède :

Dr Kristina Ramstedt : Swedish Institute of Infectious Diseases, Stockholm

Suisse :

Marcel Zwahlen : Swiss Federal Office of Public Health, Bern

Membres consultants

France :

Dr Jean-Baptiste Brunet : Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida, Paris

Etats Unis :

Pr. Ronald Bayer : Columbia University, New-York

Représentant de la Commission Européenne :

Dr Jader Cane : European Commission DG/V, Luxembourg

Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel - European project on non-occupational post-exposure prophylaxis (Euro-nonoep)

La coordination de l'étude est assurée par le Dr Jordi CASABONA du Centre d'Etudes Epidémiologiques sur le SIDA en Catalogne (CEESCAT, Hôpital universitaire «Germans Trias i Pujol» Barcelone, Espagne). 17 Pays participent : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse

Les objectifs de cette étude sont de : décrire la situation existante dans les différents pays en matière de PEP en dehors du cadre professionnel ; apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des médecins qui prescrivent des PEP ainsi que les connaissances et attitudes sur la PEP au sein de groupes à risques potentiels utilisateurs de la prophylaxie ; et, enfin, de mettre au point un outil d'évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes exposées (réalisation d'un Registre européen).

Objectif 1 : Bilan de l'existant

Il s'agit de faire le point sur les législations en matière de PEP et de rassembler les recommandations officielles/ guides d'aide à la décision. Des questionnaires seront adressés dans ce but à des représentants des Ministères de la Santé et à des représentants de Sociétés Scientifiques.

Objectif 2 : connaissances, attitudes et pratiques de la PEP parmi les praticiens

Des auto-questionnaires seront adressés à l'ensemble des médecins prescripteurs de PEP (en France : services d'urgences hôpitaux publics et privés, CISIH)

Objectif 3 : connaissances et attitudes vis-à-vis de la PEP parmi les sujets « à risque » utilisateurs potentiels de la PEP

Des auto-questionnaires seront proposés à des toxicomanes (centres Méthadone, bus..) / homosexuels (associations)/ échangistes (presse spécialisée)/ femmes (centres d'IVG/planning familial)/ couples hétéro séro-différents (CISIH) et prostitué(e)s

Objectif 4 : Mise en place d'un Registre européen des personnes ayant reçu une PEP

Le questionnaire d'évaluation (type d'exposition, type de traitement, observance thérapeutique, effets secondaires, devenir des patients..) a été mis au point lors de la première réunion du groupe de travail en décembre 2000 à Barcelone. Les données seront recueillies en prospectif pendant une durée d'un an, elles seront ensuite saisies en Espagne puis analysées pays par pays et feront l'objet d'un rapport de synthèse global.

PLANNING PREVISIONNEL

La première réunion a eu lieu les 4-5 Décembre 2000 à Barcelone. Elle a permis de faire le bilan des situations connues dans chaque pays et de mettre au point le questionnaire commun d'évaluation des prises en charge après exposition au VIH (à partir des outils déjà existants dans les différents pays) .

Février 2001 / Avril 2001 : Mise au point des questionnaires pour les administratifs, les praticiens et les personnes à risque / Envoi des questionnaires

Mai/ Octobre : Saisie et analyse des questionnaires

Mai 2001 – Août 2001 : tests des questionnaires sur les PEP prescrites et modifications éventuelles des questionnaires en fonction des difficultés rencontrées sur le terrain

Septembre 2001- Septembre 2002 : collecte définitive des données sur les PEP prescrites

Novembre 2002/ Janvier 2003 : analyse des données

Début 2003 : rendu des résultats

Collaboration avec des équipes de recherche

Dans le domaine des recherches en Santé Publique, une des spécificités de l'**ors** est de produire des recherches qui intègrent l'épidémiologie et la recherche socio-comportementale à la recherche clinique et biologique.

Par la coordination de trois équipes de l'Unité 379 de l'INSERM basées sur le site de l'ORS PACA

- ***L'équipe 3 "Epidémiologie et psychosociologie des comportements dans la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH"***

Cette équipe est dirigée conjointement par le Pr Michel Morin (Psychologie sociale, Université de Provence) et le Dr Yolande Obadia (Directeur de l'**ors**).

Depuis sa création, les travaux de l'équipe ont d'abord été concentrés dans le domaine de la prévention primaire du VIH, puis ils se sont orientés vers celui de la prise en charge des personnes atteintes et de l'étude plus précise de la dynamique de l'épidémie du VIH parmi les populations défavorisées et contaminées par voie toxicomane.

L'équipe 3 s'est efforcée de participer aux nécessaires adaptations des recherches en sciences sociales :

- en consolidant les dispositifs d'analyse et d'évaluation qu'elle avait mis en place sur plusieurs terrains sensibles pour la progression, le contrôle et la prise en charge de l'épidémie : milieu carcéral ; personnes infectées par voie toxicomane ; personnes en situation de précarité,
- en renforçant et en approfondissant les possibilités des démarches prospectives de suivi longitudinal des personnes atteintes et en focalisant une part croissante de ses activités sur l'impact des nouvelles stratégies thérapeutiques, en particulier au travers de sa participation aux cohortes MANIF 2000 et APROCO,
- en préparant la mise en place et l'évaluation de stratégies formatives adaptées, tant des soignants que des patients eux-mêmes, en matière de suivi des traitements, visant à améliorer les prises en charge des personnes atteintes,
- en étendant ses projets au domaine de l'hépatite C et de la co-infection VIH/VHC,
- en entamant, à la demande d'ONUSIDA et de l'ANRS, des programmes de recherches dans les pays en développement.

- ***L'équipe 4 "Sciences sociales de la santé appliquées aux usages et traitements dans le domaine des substances psychoactives"***

Cette équipe, sous la responsabilité de Anne Lovell, sociologue-anthropologue, maître de conférence, a émergé dans le cadre de la précédente équipe 3 "Epidémiologie et psychosociologie des comportements dans la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH", et elle a évolué autour de deux centres d'intérêts. Elle s'accorde ainsi pleinement avec un des axes fondamentaux de l'Unité, en proposant (1) *les usages* et (2) *les modes de prises en charge autour des substances psychoactives* comme champ d'application privilégié pour confronter différentes approches des sciences humaines et sociales et collaborer à une meilleure compréhension des comportements collectifs et individuels face aux risques pour la santé. Ce faisant, les recherches entamées commencent à contribuer, au niveau national, au développement des drogues comme objet scientifique en épidémiologie et en sociologie. L'émergence dans l'Unité 379 d'un groupe de chercheurs spécialisés sur les sciences sociales (notamment en sociologie et psychologie sociale) appliquées aux problèmes de santé liés aux substances psychoactives, s'est donc accompagnée de l'élaboration d'une perspective théorique et méthodologique qui élargit à plusieurs niveaux d'analyse les facteurs explicatifs potentiels des comportements individuels et collectifs d'usage de ces substances. En rénovant les perspectives de recherches de l'Unité dans ce domaine, cette nouvelle

équipe paraît particulièrement bien placée pour aborder, du point de vue des sciences sociales de la santé, les questions que les substances psychoactives posent pour la santé publique aujourd'hui.

Les travaux sur la toxicomanie et le VIH conduits dans le cadre de l'ancienne équipe 3 ont convergé avec un deuxième centre d'intérêt, porté conjointement d'une part par le groupe mis en place autour d'Anne Lovell pour mener à bien ses projets de recherche sur l'influence des réseaux sociaux sur les pratiques des usagers de drogues, d'autre part par des enseignants-chercheurs du Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence dans leur recherche sur l'importance des usages des substances psychoactives dans le rapport à la santé et au soins des jeunes en situations de précarité. Ces recherches ouvrent le chemin vers des tentatives d'explication contextuelle des comportements à risque pour la santé. Elles nous permettent aussi d'identifier le statut spécifique de l'usage des substances psychoactives dans des populations plus larges.

• ***L'équipe 5 "Comportements des acteurs et régulation économique des systèmes de santé (CARESS)"***

Cette équipe est coordonnée conjointement par le Pr Lise Rochaix-Ranson (Professeur de sciences économiques, Faculté de Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée), et Alain Paraponaris (Maître de conférences en sciences économiques, Faculté de Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée).

L'émergence de cette équipe nouvelle depuis l'automne 1999 s'inscrit d'abord dans le prolongement de certains travaux déjà menés dans le cadre des équipes plus anciennes de l'unité 379, notamment ceux portant sur les déterminants de la diffusion des innovations technologiques en onco-hématologie ou sur les réseaux ville-hôpital pour la prise en charge du VIH et de la toxicomanie. Sa mise en place a été rendue possible par le rattachement à l'Unité de nouveaux enseignants-chercheurs, essentiellement économistes, dont les thématiques de recherche touchent globalement aux fondements microéconomiques de l'organisation et de la régulation des systèmes de santé. Ces recherches, en utilisant les méthodes d'analyse des comportements des agents en situation d'information asymétrique et/ou imparfaite, des problèmes d'assurance et plus généralement d'économie publique, ont souligné l'importance de l'étude des fondements du comportement des acteurs et de leurs stratégies pour comprendre le fonctionnement des systèmes de santé, éclairer les mesures de régulation de ces systèmes et identifier les raisons, latentes ou prévisibles, de l'échec ou du succès des réformes récentes (ou à venir) décidées par les autorités sanitaires.

La mise en place de cette équipe s'inscrit dans le rapprochement de l'Unité avec l'Institut d'Economie Publique (Groupement d'Intérêt Scientifique associant le CNRS, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, les trois Universités d'Aix Marseille, divers organismes et entreprises publiques dont le Commissariat Général du Plan, et depuis 1999, l'INSERM).

Cette équipe est composée d'universitaires et de doctorants en sciences économiques, ainsi que de chargés d'études et de médecins intervenant dans des organismes de gestion ou d'observation des systèmes de santé et d'assurance-maladie. La démarche adoptée par les travaux récents, en cours, ou projetés, accorde une attention toute particulière aux problèmes méthodologiques liés à l'adaptation à l'analyse du non-marchand de la théorie économique sur laquelle elle s'appuie. Ces travaux sont par certains aspects théoriques. Ils utilisent en particulier l'instrumentation de la théorie de l'agence ou de l'assurance pour aider à la modélisation et à la compréhension du fonctionnement des systèmes de santé (perte de souveraineté du consommateur de soins, problème de la responsabilisation financière de l'usager de biens ou de services faisant l'objet d'un financement socialisé, relation entre consommation de soins et couverture assurantielle, manipulation éventuelle de la demande par le producteur de soins). Mais, ils insistent néanmoins, par rapport au champ général de l'économie publique, sur la complexité des situations spécifiques au

secteur de la santé (triple relation d'agence entre le soignant et le soigné d'une part, entre le soignant et le tiers-payeur d'autre part, entre le soigné et les assureurs contre la maladie, publics ou privés, enfin).

De plus, ces travaux s'efforcent de ménager une large place à la dimension empirique des phénomènes. Les recherches antérieures (1997-2001) sur lesquelles s'appuie le lancement de cette équipe ont été assises essentiellement sur l'exploitation statistique et économétrique de données d'enquête mises à disposition par les organismes intervenant dans le champ de la santé (établissements hospitaliers, tutelle, assurance-maladie, organisations de médecins). A cet égard, l'une des motivations majeures de l'équipe pour le futur repose justement dans la mise en œuvre de projets "autonomes" de constitution de bases de données ayant trait aux comportements de production ou de consommation de soins.

Par la collaboration avec des équipes de recherche clinique et biologique

- Le Centre d'Investigation Clinique Sainte Marguerite, Marseille

Afin de renforcer la recherche clinique en France, l'INSERM a choisi de soutenir, en partenariat avec certains centres hospitalo-universitaires, la création de Centres d'Investigation Clinique (CIC). Ce nouveau concept, pour la France, doit permettre d'accélérer le développement de la recherche cognitive ; celui-ci passe par le renforcement des moyens financiers et humains, notamment par une interaction plus forte entre cliniciens et chercheurs fondamentalistes. Le CIC de Sainte Marguerite, dirigé par le Pr Yvon Berland, Néphrologue, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, fait partie des 10 sites choisis par l'INSERM et a vu le jour en 1996 grâce au partenariat avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Le CIC marseillais est caractérisé par sa multidisciplinarité (Lithiases, nutrition, endocrinologie, pneumologie, allergologie, dermatologie) et, au travers de son rapprochement avec l'**ors** qui siège au comité technique, par son positionnement en épidémiologie et en santé publique. Le CIC a pour but de promouvoir la recherche clinique, de développer l'expertise et d'aider à la formation des différents acteurs. Pour dépasser le seul cadre des hôpitaux-Sud et optimiser les moyens de recherches entreprises en son sein, le CIC de Sainte Marguerite essaie de prolonger son partenariat avec les hôpitaux d'autres secteurs de la ville, notamment l'hôpital Nord d'une part et l'industrie d'autre part.

- L'Institut Fédératif de Recherches en Nutrition (INSERM U476, CDPA) et le Centre de Recherche en Nutrition Humaine

Depuis plusieurs années, de nombreuses unités cliniques et de recherche œuvrent dans le champ de la nutrition. Notre région, dotée de cette expérience, est caractérisée par un modèle d'alimentation méditerranéenne autour de laquelle existe aujourd'hui un consensus pour lutter contre les maladies cardiovasculaires et le diabète. Elle est, sans aucun doute, un lieu privilégié pour l'accomplissement de recherches sur la nutrition. L'IFR de Nutrition, coordonné par Philippe Vague, professeur des Universités et Huguette Laffont, directeur de recherche INSERM, poursuit ses actions coopératives dans ses orientations en synergie avec d'autres structures régionales impliquées dans des recherches en nutrition qui intéressent la prévention (Centre de Prévention et de Dépistage de l'Athérosclérose) et la nutrition chez l'homme sain (CNRH). L'**ors** apporte son appui technique et son expertise en santé publique et en épidémiologie à l'IFR Nutrition, d'une part, en siégeant au rang des experts du Conseil Scientifique stratégique et, d'autre part, en participant à un essai d'intervention nutritionnelle sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (étude Rivage).

- Le pôle de Référence Hépatite C

L'infection par le virus de l'hépatite C concerne aujourd'hui environ 500 000 personnes en France. Afin de rendre plus efficiente la prise en charge de cette affection qui peut justifier des traitements coûteux et lourds (Interferon, Ribavirine) et nécessite une évaluation régulière du fait de l'évolution des connaissances, la Direction Générale de la Santé et la Direction des Hôpitaux ont promu la création de pôles de références situés dans deux CHU de la région PACA (Marseille et Nice). Autour de ces pôles de références, se sont constitués des réseaux de médecins spécialistes et généralistes, publics et libéraux, concernés par le dépistage et la prise en charge médicale de l'hépatite C. Fort de son expérience dans le domaine de l'épidémiologie et des Sciences Sociales, l'**ors** a été sollicité par le professeur André Gauthier, Président du Réseau Ville-Hôpital hépatite C, pour faire partie du Conseil Scientifique du réseau. Celui-ci a pour mission la formation, la coordination des soins, la diffusion des connaissances, la réalisation de protocoles thérapeutiques et la collecte de données.

Les relations entre l'**ors** et le réseau permettent l'implication réciproque des partenaires sur des études communes : évaluation médico-économique de l'hépatite C (Bourse Région-Produits Roche) ; évaluation des pratiques de dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C (ANRS) ; analyse de l'observance des traitements après interféron-Ribavirine-Amantadine (Produits Roche) ; mise en place du système d'information de l'hépatite C.

- L'institut Fédératif de Recherches sur les Maladies Transmissibles, coordonné par le Professeur Didier Raoult

Par sa situation géographique et son patrimoine historique, Marseille a une longue tradition de recherche, d'enseignement et d'activités cliniques dans le domaine des maladies transmissibles et, plus particulièrement, des pathologies tropicales ; cette compétence est attestée par le grand nombre de publications scientifiques dans ce domaine émanant de groupes marseillais, par un secteur hospitalier de maladies infectieuses très développé et par la présence de l'IMTTSA du Pharo (Service des Armées).

Aujourd'hui, pour répondre aux défis posés par des maladies comme le paludisme ou le SIDA, il apparaît nécessaire d'augmenter les capacités de recherche en développant des stratégies communes, en créant les conditions d'une meilleure intégration de la recherche et de l'activité clinique et en mettant en commun des moyens.

- Le Groupement d'Intérêt Scientifique Medrina (pôle méditerranéen de recherche sur les risques naturels)

Le GIS Medrina est composé de l'Association pour la Recherche et de Développement de Méthodes et Processus Industriels, le Bureau de Recherches Géologiques et Minières, le Centre d'Etudes Techniques de l'Équipement, le Centre National du Machinisme Agricole, le Centre National de la Recherche Scientifique, le Commissariat à l'Énergie Atomique, l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, l'École d'Architecture de Luminy, l'Institut National de la Recherche Agronomique, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, l'Observatoire Régional de la Santé, Météo-France, l'Université d'Avignon, les Universités d'Aix-Marseille I, II et III, l'Université de Nice Sophia Antipolis.

Le GIS Medrina a pour objectifs :

- . de faire progresser la connaissance sur les risques naturels en développant les synergies entre les équipes de recherche et en favorisant leur collaboration pluridisciplinaire
- . d'améliorer le transfert des résultats vers les décideurs et gestionnaires
- . d'appuyer l'élaboration des politiques publiques en favorisant la mise au point de méthodes et d'outils d'évaluation et de décision, d'indicateurs, de normes, dans les domaines de la prévention, de la protection, de la prévision et de la gestion des crises (avant, pendant et après l'événement), et dans le domaine de la santé publique liée aux risques naturels

- . de contribuer à une appropriation sociale des risques par une diffusion des connaissances résultant d'une approche pluridisciplinaire intégrant le droit, l'économie, l'épidémiologie, la géotechnique, l'histoire, l'hydraulique, l'hydrologie, la physique, la sociologie,...
- . de favoriser l'émergence, à l'échelle du bassin méditerranéen, d'un pôle de compétences sur les risques naturels : en fédérant les compétences scientifiques et techniques existantes en région, et en suscitant des collaborations et coopérations avec les organismes de recherche des autres régions confrontées à des risques naturels similaires sur le pourtour du bassin méditerranéen
- . de rechercher en commun des moyens permettant de faire progresser les travaux

