



Rapport d'activité **2004**

Mars 2005

ors paca
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 général

I. Veille sanitaire et synthèses sur la santé observée dans la région

1. Maintenance et évolution de Score santé.....	1
2. Inégalités cantonales de santé : élaboration d'un "Atlas Santé" par département.....	2
3. Tableau de bord santé de la ville de Marseille.....	3
4. La lettre d'information "Regards santé"	4
5. Le site internet ORS PACA.....	5

II. Etudes spécifiques

1. Offre et demande de soins.....	6
2. Environnement et habitudes de vie.....	18
3. Santé des jeunes.....	22
4. Conduites addictives et toxicomanie	26
5. Cancer	29
6. Soins palliatifs.....	31
7. Maladies transmissibles - Infection à VIH.....	32
8. Maladies transmissibles - Hépatites C.....	41
9. Maladies transmissibles - Grippe	42

III. Autres activités scientifiques

1. Collaboration avec des équipes de recherche régionales	43
2. Animation d'un réseau européen et d'un programme dans les pays en voie de développement	61
3. Contribution de l'ORS à des structures régionales, nationales, professionnelles et scientifiques	64
4. Valorisation scientifique : participation aux conférences et publications.....	66

IV. Activité d'enseignement et de formation

V. Activité administrative

1. La vie administrative de l'ORS en 2004	71
2. Le Conseil d'Administration.....	72
3. Le Bureau.....	74
4. L'équipe sur le site ORS/INSERM U379... en Mars 2005.....	75

VI. Annexe publications

Publications et communications réalisées dans le cadre des études 2004	A.1
--	-----

Sommaire des études réalisées en 2004

1. Offre et demande de soins	6
1. Observatoire de la pratique généraliste par le suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en région Provence-Alpes-Côte d'Azur	6
PANEL MEDECINS	
2. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs par les médecins généralistes libéraux de la région PACA	7
PANEL DEPRESSION	
3. Déterminants de l'initialisation d'un traitement antidépresseur chez les assurés sociaux de la Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes en Provence	9
ANTIDEPRESSEURS/CMR	
4. Exploitations de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (2002-2003)	10
ENQUETE DECENNALE SANTE	
5. Conditions d'existence des personnes handicapées, besoins d'aide et offre de soins aux niveaux national et local	12
RESEAU REGIONAL HANDICAP	
6. Déterminants socio-économiques de l'inadéquation entre les besoins d'aide et la nature des aides apportées aux personnes dépendantes / Exploitation de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de l'INSEE.....	13
ENQUETE HID	
7. Participation à l'enquête nationale sur les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours "en urgence" en médecine générale de ville.....	15
URGENCE VILLE	
8. Recensement national sur la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou de syndromes apparentés - I -	16
MEDERIC ALZHEIMER	
9. Interruptions Volontaires de Grossesse : état des lieux en France et en PACA, et recommandations pour des études-actions	17
IVG	
2. Environnement et habitudes de vie.....	18
10. Diffusion du Système Interactif sur la santé au Travail (SIST) auprès des médecins généralistes et spécialistes.....	18
SIST	
11. Tableau de bord régional « Santé et Environnement »	20
TB SANTE ET ENVIRONNEMENT	
12. Conséquences psychosociales des inondations en France, construction d'une stratégie de recherche et planification de la réponse	21
RISQUES INONDATIONS	

3. Santé des jeunes	22
13. Elaboration d'un outil de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs pour les médecins effectuant les bilans de santé en école maternelle.....	22
EVAL MATER	
14. Mise en place d'une cohorte d'enfants scolarisés dans les écoles maternelles pour l'évaluation du dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs.....	23
COHORTE EVAL MATER	
15. Guide répertoire sur la prévention du suicide.....	24
GUIDE REPERTOIRE SUICIDE	
16. Etude de faisabilité de l'évaluation de la santé des étudiants en région PACA	25
SANTE ETUDIANT	
4. Conduites addictives et toxicomanie	26
17. La prescription de buprénorphine par la médecine de ville	26
BUPRENORPHINE	
18. Evaluation du dispositif adapté à la réduction des risques de transmission du VIH et du VHC par voie intraveineuse	27
UDIS 2004	
19. Etude d'une faisabilité d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution, suivis en médecine générale ambulatoire.....	28
SUBAZUR	
5. Cancer.....	29
20. Participation à l'enquête sur les connaissances et attitudes de la population face au cancer, et faisabilité d'un "baromètre cancer" pour l'INPES.....	29
CANCER PG INPES	
21. Impact à long terme du cancer du sein et de sa prise en charge, chez la femme et son entourage	30
PLAN CANCER	
6. Soins palliatifs.....	31
22. Synthèse de la littérature internationale sur les attitudes vis-à-vis de la fin de vie : acharnement thérapeutique, soins palliatifs, euthanasie, suicide assisté.....	31
SOINS PALLIATIFS (LITTERATURE)	
7. Maladies transmissibles – Infection à VIH.....	32
23. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (Vespa).....	32
VESPA	
24. "Vie quotidienne et VIH au féminin"	33
VIE QUOTIDIENNE ET VIH AU FEMININ	
25. Cohorte à long terme d'inhibiteurs de Protéase (Copilote).....	34
APROCO/COPILOTE	

26. Suivi clinico-biologique à long terme des sujets VIH+ infectés par voie toxicomane et inclus dans la cohorte MANIF (MANIF 2).....	35
MANIF 2	
27. Participation à la cohorte Hemoco-Seroco.....	36
HEMOCO SEROCO	
28. Analyse des données de l'enquête AIDES "une semaine donnée 2004"	37
ENQUETE AIDES ET TOI	
29. Participation à une étude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel	38
EURONOPEP	
30. Déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les pays du Sud.....	39
ETAP SUD	
31. Analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux au Royaume du Maroc.....	40
MAROC ANALYSE COUT EFFICACITE	
 8. Maladies transmissibles – Hépatites C.....	41
32. Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite c dans les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit et dans les Centres d'Examens de Santé de la région.....	41
EVAL VHC CDAG	
 9. Maladies transmissibles – Grippe.....	42
33. Groupe régional d'observation de la grippe (Réseau pluridisciplinaire d'alerte précoce des épidémies de grippe).....	42
GROG PACA	

1. Maintenance et évolution de SCORE-SANTE

Sigle : VEILLE SANITAIRE
Début : 2000

Présentation

En 2000, les différentes institutions impliquées dans la gestion du système de santé 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 : « SCORE-SANTE » (<http://score-sante.atrium.rss.fr>).

Objectifs

Ce site commun d'observation régionale en santé met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population. Il a vocation à être l'outil de référence en matière d'indicateurs de santé nationaux, régionaux, départementaux.

Le champ d'investigation de SCORE SANTE est défini selon 5 grands thèmes :

- population et modes de vie ;
- états de santé des populations ;
- pathologies ;
- comportements et environnement ;
- soins et prévention.

Plus de 500 indicateurs constituent à l'heure actuelle cette base de données.

Méthode

La maintenance de cette base de données implique un travail de conception et d'analyse des indicateurs. Ce travail est conduit par 6 groupes animés par la FNORS auquel participe l'ensemble des ORS.

La maintenance de SCORE-SANTÉ consiste à :

- la mise à jour des indicateurs présents sur le site ;
- la recherche de nouvelles sources de données et de nouveaux indicateurs ;
- la validation et l'intégration sur le site des données actualisées ;
- la rédaction d'un « contexte national ».

Avancée de l'étude

Depuis 2000, l'ORS PACA participe à 2 groupes de travail et réactualise les thèmes « Usages de drogues illicites » et « Sida ».

En 2004, les indicateurs du thème « Usages de drogues illicites » ont été réactualisés pour les années 2000 à 2003 et les indicateurs du thème « Sida » pour les années 2000 à 2002.

Perspectives

Cette base doit évoluer. Un travail en commun avec l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) est en cours pour soumettre une proposition commune d'une nouvelle base fusionnant la base SCORE SANTE et la base ECOSANTE de l'IRDES.

Partenaires

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

Commanditaire

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS)

2. Inégalités cantonales de santé : élaboration d'un « Atlas Santé » par département

Sigle : INEGALITES CANTONALES
Début : 2004

Présentation

Les connaissances sur l'état de santé des populations montrent qu'il existe encore, en France, de très fortes inégalités face à la santé qui trouvent leurs sources dans des déterminants économiques, sociaux, culturels... et se manifestent par d'importants écarts de mortalité et de morbidité au sein de la population.

Du fait d'une répartition souvent typée des populations sur le territoire, ces disparités se traduisent par d'importantes inégalités spatiales de santé.

Objectifs

Réaliser un « atlas » de santé cantonal afin de mettre en évidence des disparités en matière de santé, au delà des limites départementales et d'identifier les liens entre l'état de santé des populations et les facteurs sociaux.

Méthode

Un recueil de données a été réalisé pour l'ensemble des cantons de France métropolitaine, par un groupe de travail constitué de 8 ORS regroupés autour de la FNORS.

Les indicateurs sélectionnés concernaient les variables socio-démographiques, l'offre de soins et la mortalité.

Par ailleurs, une analyse en composante principale (ACP) a été réalisée sur l'ensemble des cantons afin de mettre en évidence une typologie des cantons et d'identifier des zones homogènes en matière de santé ou des zones plus fragiles.

Avancée de l'étude

Les ORS ont reçu en 2004 la base de données cantonales de leur région.

Un « atlas santé » présentant la répartition spatiale des données socio-sanitaires sur les 6 départements de la région PACA et la typologie des cantons issue de l'analyse sur l'ensemble du territoire national est en cours de réalisation.

Perspectives

L'atlas sera réalisé pour chaque département de la région PACA et disponible sur le site de l'ORS.

Partenaire

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)

Commanditaire

Conseil Régional dans le cadre du Contrat de Plan Etat/Région

3. Tableau de bord Santé de la ville de Marseille

Sigle : TB VILLE DE MARSEILLE

Début : 2003

Présentation

Connaître la situation sanitaire et sociale au sein d'une population est un préalable nécessaire pour promouvoir des actions de santé publique adaptées dans un territoire bien défini. Dans cette optique, la Direction Santé-Environnement de la ville de Marseille a confié à l'ORS la réalisation d'un tableau de bord sur la santé de la population marseillaise.

Objectif

L'objectif principal de ce tableau de bord était d'effectuer un état des lieux des problèmes de santé et de l'offre de soins dans la ville de Marseille pour constituer un outil d'aide à la décision pour les pouvoirs publics.

Méthodologie

Dans une première phase, le tableau de bord a été réalisé selon la méthodologie définie par la Fédération Nationale des ORS (FNORS), en l'adaptant à l'échelle communale. Dans une seconde phase, des analyses complémentaires ont été réalisées pour certains indicateurs : comparaisons entre les dix plus grandes villes françaises et entre les arrondissements marseillais.

Avancée de l'étude

La réalisation du tableau de bord Santé de la ville de Marseille est achevée. Un tableau de bord composé de 38 fiches ainsi qu'un rapport présentant les analyses complémentaires 'inter-villes' et 'infra-communale' ont été édités. Un document de communication synthétique a été, par ailleurs, réalisé à partir de ces deux documents.

Activités de l'année 2004

L'année 2004 a été consacrée à la réalisation de la seconde phase et à la communication des résultats de cette étude auprès de la population marseillaise et des institutions sanitaires locales.

Concernant la mortalité générale, la situation de Marseille apparaît moins favorable que celle de la plupart des autres grandes villes françaises. La population marseillaise est particulièrement affectée par les maladies respiratoires, les accidents de la circulation et le sida. L'offre de soins en médecine de ville y est plus importante qu'en France et se situe dans la moyenne des autres villes. Les comparaisons entre arrondissements traduisent l'existence de disparités marquées au sein du territoire communal, tant au niveau de la situation sanitaire que de l'offre et de la consommation de soins.

Perspectives

La présentation de résultats ciblés pourra être envisagée dans certains quartiers de Marseille, en partenariat avec la ville de Marseille et les associations de proximité.

Des études de terrain ad hoc seront éventuellement mises en place sur des thèmes spécifiques. Deux priorités ressortent : l'obésité et la réponse aux urgences en médecine de ville.

Partenaires

Données provenant de plus de 40 organismes publics ou privés, nationaux, régionaux ou locaux.

Commanditaire

Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille

Références bibliographiques

Cf Annexe page A.1

4. La lettre d'information "Regards Santé"

L'ORS PACA et l'INSERM U379 ont réalisé un outil commun d'information : « Regards Santé ». Il s'agit d'une lettre d'information qui présente régulièrement les travaux menés en commun dans le cadre du partenariat de recherche entre l'INSERM U379 et l'ORS PACA.

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

Regards Santé présente de manière synthétique les principaux résultats des études en cours de l'ORS-INSERM U379 une fois que ceux-ci ont été validés et publiés dans des revues à comité de lecture.

L'objectif de ce document est de permettre à l'ensemble de nos partenaires de connaître nos activités et de disposer des principaux résultats des différentes études.

Depuis juin 2003, cinq "Regards Santé" ont été réalisés :

Numéro 1 :

Les soins palliatifs en France : "Accès aux soins, expérience des médecins, usage de morphiniques et opinions sur l'euthanasie" (juin 2003) ;

Numéro 2 :

"Apport des enquêtes socio-comportementales pour la prise en charge clinique des patients infectés par le VIH" (juillet 2003) ;

Numéro 3 :

Sport santé, une étude sur les jeunes sportifs ayant une pratique intensive en région PACA (septembre 2003) ;

Numéro 4 :

La prescription de Buprénorphine Haut Dosage en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône : déterminants de la prescription, prise en charge des patients et profil des médecins prescripteurs (octobre 2004) ;

Numéro 5 :

Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine : connaissances, conséquences psycho-sociales, enjeux, stratégie de recherche, préparation, outils et méthodes (octobre 2004).

Numéro 6 :

'La prise en charge en médecine générale de ville des patients handicapés ; résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur' (septembre 2005)

Numéro 7 :

"La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité : résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur' (Mars 2005)

Numéro 8 :

' La santé des usagers de drogues (Mars 2005)

5. Le site internet ORS PACA

Depuis la fin de l'année 2000, un large public de professionnels de santé et de décideurs disposent d'un nouvel outil d'information : le site internet de l'ORS (<http://www.orspaca.org>). Ce site vivant et enrichi au quotidien propose une somme d'informations sur l'état de santé qui permet de mieux comprendre les particularités locales des problèmes de santé afin d'adapter des politiques de prise en charge et de prévention efficaces.

Rapports, diaporamas, interventions orales, articles sont disponibles sur le site et téléchargeables.

Le site est composé de 5 rubriques :

- *Actualités*

La rubrique « Actualité » incite le public à se connecter régulièrement sur le site afin de découvrir les dernières publications de l'ORS : les numéros de « regards santé », les synthèses thématiques, les communications de l'équipe sous forme de diaporamas, abstracts etc.

Depuis sa création le site a accueilli plus de 11 000 visiteurs.

- *Présentation de l'ORS*

En plus de présenter les missions de l'ORS, cette rubrique met à disposition des internautes un organigramme de la structure (avec les coordonnées de tous les membres de l'équipe), la bibliographie complète depuis 1990 et les rapports d'activités de l'ORS.

Données sur l'état de santé régional

Dans cette rubrique sont disponibles les indicateurs socio-sanitaires de la région PACA, et les synthèses générales ou thématiques réalisées par l'ORS.

- *Publications et travaux*

Les abstracts des articles réalisés par l'ORS sont disponibles et classés selon 4 thèmes :

1. *Pathologies* : maladies transmissibles, maladies non transmissibles, maladies professionnelles, psychiatrie et santé mentale ;

2. *Population* : jeunes, femmes, personnes âgées, populations précaires, personnes handicapées, populations carcérales, groupes à risques ;

3. *Environnement et habitudes de vie* : habitudes alimentaires, risques environnementaux pollutions ;

4. *Soins et prévention* : dispositifs de soins, morbidité hospitalière, médecins, médecine de ville.

- *Liens et sources de données*

Un annuaire des sources de données sanitaires et sociales est également disponible pour guider les internautes vers différents sites Internet des partenaires de l'ORS.

1. Observatoire de la pratique généraliste par le suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en région PACA

Sigle : PANEL MEDECINS
Début : 2001

Présentation

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

Objectifs

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

Méthodologie

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

Avancée de l'étude

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

Activité de l'année 2004

En matière d'activité, les durées hebdomadaires de travail déclarées ont sensiblement augmenté entre 2002 et 2003 (55,9 heures en 2002, 57,6 heures en 2003), quel que soit le secteur d'exercice, même si les médecins du secteur 2 continuent de déclarer une durée de travail hebdomadaire inférieure à celle des médecins du secteur 1 (56 heures contre 58). En 2003, 84% des médecins se déclaraient satisfaits par leur pratique, contre 75% en 2002. Les résultats de la vague de novembre 2003 réalisée un an après les accords du 5 Juin 2002 (révisant à la hausse les tarifs des consultations en contrepartie d'une augmentation des prescriptions en DCI ou en générique par les médecins), montrent un tassement significatif du pourcentage de médecins favorables à la prescription en DCI. La vague d'enquête consacrée à la prise en charge du handicap a montré de nombreuses barrières à une prise en charge de qualité des patients présentant un handicap (manque de formation, de temps, problème de communication, sentiment de malaise...) et en particulier une moindre réalisation de gestes de dépistage ou de gestes préventifs. Concernant l'obésité, les médecins généralistes bien qu'impliqués dans sa prise en charge sont une majorité à se sentir inefficaces vis-à-vis de celle-ci. Par ailleurs, plus de la moitié fixent des objectifs de perte de poids trop exigeants par rapport aux recommandations.

Perspectives

Concernant la prise en charge de l'obésité, des analyses complémentaires seront réalisées afin d'identifier les relations entre les différentes attitudes des médecins et leurs pratiques de prise en charge. D'autres travaux sont en cours pour préciser la nature de la relation entre le volume d'activité, la durée hebdomadaire de travail et le montant des prescriptions.

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

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

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

2. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs par les médecins généralistes libéraux de la région PACA

Sigle : PANEL DÉPRESSION

Début : 2004

Présentation

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

Objectifs

Une étude sur la prise en charge de l'EDM et sur les prescriptions d'antidépresseurs est réalisée à l'aide du panel de 600 médecins généralistes (MG) libéraux de la région PACA, avec les objectifs suivants :

1. Mesurer l'adéquation entre prise en charge en médecine de ville et besoin de soins du patient présentant un EDM,
2. Evaluer les variations des pratiques de prescription des antidépresseurs et identifier leurs déterminants.

Méthodologie

Plusieurs vagues d'enquêtes seront réalisées :

- une première enquête auprès des MG du panel consacrée à l'étude de leurs connaissances, attitudes et pratiques concernant la prise en charge de la dépression ;
- deux enquêtes transversales réalisées à un an d'intervalle en 2004 et 2005 auprès d'un échantillon de médecins volontaires du panel et de leurs patients au cours desquelles les médecins documenteront leurs pratiques de prescription d'antidépresseurs à l'aide de questionnaires portant sur le contexte et le contenu des prescriptions et les patients recevant ces traitements répondront à un auto-questionnaire évaluant leurs besoins de soins et précisant leurs caractéristiques socio-économiques.

Activité de l'année 2004

L'enquête sur les connaissances et pratiques des médecins s'est déroulée du 15 mars au 30 avril 2004. Parmi les 560 médecins généralistes contactés, 542 ont participé à l'enquête (96,8 %). Il ressort de cette enquête que les MG sont confrontés à des difficultés de diagnostic, de traitement et de prise en charge à long terme de l'EDM. Certaines pratiques semblent devoir être renforcées, en particulier concernant le diagnostic de l'EDM mais également celui des troubles associés et la coordination entre les professionnels. Les MG évoquent également de nombreuses difficultés liées au comportement du patient (refus de prise de conscience, voire de soins...). Enfin, les pratiques des MG semblent fortement corrélées à certaines caractéristiques personnelles.

La première vague d'enquête « médecins/patients » s'est déroulée de mai à novembre 2004. Au total, 714 questionnaires (440 pour la prescription d'antidépresseurs, 274 pour la prescription d'anxiolytiques) ont été retournés par les médecins ayant accepté de contribuer à l'enquête. Dans le même temps, 464 patients ont retourné l'auto-questionnaire remis par le médecin au cours de la consultation.

Perspectives

L'année 2005 sera consacrée aux analyses de l'enquête sur les connaissances et pratiques des MG et de la première vague d'enquête « médecins/patients ».

Partenaire

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

Commanditaires

Mission Recherche (MiRe) ; Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES) ; Ministère des Affaires Sociales ; Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ; Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Provence-Alpes-Côte d'Azur (URCAM PACA) ; Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN).

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

3. Déterminants de l'initialisation d'un traitement antidépresseur chez les assurés sociaux de la Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes en Provence

Sigle : ANTIDEPRESSEURS/CMR
Début : 2003

Présentation

La France figure au premier rang des pays prescripteurs de psychotropes et notamment d'antidépresseurs. Une partie non négligeable, bien que mal connue, des personnes souffrant de dépression n'est ni reconnue ni traitée.

Objectifs

Cette recherche a pour but d'identifier les facteurs associés à l'initialisation d'un traitement antidépresseur chez les personnes couvertes par la Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes (CMR Provence), population dont les caractéristiques en matière d'état de santé et de consommations de soins sont différentes de celles de la population générale et relativement sous-documentées. Les travaux portent en particulier sur l'analyse des consommations de soins avant l'initialisation d'un traitement antidépresseur.

Méthodologie

- Extraction d'une cohorte des primo-consommateurs d'antidépresseurs en 2003,
- Recherche des caractéristiques des patients bénéficiant de la prescription et des médecins prescripteurs,
- Comparaison de ces patients à des témoins assurés sociaux comparables en âge, sexe et taille de la commune de résidence mais sans traitement antidépresseurs,
- Etude des trajectoires de soins 18 mois avant et 6 mois après la prescription.

Avancée de l'étude

Données extraites en 2004 : 988 patients ont bénéficié d'une initialisation d'un traitement antidépresseur durant le second trimestre 2003. Deux groupes de témoins ont été constitués, le premier formé d'individus sans aucune prescription de médicaments psychotropes, le second constitué de personnes ayant eu un traitement anxiolytique.

Activité de l'année 2004

Dans un tiers des cas, l'initialisation d'un traitement antidépresseur n'est suivie d'aucun renouvellement de prescription. De plus, les événements de santé intervenus dans les 12 mois ayant précédé l'initialisation du traitement antidépresseur semblent particulièrement importants dans l'explication de l'initialisation du traitement. La consommation de soins dans le passé récent de l'individu, notamment la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires, semble prédictive de la mise sous antidépresseur.

Perspectives

Les extractions de données des fichiers de la CMR continuent d'être réalisées, notamment celles relatives aux caractéristiques des médecins prescripteurs. De plus, la trajectoire de soins des patients après initialisation du traitement fait l'objet d'un suivi.

Partenaire

Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes

Commanditaires

Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes (CMR Provence) / Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA)

4. Exploitations de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (2002-2003)

Sigle : ENQUETE DECENNALE SANTE (EDS) INSEE

Début : 2001

Présentation

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

Objectifs

Pour l'enquête décennale santé 2002-2003, de façon générale :

- Etablir un panorama social de la mortalité et de la morbidité des populations,
- Evaluer les fondements de la consommation de soins des populations.

En plus de ces objectifs, pour l'ORS PACA :

- Analyser l'extension régionale (échantillon représentatif) de l'enquête nationale afin d'obtenir des informations spécifiques au territoire PACA.

Développer divers travaux originaux sur les thèmes de compétence des équipes présentes à l'ORS PACA (voir « activité » et « perspectives »)

Méthodologie

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

Avancée de l'étude

L'enquête a débuté à l'automne 2002 et s'est poursuivie en plusieurs vagues consécutives jusqu'à la mi-octobre 2003. En avril 2004, l'ORS a reçu une première version de la base de données. Depuis septembre 2004, la base permet les analyses en population générale, nationale et régionale. On attend cependant encore des re-codages de déclaratifs « maladies » et « médicaments ». Une première synthèse a été réalisée sur des sujets contournant les données manquantes.

Activité de l'année 2004

En amont de la base de données, participation au comité d'Exploitation de l'EDS : réunions, rapports, expertises. Une première synthèse « Comparaison PACA France, santé, recours aux soins et consommation de soins » a été réalisée, elle donnera lieu à un « Sud INSEE ».

En aval, préparation des travaux, revues de littérature sur les sujets suivants :

- construire un score individuel du comportement de prévention ;
- analyse économique des maladies chroniques : Maladies chroniques et dépenses de santé, maladies chroniques et revenus et réussite professionnelle ; maladies chroniques et qualité de vie ;
- analyse économique de l'obésité : Obésité et réussite professionnelle ; obésité et qualité de vie ;
- assurance complémentaire en santé, soins et consommations de soins ;
- micro-simulation de politiques publiques.

Perspectives

Les travaux d'exploitation autorisés par EDS sont considérables : l'ensemble des comportements de santé, de recours aux soins et de consommations de soins peuvent être traités. On cherchera à mettre l'accent :

- sur les problématiques santé et territoires : PACA versus France entière par exemple,
- sur les différences de composition du panier de soins en lien avec les trajectoires et modes de recours de soins (contenu en médicament du panier de soins et médecine générale),
- sur le comportement de prévention, sur les maladies chroniques,
- sur l'articulation souhaitable entre assurances obligatoire et complémentaire, en lien avec les inégalités de revenus, de santé et de consommation de soins.

Certaines populations spécifiques (jeunes, précaires, personnes âgées) feront l'objet d'une attention particulière.

Partenaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Provence-Alpes-Côte d'Azur (INSEE PACA) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379).

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

5. Conditions d'existence des personnes handicapées, besoins d'aide et offre de soins aux niveaux national et local

Sigle : RESEAU REGIONAL HANDICAP
Début : 2002

Présentation

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un réseau régional de recherche en santé publique, associant plusieurs équipes complémentaires et pluridisciplinaires pour analyser les enjeux liés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus dans un objectif d'aide à la planification. Les travaux s'appuient sur une analyse secondaire de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), réalisée en France de 1998 à 2001 en institution et à domicile et pour laquelle le Conseil Général des Bouches-du-Rhône a financé le recueil de données départementales.

Objectifs

Ce projet comporte cinq objectifs spécifiques : 1) analyse des besoins d'aide des personnes à domicile ; 2) analyse des déterminants du choix entre le maintien à domicile et le passage en institution ; 3) évaluation de la couverture des besoins ; 4) analyse prévisionnelle ; 5) restitution des résultats auprès des professionnels.

Méthodologie

Des variables de besoins d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (toilette, repas, courses...) ont été construites. Les caractéristiques des personnes ayant besoin d'aide ont été étudiées à partir de l'estimation de modèles logistiques. Le réseau a fait également appel à des organismes (DRASS PACA, CG 13, CNAMTS, CNAV) pour recueillir des données sur les équipements et services disponibles au niveau régional et départemental.

Avancée de l'étude

L'étude est arrivée à son terme et a donné lieu à un rapport final remis aux commanditaires en août 2004.

Activité de l'année 2004

L'étude a porté sur les projections démographiques à l'horizon 2030 des personnes âgées dépendantes dans les Bouches-du-Rhône. En 2030, le département devrait compter plus de 31 600 personnes âgées dépendantes, soit une augmentation de 37 % en 30 ans. Selon les différents scénarios d'évolution de la dépendance retenus, leur proportion dans la population âgée pourrait varier entre 4,2 et 7,1%. Selon différentes hypothèses sur l'évolution du nombre de places en institution, il faudrait employer entre 750 et 2500 professionnels supplémentaires pour une prise en charge adéquate de la dépendance à domicile.

Perspectives

Les résultats de ces différents travaux seront présentés lors d'un séminaire de restitution auprès des professionnels concernés par la prise en charge des populations handicapées et âgées début 2005.

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U379 (INSERM U379) ; Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques PACA (INSEE PACA) ; Association Régionale de l'Intégration des Personnes Handicapées et en Difficulté (ARI).

Commanditaires

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Mission Recherche (MiRe) ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (Appel d'offres 2001 "Réseaux régionaux de recherche en santé publique").

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

6. Déterminants socio-économiques de l'inadéquation entre les besoins d'aide et la nature des aides apportées aux personnes dépendantes / Exploitation de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de l'INSEE

Sigle : ENQUETE HID
Début : 2002

Présentation

Il s'agit d'une analyse secondaire des données de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID). La recherche porte sur les inégalités sociales et de genre dans le domaine du handicap. Elle étudie les déterminants de la non-adéquation de la prise en charge des personnes âgées à leurs besoins d'aide. Il s'agit notamment des facteurs liés à leur état de santé et à leur environnement social, démographique, économique ou culturel. Ces travaux sont complémentaires de ceux menés au niveau local dans le cadre du réseau régional de recherche en santé publique.

Objectifs

Il s'agit, pour les personnes âgées de 60 ans ou plus :

- 1- d'évaluer le besoin d'aide et de soins des personnes maintenues à domicile ;
- 2- d'identifier la nature des aides apportées aux personnes dépendantes ;
- 3- de mesurer l'adéquation entre les besoins exprimés et les aides apportées ;
- 4- de rechercher les déterminants socioéconomiques de l'adéquation ou de la non-concordance entre besoins d'aide et aides réellement proposées.

Méthodologie

Les travaux utilisent les données nationales de la première vague de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée à domicile en 1999. Pour chacune des activités de la vie quotidienne documentées dans l'enquête (toilette, habillage, ménage...), des variables de besoins, d'aide et d'écart entre besoins et aide ont été construites. Un modèle probit bivarié avec sélection d'échantillon a permis d'estimer à la fois les facteurs associés au besoin d'aide et au besoin d'aide non satisfait.

Avancée de l'étude

En 2004, les travaux ont été essentiellement consacrés à la mise au point des méthodes d'analyse et aux analyses proprement dites.

Activité de l'année 2004

Parmi les personnes âgées ayant besoin d'aide (soit un cinquième des 60 ans ou plus), l'inadéquation concerne près d'une personne sur cinq. Déclarer avoir besoin d'aide semble être lié à des différences de perception que les personnes âgées ont de leur situation, selon le genre, le statut socioéconomique et le statut du répondant. Les personnes interrogées dans l'enquête HID semblent tenir compte de leur environnement lors de l'expression d'un besoin, ne déclarant alors qu'un besoin d'aide résiduel. Il semble que le besoin non satisfait émerge dans un cadre de précarité économique et de désinsertion sociale et familiale.

Perspectives

Des analyses seront conduites sur des sous-populations (par exemple, hommes / femmes), puis étendues à d'autres populations souffrant de handicaps (jeunes, actifs...).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U379 (INSERM U379), Groupement de Recherches en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM).

Commanditaires

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Mission Recherche (MiRe) ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (Appel d'offres 2001 "Analyses secondaires de l'enquête HID de l'INSEE").

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

7. Participation à l'enquête nationale sur les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours "en urgence" en médecine générale de ville

Sigle : URGENCE VILLE
Début : 2003

Présentation

Dans un contexte d'engorgement des urgences hospitalières, alors que de nombreux acteurs s'interrogent sur l'organisation des systèmes de garde, de la permanence des soins et sur la continuité des soins en médecine générale, une enquête nationale a été mise œuvre par la FNORS et les ORS, sous l'égide de la DREES pour mieux connaître les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours "en urgence" en médecine générale de ville. Elle complètera celle menée par la DREES en 2002 sur les recours aux services d'urgence hospitaliers et fournira ainsi des données comparatives entre les filières de soins hospitalières et de médecine ambulatoire.

Objectifs

L'enquête devra permettre de décrire et quantifier les différents motifs de consultation faisant l'objet d'une prise en charge en urgence en médecine générale de ville et préciser les circonstances et les trajectoires de recours en fonction des caractéristiques des patients afin de fournir des éléments d'éclairage sur les raisons ayant amené les patients à choisir de recourir à la médecine ambulatoire plutôt qu'à la filière hospitalière. Elle devra aussi permettre de connaître les opinions et pratiques des médecins relatives à la prise en charge des urgences et notamment de décrire les conditions de consultation et de visite et de connaître les diagnostics, les conclusions médicales, le contenu des prises en charge et les modes d'orientation des patients. Elle étudiera enfin les facteurs de variation des pratiques liés aux caractéristiques individuelles, professionnelles et à celles de l'environnement des médecins.

Méthodologie

L'enquête se déroule en trois volets :

- Une enquête menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes (représentatif au niveau de chaque région française) pour recueillir des informations sur leur activité, leur formation et leur organisation vis-à-vis de la prise en charge des urgences (dont 90 médecins généralistes de ville et 10 médecins urgentistes type « SOS-médecins ») ;
- Un recueil d'information par ces médecins, par questionnaire, auprès de chacun des patients les consultant en "urgence" sur une période d'une semaine ;
- Une enquête téléphonique, dans le prolongement immédiat de la précédente enquête, menée par BVA auprès d'un échantillon de ces patients (représentatif au niveau national uniquement).

Activité de l'année 2004

L'ORS PACA a fait partie de l'équipe qui a préparé l'enquête. En 2004, les questionnaires et le protocole de l'enquête ont été finalisés ; il a en particulier été décidé d'inclure les médecins urgentistes en ville mais pas de spécialistes (pédiatres par exemple) qui feront l'objet d'une enquête spécifique. Un pilote a été effectué par 5 régions. Le terrain de l'enquête est coordonné par chaque ORS. La semaine d'enquête retenue est celle du 18 octobre. En PACA, 100 médecins ont accepté de participer à l'enquête.

Perspectives

Une extension de l'enquête devrait être réalisée à la demande de la mairie de Marseille, sur la ville de Marseille.

Partenaires : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)

Commanditaires : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)

8. Recensement national sur la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou de syndromes apparentés - I -

Sigle : MÉDÉRIC ALZHEIMER

Début : 2002

Présentation

A l'heure actuelle, la prise en charge médico-sociale de certaines pathologies plus spécifiques aux personnes âgées devient un problème majeur de santé publique. C'est le cas pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés. Pour améliorer l'information des malades et des familles, les Observatoires Régionaux de la Santé se sont engagés, à la demande de la Fondation Médéric Alzheimer et sous l'égide de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, dans la réalisation d'un recensement national sur la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer.

Objectif

L'objectif de ce recensement est de réaliser de manière harmonisée et homogène, dans toutes les régions de France, l'inventaire des dispositifs et structures de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou syndromes apparentés) ainsi que des services d'aide aux aidants.

Méthodologie

Le recueil d'informations porte sur les lieux de diagnostic de la maladie, les lieux d'information, les accueils de jour, l'accueil en établissement d'hébergement collectif et les prestations d'aide aux aidants. Il s'appuie sur une série d'entretiens avec des informateurs-clefs ainsi que sur une enquête auprès des établissements pour personnes âgées et a été réalisé selon le guide élaboré par un Comité de Pilotage associant 5 régions (Alsace, Basse-Normandie, Île-de-France, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Ce guide précise, point par point, la démarche qui doit être homogène dans l'ensemble des régions et met à disposition les outils associés, questionnaire ou guide d'entretien.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a vu la réalisation et la publication de l'annuaire national. Plus de 10 000 exemplaires ont été diffusés par la Fondation Médéric Alzheimer à l'ensemble des acteurs et des institutions concernés.

Commanditaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; Fondation Médéric Alzheimer.

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

9. Interruptions Volontaires de Grossesses : état des lieux en France et en PACA, et recommandations pour des études-actions

Sigle : IVG
Début : 2004

Présentation

Même si la contraception semble quasi généralisée en France, on estime aujourd'hui que près de 40 % des femmes ont recours à une IVG au cours de leur vie.

En PACA, la situation est préoccupante car l'effectif des IVG n'a cessé d'augmenter depuis 1990 et le taux d'IVG (pour 1 000 femmes de 15-49 ans) figure parmi les plus élevés des régions française (au 3^{ème} rang derrière la Corse et l'Ile-de-France). Par ailleurs, il est devenu de plus en plus difficile de satisfaire les demandes d'IVG en PACA en raison d'une réduction de l'offre de prise en charge.

Objectifs

Comprendre les raisons (socio-économiques, culturelles, ...) pouvant expliquer la plus forte incidence du recours à l'IVG en région PACA par rapport à d'autres régions et proposer des recommandations et des actions qui pourraient être menées en région pour améliorer la prise en charge de l'IVG.

Méthode

Réalisation d'un état des lieux de la situation en région PACA et d'une revue bibliographique afin de mieux comprendre les circonstances de survenue des grossesses non désirées, les processus décisionnels du recours à l'IVG et les difficultés rencontrées par les femmes dans l'accès au système de santé.

Avancée de l'étude

La revue de la littérature a montré que le recours à l'IVG ne diminue pas en France, malgré une couverture contraceptive qui a fortement augmenté au cours des dernières décennies. L'IVG s'inscrit, par conséquent, dans l'évolution du statut des femmes et traduit leurs difficultés à assurer sur le long terme la « maîtrise parfaite » de leur fécondité.

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer pour informer les femmes mais également pour les engager dans le choix d'une contraception la plus adaptée à leur style de vie. Or, leurs pratiques sont bien souvent en inadéquation avec la demande des femmes et celles-ci sont encore trop souvent confrontées à des propos culpabilisants de la part des professionnels.

La prise en charge de l'IVG, pose également des difficultés : les délais de prise en charge sont souvent très longs ne permettant pas à la femme d'avoir le choix de la méthode et tous les établissements n'appliquent pas la loi de juillet 2001 dans sa globalité. A partir des conclusions de ce rapport, une série de recommandations a été proposée.

Perspectives

L'année 2005, pourrait être consacrée à la mise en place d'un comité de pilotage qui déciderait des actions à mener en région PACA à partir des recommandations suivantes :

- Réaliser une extension régionale de l'enquête nationale pilotée par la DREES auprès des femmes recourant à l'IVG afin de déterminer les facteurs pouvant expliquer la plus forte incidence du recours à l'IVG en PACA :
- Informer et sensibiliser les professionnels de santé sur l'usage de la contraception et de la contraception d'urgence ;
- Mesurer les difficultés du système de prise en charge des IVG en PACA.

Partenaire : Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

Commanditaire : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.1. et A.2.

10. Diffusion du Système Interactif sur la santé au Travail (SIST) auprès des médecins généralistes et spécialistes

Sigle : SIST

Début : Ancien projet : 2001 – Projet réorienté : 2004

Présentation

Devant la sous-déclaration des maladies professionnelles, l'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, de mettre en place un Système d'Information Interactif sur la Santé au Travail (SIST) et de le diffuser sur plusieurs bassins d'emploi de la région paca. Il s'agit de mettre en place une démarche de sensibilisation des médecins praticiens, généralistes ou spécialistes, en PACA, aux maladies liées au travail.

Objectifs

- Aider le médecin généraliste à identifier les liens entre la santé et le travail parmi leurs patients et à les accompagner dans les démarches de déclaration de maladie professionnelle ;
Faciliter les relations entre le médecin traitant et les différents acteurs de la prévention des risques professionnels, entre autres, les services de santé au travail et les Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Méthodologie

Un groupe de travail, réunissant des médecins du travail et des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre, a été créé pour animer des rencontres pluridisciplinaires et élaborer des outils d'aide au repérage et au signalement des maladies d'origine professionnelles.

Activité de l'année 2004

L'ORS a organisé, avec le groupe de travail, des réunions d'échanges sur les problèmes santé-travail (médecins traitants et du travail) : quatre rencontres ont eu lieu (Avignon, mars et octobre 2004 ; la Ciotat, octobre 2004 ; Bandol, novembre 2004). L'ORS paca est aussi intervenu auprès de la Société Française d'Urologie du Sud-Est avec laquelle une collaboration est envisagée.

Ces réunions ont montré un besoin de formalisation des échanges entre médecins traitants et médecins du travail, le rôle de ces derniers étant méconnu des premiers ; elles ont aussi permis de souligner la multiplicité des thèmes sur lesquels une formation des médecins traitants serait nécessaire : les procédures de déclaration et reconnaissance des maladies professionnelles mais aussi les devenir possibles de patients après un arrêt de travail (pour AT/MP ou maladie), le suivi de personnes ayant été exposées à des nuisances professionnelles, les problèmes d'aptitude au travail... Un des sujets très fréquemment soulevé par les médecins traitants concerne la souffrance morale au travail.

Par ailleurs, un site Internet a été développé et comprend les rubriques suivantes : aide à la déclaration, suivi post-professionnel, droits et devenir des patients, formulaires utilisés en santé travail et conduites à tenir par maladie pour permettre aux médecins traitants d'identifier les principaux métiers ou tâches à risque pouvant être à l'origine de ces maladies (par exemple sur l'asthme, diverses tumeurs...).

Perspectives

En 2005, les objectifs sont les suivants :

- améliorer les connaissances sur les pratiques, les attentes et les besoins des médecins traitants dans le domaine santé travail au niveau régional ;
- élargir le réseau SIST et le consolider notamment selon une logique de bassin d'emplois ;
- élaborer des procédures d'échanges entre médecins traitants et médecins du travail ;
- finaliser les outils (site internet : fin avril 2005 ; élaboration de nouvelles fiches de conduites à tenir (Troubles Musculo Squelettiques, souffrance morale; finalisation d'un logiciel simplifié de notification) ;
- valoriser et diffuser l'information et les travaux du SIST.

Partenaires

Services de santé au travail : Dr F Bardin, Dr D Charrier, Dr K Coulibaly, Dr G Péguin– MIRTMO, DRTEFP : Dr C Kaltwasser, Dr M Signouret - Consultation de pathologies professionnelles : Dr MP Lehuchet-Michel.

Commanditaires

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

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.2. et A.3.

11. Tableau de bord régional « Santé et Environnement »

Sigle : TB SANTE ET ENVIRONNEMENT
Début : 2004

Présentation

La population est constamment exposée à des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur son état de santé, à plus ou moins long terme. Le service Environnement-Energie du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur a confié à l'Observatoire Régional de la Santé la réalisation d'un tableau de bord régional pour faire un état des lieux des problèmes de santé-environnement en PACA.

Objectifs

L'objectif est de rassembler les données et les informations disponibles concernant les problèmes de santé pouvant être liés à l'environnement en région PACA. Ce tableau de bord devrait aider les pouvoirs publics à intégrer les aspects sanitaires dans les politiques environnementales actuelles et à définir des priorités.

Méthodologie

Pour une vingtaine de problématiques environnementales, une fiche présentera : le contexte général en France et en PACA, les risques sanitaires potentiels, le contexte réglementaire ainsi que les indicateurs sanitaires et environnementaux disponibles au niveau de la région. Une synthèse des faits marquants régionaux sera réalisée pour chaque problématique.

Avancée de l'étude

La quasi-totalité des fiches est actuellement en cours de finalisation et de validation par des experts.

Activités de l'année 2004

Des recherches bibliographiques, le recueil de données auprès de divers organismes locaux et nationaux ainsi que le traitement des informations (calcul d'indicateurs, cartographie) ont été effectués. A partir de ces informations, des fiches synthétiques ont été réalisées.

Des fiches thématiques ont été rédigées sur les risques liés à la pollution des milieux naturels (eau, air, sol), aux activités humaines (activités industrielles, pratiques agricoles, traitement des déchets, habitat, accidents de la vie courante et transports), aux catastrophes naturelles et aux nuisances (bruit, odeurs). Des fiches concernant des thèmes plus transversaux ont également été rédigées sur le plomb, les nitrates, les pesticides, les légionelles et les pollens notamment.

Perspectives

Un comité de pilotage doit être réuni en 2005 afin d'aider à la formulation de recommandations en termes de priorités d'action et également afin de définir les modalités de diffusion des résultats.

Partenaires

Données provenant de plus de 40 organismes publics ou privés, nationaux, régionaux ou locaux.

Commanditaires

Service Environnement-Energie du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.2. et A.3.

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

Sigle : RISQUES INONDATIONS

Début : 2001

Présentation

Depuis ces vingt dernières années, la France a été frappée, directement ou indirectement, par des catastrophes collectives multiples, d'origine naturelle ou humaine, qui ont eu des impacts humains, sanitaires et économiques souvent graves. La répétition de ces événements nous a amené à construire une démarche d'évaluation sur les conséquences psychosociales et médico-économiques des catastrophes en France.

Objectif

Construire une stratégie de recherche et préparer un dispositif épidémiologique permettant de mettre en œuvre une évaluation prospective des conséquences psychosociales et médico-économiques d'une catastrophe qui surviendrait sur le territoire français.

Méthodologie

Trois groupes de travail ont été constitués dans le cadre de ce projet sur les thèmes suivants :

1. épidémiologie et protocoles d'enquêtes rapidement opérationnels,
2. évaluation économique des catastrophes,
3. outils de mesure des troubles psychiques.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a été consacrée à la finalisation du rapport pour le Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement intitulé : « Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine: connaissances, conséquences psychosociales, enjeux, stratégie de recherche, préparation, outils et méthodes ».

Ce guide fournit :

1. un retour d'expérience sur les catastrophes principales survenues en France ;
2. un état des connaissances des conséquences psychosociales des catastrophes ;
3. un protocole d'enquête rapidement opérationnel ;
4. une bibliothèque d'outils d'évaluation validés et adaptés à différents types de catastrophes collectives.

Perspectives

L'année 2005 sera consacrée à l'édition et la diffusion de ce guide.

Partenaires

Institut de Veille Sanitaire (InVS) ; Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie (CIRE) Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées, UFR de psychologie d'Aix-Marseille I ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 558 (INSERM U558) ; Service de Psychiatrie de l'hôpital A. Chenevier, Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN).

Commanditaire

Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.2. et A.3.

13. Elaboration d'un outil de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs pour les médecins effectuant les bilans de santé en école maternelle

Sigle : EVAL MATER
Début : 2000

Présentation

La région PACA a inscrit en 2001, comme priorité à son Programme Régional de Santé, la mise en place d'un système régional d'information sur la santé des enfants et des jeunes. Dans ce but, les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la région PACA ont entamé une démarche de standardisation des bilans de santé effectués en maternelle intégrant de nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs. En effet, d'après les statistiques établies à l'entrée en sixième par l'Education Nationale, 7 à 10 % des élèves ne maîtrisent pas les connaissances de base de la lecture ni celles du calcul.

Objectifs

1. Harmoniser le recueil des données sur la santé des enfants en maternelle au sein du territoire régional ;
2. Améliorer le dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs et évaluer les performances des nouveaux tests.

Méthodologie

Enquête transversale sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi, inscrits dans les maternelles (privées et publiques) de la région PACA en 2002-2003. Au total, 115 écoles ont été tirées au sort. Afin d'évaluer les performances des nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs, les résultats obtenus par le médecin de PMI avec le nouveau bilan de santé ont été comparés à un examen de référence standardisé effectué par des orthophonistes pour un sous-groupe de 104 enfants, issus de l'échantillon représentatif et sélectionnés dans les écoles de Marseille tirées au sort.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a été consacrée aux analyses : sur les 2956 enfants tirés au sort, 2660 ont pu être examinés lors de l'enquête, soit un taux de participation de 90 %. L'échantillon était constitué de 49,8 % de garçons et de 50,2 % de filles âgés en moyenne de 46,7 mois. A titre d'exemple, les résultats de l'enquête ont permis de calculer la prévalence du surpoids et de l'obésité : 11,7 % des garçons âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi étaient en surpoids et 2,1 % obèses. Parmi les filles, 13,7 % étaient en surpoids et 3,1 % obèses. La sensibilité et la spécificité des tests de dépistage des troubles du langage étaient plus élevées chez les enfants de plus de 4 ans (84,2 et 95,2 %) par rapport aux enfants de moins de 4 ans (respectivement 72,4 et 81,5 %). La sensibilité des tests de dépistage des troubles psychomoteurs était moins élevée chez les enfants de plus de 4 ans (70,6 %) que chez les plus petits (71,4 %). Par contre, la spécificité est plus élevée chez les enfants de plus de 4 ans (87,0 %) que chez les enfants plus petits (68,3%).

Perspectives

L'année 2005 sera consacrée à la mise en place d'un suivi de la cohorte des enfants examinés en 2002-2003 par les services de PMI à l'aide du nouveau bilan de santé et examinés en 2004-2005 par les services de la santé scolaire à l'aide du bilan de santé de 5-6 ans.

Partenaires : La Protection Maternelle et Infantile des 6 Conseils Généraux de la région Provence Alpes-Côte d'Azur ; L'équipe de neuropédiatrie de l'Hôpital de la Timone (APHM) spécialisée dans les troubles d'apprentissage.

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

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

Sigle : COHORTE EVAL MATER
Début : 2004

Présentation

Jusqu'à l'âge de 6 ans, les enfants sont soumis à plusieurs examens médicaux obligatoires, dont un effectué entre 3 et 4 ans par les services de Protection Maternelle et Infantile (« bilan de 3 ans ») et un autre réalisé en grande section de maternelle par les médecins de la santé scolaire (« bilan de 6 ans »). Dans le cadre du projet EVAL MATER, un nouveau bilan de santé standardisé intégrant de nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs a été élaboré.

Cet outil a été testé par des médecins de PMI auprès d'un échantillon représentatif de 2660 enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA durant l'année scolaire 2002-2003.

L'ORS PACA va mettre en place une étude de cohorte en 2004-2005 auprès d'un groupe d'enfants examinés à l'aide du nouveau bilan de santé en 2002-2003.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de compléter l'évaluation des performances des tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs du nouveau bilan de santé.

Cette cohorte permettra d'évaluer, au bout d'un an et demi (suivi d'une cohorte d'enfants de la petite section à la grande section de maternelle), les performances prédictives du bilan de santé et de suivre le devenir des enfants chez lesquels un problème a été repéré en petite ou moyenne section en 2002-2003 et l'évolution de ceux chez lesquels aucun problème n'avait été détecté.

Méthodologie

Il s'agit de mettre en place une étude de cohorte en 2004-2005 auprès d'un groupe de 231 enfants constitué de la façon suivante :

Groupe 1 : groupe des 104 enfants issus de l'échantillon représentatif inscrits dans les écoles maternelles de Marseille, examinés par les services de PMI et par les orthophonistes en 2002-2003 ;

Groupe 2 : groupe de 127 enfants supplémentaires issus de l'échantillon des enfants tirés au sort inscrits dans les écoles maternelles de Marseille et examinés par les services de PMI en 2002-2003 à l'aide du nouveau bilan de santé (soit 400 enfants). Tous les enfants présentant un trouble du langage et/ou psychomoteur selon le médecin de PMI et ne faisant pas partie du groupe 1 (soit 77 enfants) seront sélectionnés. Un groupe de 50 enfants ne présentant pas de troubles du langage ni de troubles psychomoteurs et n'appartenant pas au groupe 1 (soit 219 enfants) seront tirés au sort.

Activités de l'année 2004

Le questionnaire sur la prise en charge et le suivi des enfants inclus dans l'étude a été élaboré en collaboration avec les services de PMI et la santé scolaire des Bouches-du-Rhône. Une demande de prolongement d'étude a été adressée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en juillet 2004. Les bilans de santé de 5-6 ans doivent se dérouler de novembre 2004 à février 2005.

Perspectives

L'année 2005 sera consacrée à l'analyse des résultats et en particulier aux calculs de la sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative.

Partenaires : Les services de Protection Maternelle et Infantile de la région PACA (PMI PACA) ; L'équipe de l'hôpital de la Timone spécialisée dans les troubles d'apprentissage ; l'Inspection académique des Bouches-du-Rhône, le Dr Michel Zorman (médecin conseiller du recteur de l'académie de Grenoble).

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

15. Guide répertoire sur la prévention du suicide

Sigle : GUIDE RÉPERTOIRE SUICIDE
Début : 2004

Présentation

Au niveau national comme au niveau régional, la prévention du suicide est une priorité de santé publique. C'est pourquoi, dans le cadre du Plan Régional Santé des Jeunes, l'ORS a été chargé de réaliser un guide répertoire sur l'offre de prise en charge des suicidants à l'usage des professionnels de santé de la région PACA.

Objectifs

L'objectif de cet outil est d'aider les acteurs de terrain à repérer et aborder la souffrance psychique et le phénomène suicidaire et à organiser la prise en charge des personnes quand cela est nécessaire.

Méthodologie

Un comité de pilotage constitué d'experts a été mis en place afin de définir le contenu du guide répertoire. La partie guide sera rédigée à l'aide des recommandations nationales de l'ANAES et du manuel des formateurs au repérage de la crise suicidaire dans la région.

La partie répertoire sera réalisée en s'appuyant notamment sur les résultats d'une enquête destinée à recenser et décrire les associations susceptibles d'œuvrer dans le domaine du suicide dans la région mais aussi en synthétisant les informations recueillies auprès de différents organismes (Education Nationale, CRAMSE, DDASS...).

Avancée de l'étude

En 2004, les contours du guide répertoire ont été définis. Une enquête par auto-questionnaire a été lancée auprès des associations. Des contacts ont été pris auprès d'autres structures afin de présenter le projet et récupérer les informations utiles.

Activités de l'année 2004

Un inventaire des différentes structures concernées par le problème du suicide a été réalisé.

Pour chacune d'entre elles, le comité de pilotage a décidé des éléments devant figurer dans le guide répertoire.

Par ailleurs, une liste d'associations, susceptibles d'œuvrer dans le domaine du suicide, a été réalisée en recoupant différentes sources d'informations. Un questionnaire a été adressé par courrier aux 130 structures identifiées dans les 6 départements de la région. Il permettra de recenser les associations travaillant dans le domaine de la souffrance psychique et de recueillir des éléments sur leurs différentes activités et missions.

Perspectives

L'édition du guide répertoire est prévue d'ici la fin de l'année 2005.

Partenaires

ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) ; ASMA (Association suicide et Mal-être de l'Adolescent), Association IMAJE Santé, Centre Hospitalier Montperrin, CRES PACA (Comité Régional d'Education à la Santé), DDASS 13 (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), Inspection académique d'Aix-Marseille et du Var, Unité d'accueil des urgences psychiatriques-hôpitaux de la Timone.

Commanditaires

Conseil Régional PACA dans le cadre du contrat de Plan Etat/Région ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Références bibliographiques

Cf. Annexe page A.3.

16. Etude de faisabilité de l'évaluation de la santé des étudiants en région PACA

Sigle : SANTE ETUDIANT
Début : 2004

Présentation

Depuis les années 1930, la santé des étudiants préoccupe les instances décisionnelles du monde de l'éducation. Souvent coupés du milieu familial, ces jeunes adultes peuvent présenter des problèmes de santé : troubles du sommeil, de l'alimentation, usages de tabac, alcool ou cannabis, stress, difficultés psychologiques.

Pourtant les données sur la santé des étudiants en région PACA manquent, la plupart des enquêtes ayant été réalisées au niveau national. Il paraît donc essentiel, pour conduire une politique de santé en direction des étudiants de la région PACA, de disposer d'informations rigoureuses sur la santé de ces jeunes adultes et de définir la méthodologie de l'enquête visant à évaluer la santé perçue, les problèmes de santé, les comportements relatifs à la santé des étudiants en fonction des caractéristiques socio-démographiques, de la filière universitaire, du soutien social (éloignement familial, etc...) et du mode de vie.

Objectifs

Les principaux objectifs de cette étude de faisabilité étaient de réaliser une étude bibliographique.

Méthodologie

Afin de définir le protocole de l'étude et de construire le questionnaire, une étude de faisabilité a été réalisée à la fin de l'année 2004 auprès d'un groupe de 100 étudiants interrogés durant les assises de la vie étudiante organisées à Marseille par le conseil régional PACA.

Activités de l'année 2004

L'année 2004 a été consacrée à la revue de la littérature afin de construire le questionnaire.

Des contacts ont été pris avec des équipes de recherche étrangères et françaises qui ont réalisé des enquêtes internationales sur la même population. Des questions similaires à celles utilisées dans ces études seront intégrées dans le questionnaire afin de faire des comparaisons. Un protocole a été construit. Une proposition de baromètre sur les conditions de vie et de santé des étudiants a été soumise.

Partenaires

Les Services de Médecine Préventive Universitaire de la région PACA (SMPU) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; L'université de Provence, l'université de la Méditerranée, l'université Paul Cézanne, l'université d'Avignon et des Pays du Vaucluse, l'université de Nice Sophia Antipolis et l'université du Sud Toulon Var.

Commanditaire

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

17. La prescription de buprénorphine par la médecine de ville

Sigle : BUPRENORPHINE
Début : 2001

Présentation

La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) s'est largement diffusée en France depuis 1996 comme médicament de substitution aux opiacés (74 300 patients pris en charge à l'aide de BHD contre 9 600 à l'aide de méthadone).

Objectifs

1. Evaluer la place et le rôle des médecins généralistes dans la prescription de traitements de substitution aux opiacés aux personnes dépendantes à des substances psychoactives.
2. Définir le profil des médecins prescripteurs et non-prescripteurs de produits de substitution en termes de connaissances, de représentations, d'attitudes et de comportements à l'encontre des personnes traitées par BHD.
3. Identifier les déterminants de la prescription et de la non-prescription de produits de substitution par les médecins généralistes.
4. Mesurer et expliquer, chez les prescripteurs, la variabilité des pratiques médicales en matière de prescription de produits de substitution.

Méthodologie

Exploitation de données collectées à l'aide d'un questionnaire téléphonique auprès de 700 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, prescripteurs et non-prescripteurs de BHD, sur leur opinion sur la substitution, leurs caractéristiques professionnelles et pour les prescripteurs, sur les modalités de prise en charge des patients substitués. Ces informations ont été complétées par des données du Régime Général de l'Assurance-Maladie et du recensement de l'INSEE pour caractériser l'activité et la zone d'exercice du médecin d'un point de vue socio-économique.

Avancée de l'étude

Le recueil s'est achevé en décembre 2002 ; les analyses statistiques ont été effectuées en 2003 et, en 2004, le travail a été consacré à la valorisation des résultats de recherche.

Activité de l'année 2004

Les résultats de l'enquête révèlent un double phénomène de diffusion de la prescription de BHD au sein de la communauté de médecins généralistes et d'une forte concentration de la majeure partie des prescriptions par un nombre restreint de médecins. Ils pointent l'émergence de phénomènes de spécialisation (une grande partie de l'activité des médecins consacrée à la prescription de BHD), qui n'étaient pas prévus ou explicitement encouragés par les tutelles, qui coexistent avec des prescriptions plus dispersées de médecins ni formés ni encadrés. La phase du traitement dans laquelle intervient le médecin (initiation, stabilisation, maintien), apparaît déterminante dans la mise en œuvre d'une collaboration avec le pharmacien. L'application de cette recommandation serait par ailleurs dépendante de l'opinion positive du médecin sur la substitution en médecine de ville.

Perspectives

La question de l'adéquation des dispositifs de soutien à la pratique médicale préconisés par les pouvoirs publics avec les pratiques de terrain se pose. Elle demande le réexamen du contenu du projet de soin entre les toxicomanes sous BHD et les médecins en assurant la prise en charge.

Partenaires : Echelon départemental du Service Médical de la CNAMTS des Bouches-du-Rhône ; l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U379 (INSERM U379).

Commanditaires : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) ; Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

Références bibliographiques : Cf. Annexe pages A.3. et A.4.

18. Evaluation du dispositif adapté à la réduction des risques de transmission du VIH et du VHC par voie intraveineuse

Sigle : UDIS 2004
Début : 2003

Présentation

Depuis juin 1996, l'association d'automates échangeurs-distributeurs, de programmes d'échange de seringues (PES) et des officines pharmaceutiques a permis d'assurer en Provence-Alpes-Côte d'Azur, une meilleure accessibilité au matériel stérile d'injection pour les usagers de drogues. Aujourd'hui, à la suite des différents bouleversements qu'a entraînés la diffusion des traitements de substitutions aux opiacés, il est important de rendre compte des pratiques des usagers de drogues selon leur mode d'approvisionnement en seringues.

Objectifs

L'objectif est de déterminer le profil des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIs) qui ont recours aux trois dispositifs (automates, officines ou Programmes d'Echange de Seringue) pour obtenir du matériel stérile d'injection en termes socio-démographiques, sérologiques (VIH, VHC) et comportementaux (usages de drogues, circonstances de l'initiation à l'injection, pratiques à risque).

Méthodologie

L'investigation proposée s'appuie sur l'administration d'un questionnaire auprès d'un échantillon d'utilisateurs recrutés dans l'un ou l'autre de ces dispositifs ainsi que sur la réalisation d'un prélèvement sanguin par « auto-piqûre ».

Avancée de l'étude

Après une première enquête « pilote » d'une durée d'une semaine, en juillet 2004, le recueil des données a débuté fin septembre 2004 et devrait s'étendre pendant huit mois, jusqu'à la fin du mois de mai.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a vu la mise en œuvre du projet élaboré en 2003 et « avalisé » la même année par le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPRB) de Marseille. Le premier semestre de cette année s'est achevé par la réalisation d'une enquête pilote qui a permis d'affiner le protocole scientifique de cette recherche. Il a donc été décidé d'engager deux recueils de données successifs afin de garantir une plus grande homogénéité des groupes observés.

La dissociation du recueil sur deux territoires exclusifs permet de minimiser certains biais de sélection (doublons, usagers utilisant conjointement PES et Automates...). Le premier territoire est celui de l'aire marseillaise où sont recrutés des usagers de drogues à proximité des automates ou dans des officines pharmaceutiques. Ce mode de recrutement est le plus délicat car il opère sans aucune médiation institutionnelle. Il impose une présence régulière et continue sur de nombreux points de contact dispersés dans la ville : A ce jour 52 usagers de drogues ont déjà été interrogés. Le second territoire est celui de la ville d'Avignon où les informations seront collectées auprès usagers de drogues ayant recours au PES au cours du mois d'avril 2005.

Perspectives

Dès la fin du recueil, en juin 2005, les analyses spécifiques des données recueillies seront engagées.

Partenaires

Mission Toxicomanie de la Mairie de Marseille, DDASS13, ACCES, CRIPS PACA, SOS DI, AMPT, AIDES, Le Tipi.

Commanditaires

Ensemble Contre le Sida (ECS) ; Ville de Marseille.

19. Etude d'une faisabilité d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution, suivis en médecine générale ambulatoire

Sigle : SUBAZUR
Début : 2003

Présentation

La buprénorphine haut dosage, commercialisée depuis février 1996 sous le nom Subutex®, est actuellement le traitement de la dépendance aux opiacés par substitution médicamenteuse le plus utilisé en France. Elle concernait 75 000 personnes environ en 2001 dont la majeure partie était suivie en médecine de ville.

L'étude SUBAZUR propose une évaluation prospective du traitement de substitution basée sur l'observation d'une cohorte régionale permettant d'apprécier les effets à moyen et long terme du traitement sur la santé des utilisateurs et plus généralement sur leur addiction.

Objectifs

- Tester la faisabilité d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés et substitués à la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) en médecine de ville, suivie par téléphone indépendamment du médecin traitant ;
- documenter les facteurs associés aux interruptions du traitement;
- identifier les facteurs pronostiques individuels (addiction, santé mentale, support social) et relevant des formes de prise en charge (suivi médical) associés au maintien et/ou à la sortie du traitement ;
- définir les notions de succès et d'échec thérapeutique dans le domaine substitutif.

Méthodologie

Une fois l'accord CNIL obtenu, l'enquête a démarré dans le département des Bouches-du-Rhône en septembre 2004. Les patients ont été recrutés à partir de la file active de 40 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville et ayant un niveau d'activité élevé dans le domaine de la substitution à la buprénorphine haut dosage. L'effectif attendu de la cohorte est de 100 patients. Les patients inclus dans la cohorte sont interrogés par téléphone à 2 reprises à intervalle de 6 mois. Le questionnaire porte sur leur addiction présente et passée, leur état de santé, sur le déroulement de leur traitement.

Avancée de l'étude

L'ensemble des outils (procédures de recrutement, questionnaires) a été testé et validé. Les 40 médecins ont été inclus. Au 31 décembre, la première phase du protocole était engagée, le recueil des consentements des patients était en cours et 40 patients avaient déjà été interrogés.

Activité de l'année 2004

Veille documentaire.

Conception et tests des procédures d'inclusion des patients (stratégie d'échantillonnage médecins, documents d'information médecins et patients, procédures de sélection des patients).

Conception et tests des questionnaires médecins et patients.

Recrutement des médecins et inclusion des patients.

Perspectives

Une extension de l'étude au département de Vaucluse dans le cadre d'une collaboration INSERM U379/ORS PACA et R2-Tox 84 doit démarrer en janvier 2005.

Partenaires : Le Docteur Bry et le réseau de médecins généralistes et addiction « Ré Tox 84 » à Avignon.

Commanditaires : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) – Appel d'offres MILDT/INSERM 2002.

20. Participation à l'enquête sur les connaissances et attitudes de la population face au cancer, et faisabilité d'un "baromètre cancer" pour l'INPES

Sigle : CANCER PG INPES
Début : 2004

Présentation

Enquête en population générale sur le cancer, à partir d'hypothèses de recherche, sociologiques et économiques.

Objectifs

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

Méthodologie

Enquête téléphonique (sondage aléatoire) par questionnaire fermé en population générale.

Activité de l'année 2004

Revue de littérature et préparation du questionnaire.

Perspectives

A la suite de la réalisation de la revue de littérature et la préparation du questionnaire faites par l'ORS, l'enquête téléphonique en population générale sera réalisée en mai 2005 par l'INPES. L'exploitation des données, réalisée en commun par l'INPES et l'ORS, débutera au cours de l'été 2005.

Partenaire

Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) ; Direction Général de la Santé (DGS) ; Institut National pour la Prévention et l'Education pour la Santé ; Caisse Nationale d'Assurances Maladie et des Travailleurs (CNAMTS) ; l'institut du Cancer (INCA) ; Ligue contre le Cancer.

Commanditaire

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

21. Impact à long terme du cancer du sein et de sa prise en charge, chez la femme et son entourage

Sigle : PLAN CANCER

Début : 2004

Présentation

Il s'agit d'apprécier la faisabilité d'un suivi longitudinal sur une période d'au moins 5 ans d'un échantillon régional de femmes de moins de 40 ans et de plus de 65 ans souffrant d'un cancer du sein

Objectifs

Les objectifs de la cohorte sont de décrire les conséquences du cancer du sein et des choix thérapeutiques sur le devenir à moyen et long termes de patientes âgées de moins de 40 ans ou de plus de 65 ans, vivant avec un cancer ou considérées comme guéries, d'apprécier l'impact du support social et familial sur leur survie à long terme et leur qualité de vie et ainsi, de définir leurs besoins spécifiques, en terme de support psychosocial, aux différents stades de la maladie et en particulier à distance du traitement.

Méthodologie

Une étude longitudinale prospective sera réalisée auprès des femmes âgées de moins de 40 ans et de plus de 65 ans de la région PACA, faisant l'objet d'une déclaration d'affection de longue durée pour un cancer du sein à partir de janvier 2005 et acceptant par écrit de participer à l'enquête sur proposition des médecins-conseil des Caisses d'Assurance Maladie des différents régimes de sécurité sociale.

Deux cohortes d'environ 800 femmes âgées et 350 femmes jeunes seront ainsi constituées.

La faisabilité d'un registre régional « à minima » de cancers du sein est également à l'étude.

Perspectives

L'enquête sera réalisée à partir de septembre 2005, après obtention des accords CNIL nécessaires.

Partenaires

INSERM U379/ Institut Paoli-Calmettes

Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Science (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 Cancéropôles en émergence ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut Paoli Calmettes.

22. Synthèse de la littérature internationale sur les attitudes vis-à-vis de la fin de vie : acharnement thérapeutique, soins palliatifs, euthanasie, suicide assisté

Sigle : SOINS PALLIATIFS (LITTERATURE)
Début : 2003

Présentation

Synthèse de la littérature internationale sur les questions liées à la fin de vie et conception de deux projets d'enquête sur cette thématique.

Objectifs

Aboutir, grâce à une revue de littérature, à la conception de deux dispositifs d'enquête consacrés aux questions liées à la fin de vie (soins palliatifs, euthanasie, acharnement thérapeutique...) : une enquête auprès des médecins, une enquête auprès de la population générale (avec éventuellement un suréchantillonnage des personnes âgées).

Méthodologie

Sélection de la littérature via plusieurs moteurs de recherche et fonds documentaires, synthèse de cette littérature et mise en place d'un comité scientifique réunissant les meilleurs experts français dans ce domaine pour discuter, modifier et valider les dispositifs d'enquête.

Activité de l'année 2004

Le rapport final associé à ce travail a été remis à la Direction Générale de la Santé en septembre 2004.

Perspectives

La remise de ce rapport doit donner lieu à un appel d'offres national pour la réalisation des deux enquêtes correspondant aux dispositifs conçus (enquête auprès des médecins, enquête auprès de la population générale).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Centre National de Recherche Scientifique (CNRS).

Commanditaire

Direction Générale de la Santé (DGS)

23. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH (Vespa)

Sigle : VESPA
Début : 2000

Présentation

L'enquête VESPA (Vespa : "Vih – Enquête Sur les Personnes Atteintes) est une enquête nationale par questionnaire réalisée en milieu hospitalier sur les personnes atteintes d'infection à VIH. Elle a été réalisée en 2003 auprès d'un échantillon de 2 932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection à VIH. Les traitements antirétroviraux ont fait du sida une maladie chronique. Dans les pays développés où ils sont disponibles depuis 1996, les personnes infectées par le VIH n'ont plus en permanence la menace d'une mort prochaine. Mais vivent-elles pour autant comme les autres ? Vivre avec le VIH en France aujourd'hui impose encore aux personnes atteintes des réajustements de leur vie en termes d'emploi, de ressources, de vie affective et sexuelle et de projets parentaux. Grâce à une enquête menée en 2003, on connaît mieux cette population et les aménagements auxquels elle est confrontée dans les différents domaines de l'existence.

Objectifs

Décrire les conditions de vie et la situation sociale des personnes infectées par le VIH au début des années 2000 dans un contexte de chronicisation de la maladie VIH-Sida. Les premiers résultats montrent que : sept personnes atteintes sur dix sont des hommes et une sur deux vit en région Île-de-France ou Provence-Alpes-Côte d'Azur ; la part des usagers de drogue est en baisse et celle des immigrés d'Afrique sub-saharienne, en hausse ; seul un individu touché sur deux est actif, et la proportion de personnes en invalidité reste élevée ; un homme atteint sur deux vit seul, contre une femme sur quatre.

Méthodologie

Enquête nationale, représentative de la population qui se sait infectée par le VIH et suivie en milieu hospitalier (3000 patients), avec 3 questionnaires :

1. Médical (rempli par le médecin traitant), - 2. CAPI (face-à-face informatisé patient/enquêteur professionnel), - 3. Auto-administré.

Activité de l'année 2004

Après un certain nombre de réunions préalables de l'équipe de recherche visant à régler des questions de méthodologie, d'harmonisation et de coordination de l'exploitation des données, la phase de valorisation a pu commencer. Les premières publications seront soumises avant l'hiver (sans compter deux posters présentés à la conférence de Bangkok cet été).

Perspectives

Bien qu'appartenant à des groupes sociaux très différents, les personnes atteintes par le VIH/Sida vivent la même expérience éprouvante : l'annonce de la séropositivité, le suivi médical et les traitements qui, s'ils atténuent les conséquences de l'infection sur la santé, restent lourds à supporter et bousculent les perspectives d'avenir tant personnel que social ou familial. Ces populations à l'origine très éloignées connaissent toutes, à des degrés divers, une altération de leurs conditions de vie, notamment une baisse importante de l'activité professionnelle et un taux élevé d'invalidité.

Le but des analyses approfondies sera de mieux étudier l'ensemble de ces facteurs pour éclairer les prises de décision futures à l'égard des personnes atteintes par le VIH.

Partenaires : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Centre National de Recherche Scientifique, Centre de Recherche, Médecine, Sciences, Santé et Société (CERMES) ; Institut National d'Etudes Démographiques (INED) ; Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques-Centre de recherche en Economie et Statistique (INSEE-CREST) ; Groupement de Recherche en Economie Qualitative d'Aix-Marseille (GREQUAM).

Commanditaire : Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Références bibliographiques : Cf. Annexe pages A.5 - A.6 - A.7 - A.8 - A.9 - A.10 - A.11 - A.12 - A.13

24. "Vie quotidienne et VIH au féminin"

Sigle : VIE QUOTIDIENNE ET VIH AU FÉMININ
Début : 2004

Présentation

La vie des personnes séropositives au VIH s'est considérablement modifiée depuis le développement des traitements anti-rétroviraux, ouvrant de nouveau des possibilités de projets de vie tant dans le domaine de la parentalité que de la vie professionnelle. Dans ce contexte, nous nous proposons d'étudier la situation des femmes ayant un ou plusieurs enfants à charge et occupant un emploi ou inscrite au chômage.

Objectifs

Parmi les femmes mères et séropositives au VIH et actives (au sens de l'INSEE), il s'agit :

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

Méthodologie

Une quinzaine d'entretiens semi-directifs auprès de mères d'enfant(s) de moins de 12 ans, en emploi ou à la recherche d'un emploi sont réalisés à Marseille et en région parisienne. A l'issue de l'entretien, les femmes répondent à une partie du questionnaire Vespa. En cas de changement de situation dans les domaines professionnel ou résidentiel, un second entretien est prévu quelques mois après le premier afin d'évaluer les conséquences de ce changement sur les conditions de vie de la personne.

Avancée de l'étude

5 entretiens ont été réalisés, leur transcription est en cours. Divers contacts ont été pris avec des associations ou des services hospitaliers pour poursuivre le recrutement des femmes.

Outre les critères de sélection déjà cités, nous diversifions les femmes en fonction de leur niveau d'instruction, de leurs revenus et de leur statut familial.

Activités de l'année 2004

- Construction de la grille d'entretien ;
- Mise en place du recrutement des interviewées par des associations ou par des services hospitaliers ;
- Début du recueil de données ;
- Transcription intégrale des entretiens effectués.

Perspectives

Les entretiens devraient être terminés et retranscrits. A l'issue du recueil de données, une analyse approfondie des entretiens et des questionnaires sera menée. Nos résultats seront étudiés à la lumière des résultats de l'enquête Vespa et des différentes données disponibles sur l'emploi au féminin en France. Des valorisations scientifiques suivront cette phase d'analyse.

Partenaires

Travail réalisé en collaboration avec Jeanne Fagnani (Directrice de recherche au CNRS-UMR MATISSE, Université de Paris 1-CNRS). En partenariat avec SolEnSi Marseille et Paris, Dessine-moi un mouton (Paris), CISIH Sainte Marguerite (Marseille)

Commanditaires

Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) ; Ensemble contre le Sida (ECS).

25. Cohorte à long terme d'inhibiteurs de Protéase (Copilote)

Sigle : APROCO/COPILOTE
Début : 1997/2002

Présentation

Copilote est une suite de l'étude APROCO avec un recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance.

Objectifs

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

Méthodologie

Cohorte nationale multicentrique avec un volet socio-comportemental sur l'observance et les symptômes.

Avancée de l'étude

La deuxième année de COPILOTE est en cours de recueil, la base APROCO est terminée et a été fusionnée avec le début de COPILOTE.

Activités de l'année 2004

L'année 2004 s'est concentrée sur des analyses longitudinales de l'observance et de la qualité de vie des patients d'APROCO. Nous avons montré le rôle positif de la relation patient-médecin sur la qualité de vie. La relation entre le locus de contrôle et la qualité de vie a été analysée et nous avons pu observer que les patients ayant un locus interne avant de démarrer une multithérapie (croyance que la santé vient de ses propres actions) ont une meilleure qualité de vie 4 ans après le début du traitement. La problématique des biais de sélection due aux données manquantes des auto-questionnaires a été abordée grâce à différentes approches en particulier la modélisation jointe. Nous avons montré que les facteurs qui influencent l'observance sévère au long cours sont différents de ceux qui expliquent de petites déviations de l'observance totale. L'étude longitudinale de la qualité de vie montre que les données manquantes sont sans effet sur les résultats trouvés et confirment au long cours le rôle positif de l'efficacité thérapeutique et le rôle négatif de la tolérance perçue.

Perspectives

L'étude des facteurs associés à la progression immuno-clinique essaiera de mettre en évidence le rôle de l'observance et de la dépression et du soutien social au cours du temps.

Un modèle, combinant la qualité de vie et la progression immuno-clinique, sera également réalisé.

Une nouvelle échelle de qualité de vie fera l'objet d'une validation.

Partenaires

INSERM U593, Bordeaux ; Faculté de médecine Xavier Bichat (Paris) ; Hôtel-Dieu (Nantes) ; Collège des Enseignants des Maladies Infectieuses et Tropicales (CEMIT).

Commanditaire

Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.5 - A.6 - A.7 - A.8 - A.9 - A.10 - A.11 - A.12 - A.13

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

Sigle : MANIF 2

Début : 2003

Présentation

Il s'agit de réaliser un suivi clinico-biologique sur dossiers médicaux sur une cohorte de patients VIH+ infectés par usage de drogue qui a fait l'objet d'études approfondies, notamment socio-comportementales, de 1996 à 2001 (MANIF 1).

Objectifs

Décrire l'impact de la toxicomanie et des conduites addictives sur l'évolution de la maladie VIH sous traitement.

Méthodologie

Cohorte prospective comportant un recueil de données médicales et socio-comportemental.

Avancée de l'étude

Fin de la durée d'observation et du recueil de données. Analyses supplémentaires en cours.

Activités de l'année 2004

Facteurs associés à la prise en charge du VHC chez les patients co-infectés de la cohorte.

Rôle des effets secondaires perçus sur les prises de risque avec les partenaires occasionnels.

Rôle de la dépression initiale après la mise sous multithérapie sur la progression immuno-clinique.

Etude de la qualité de vie des sujets inclus dans MANIF et rôle du traitement de substitution.

Perspectives

Le recueil des données cliniques au long cours afin de décrire l'histoire clinique à long terme et rechercher le rôle des trajectoires de toxicomanie sur cette évolution, se poursuivra en 2005.

Partenaires

Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (APHM) ; Centre Hospitalier d'Avignon (CHU d'Avignon) ; Centres Hospitaliers de Nice (CHU de Nice) ; Centres Hospitaliers de Paris Petite-Couronne (CHU de Paris-Petite Couronne) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U379 (INSERM U379)

Commanditaires

Direction Générale de la Santé (Sous-Direction 6a "Lutte contre le VIH") ; Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS).

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.5 - A.6 - A.7 - A.8 - A.9 - A.10 - A.11 - A.12 - A.13

27. Participation à la cohorte Hemoco-Seroco

Sigle : HEMOCO SEROCO
Début : 2002

Présentation

La cohorte Seroco est une cohorte de sujets adultes VIH+, non hémophiles. Elle a été initiée en 1988, dans 16 sites cliniques, dont le Site de la Conception (site n°14) à Marseille sous la responsabilité du Professeur Gallais.

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

Objectifs

L'ORS PACA est chargé par l'ANRS du suivi de l'activité Hemoco/Seroco du site n° 14.

Activité de l'année 2004

Depuis la mise en place de la cohorte Seroco en 1988, le site n°14 a inclus 160 patients (90 hommes, 70 femmes) suivis tous les six mois. L'âge moyen à l'inclusion est de 30,30 ans.

Parmi ces 160 sujets :

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

En 2004, 162 visites ont été réalisées pour 65 patients (35 femmes et 30 hommes), soit une moyenne de 2,5 visites par patient.

Sur les 45 "perdus de vue" :

- 3 patients (2 hommes et 1 femme) ont pu être retrouvés et sont de nouveau suivis.

Lors de chaque consultation, la surveillance de la lipodystrophie (taille, poids, tour de taille, tour de hanches) a été réalisée. Pour les patients qui n'en avait pas bénéficié, ainsi que pour les trois patients retrouvés, le questionnaire dit "J0", axé sur les antécédents cardiovasculaires et carcinologiques personnels et familiaux et précisant la consommation tabagique et alcoolique, a été rempli.

Aucun décès n'a été enregistré au cours de l'année, le chiffre reste donc celui enregistré l'année précédente, soit 50 décès.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

28. Analyse des données de l'enquête AIDES "une semaine donnée 2004"

Sigle : ENQUETE AIDES ET TOI
Début : 2004

Présentation

Analyser l'enquête une semaine donnée réalisée par l'association AIDES auprès de ses usagers.

Objectifs

Décrire la situation des personnes en contact avec l'association AIDES.

Méthodologie

Enquête transversale auprès de 2000 répondants sur l'ensemble des actions régulières proposées par AIDES (soutien et prévention). Caractérisation des non-répondants par comparaison sur l'âge, le sexe, le lieu de l'action et la région.

Activités de l'année 2004

En 2004, l'ORS PACA a participé à l'analyse des données de l'enquête "une semaine donnée" réalisée par l'association AIDES auprès de ses usagers.

Perspectives

En 2005, l'ORS PACA devrait participer à l'ensemble de l'étude, de la conception du questionnaire à l'analyse des données.

Partenaire

Association AIDES, Direction Générale de la Santé

Commanditaire

Association AIDES

29. Participation à une étude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel

Sigle : EURONOPEP
Début : 2001

Présentation

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

Objectifs

Ils étaient triples : faire le bilan des politiques nationales sur la prise en charge des accidents d'exposition non professionnels au VIH, décrire les pratiques de prescription de la prophylaxie anti-VIH et apprécier la faisabilité d'un registre européen de recueil des données sur les NONOPEP.

Méthodologie

Pour le volet « politiques » : collecte des documents officiels existants ou à défaut questionnaire soumis aux responsables des politiques de santé. Pour le volet « Médecins » : enquête par questionnaires postaux auprès des médecins susceptibles de prescrire une prophylaxie anti-VIH.

Pour le volet « Registre » : recueil anonyme de données pour chaque personne se présentant dans une structure de soins après une exposition au VIH. Selon les pays, la collecte a été prospective ou rétrospective, à un niveau national, régional ou local. En France, l'étude a été réalisée en région PACA (CISIH de Marseille, Nice et Toulon) avec un recueil rétrospectif des cas.

Avancée de l'étude

La valorisation des résultats des différents volets est en cours.

Activité de l'année 2004

Les 1131 expositions au VIH (hors contexte professionnel) collectées en région PACA entre janvier 2002 et décembre 2003 ont été saisies. Après un travail important sur le fichier, les premières analyses ont montré qu'elles concernaient 1129 patients. Les expositions se répartissaient en expositions sexuelles (80,8 %), expositions par échange de matériel d'injection (1,5 %) et autres expositions (17,7 %). Dans 82,2% des cas les personnes exposées avaient reçu un traitement prophylactique.

Perspectives

Les analyses globales des données du registre européen sont en cours, sous la responsabilité de l'équipe espagnole qui est également chargée de la publication des résultats. Les résultats français feront l'objet d'une publication dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

Partenaire

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

Commanditaires

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

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.5 - A.6 - A.7 - A.8 - A.9 - A.10 - A.11 - A.12 - A.13

30. Déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les pays du Sud

Sigle : ETAPSUD
Début : 2001

Présentation

Cette étude s'inscrit dans le programme scientifique ETAPSUD lancé par l'ANRS en 2000 et visant à mettre l'analyse économique au service de la mise en place de mécanismes collectivement efficaces susceptibles de faciliter l'accès aux traitements du VIH/Sida dans les pays du Sud.

Objectifs

Le volet « prix » du projet ETAPSUD a comme objectif d'identifier les déterminants et la variabilité des prix des médicaments du VIH/Sida dans les pays du Sud ainsi que leurs évolutions, à travers une analyse économétrique et institutionnelle.

Méthodologie

Le projet s'appuie sur une collecte en partenariat avec les pays collaborateurs de données (prix, quantités, contexte, caractéristiques) rétrospectives concernant les transactions réelles réalisées depuis 1996 jusqu'à ce jour pour les achats de médicaments antirétroviraux.

Avancée de l'étude

Une première phase du projet a permis de collecter des informations concernant 1030 transactions dans 13 pays d'Afrique subsaharienne et au Brésil, ainsi que d'en publier les analyses descriptives et économétriques. Une seconde phase, initiée en 2004, vise à étendre les champs géographique et temporel des données afin de permettre l'approfondissement des analyses.

Activités de l'année 2004

En 2004, les activités relatives au projet ETAPSUD « prix » ont visé à la mise en place des bases de données nécessaires à la réalisation de cette étude. Cela a consisté en deux principaux travaux de collecte d'informations : [1] mise en œuvre de missions dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne afin de réaliser la collecte de nouvelles données de transactions d'ARV ; [2] recherche bibliographique et informationnelle afin de mettre à jour et de développer les bases annexes (thésaurus des médicaments, indicateurs pays, indicateurs producteurs). A la fin 2004 :

- 5 pays ont été mis à jour et 2 nouveaux pays (Afrique du Sud et Sénégal) ont été inclus ;
- des missions sont en cours pour compléter la mise à jour des 8 pays d'Afrique restants ;
- la base de données « Indicateur pays » a été mise à jour ;
- la base de données « Thésaurus médicaments » a été mise à jour ;

Perspectives

Les perspectives 2004/2005 se déclinent en deux étapes principales :

- 1) Terminer la collecte des données (terminer les missions en cours ; développer la base « producteurs » ; vérification, nettoyage et mise en place des bases) ;
- 2) Mettre en œuvre les analyses et valoriser les résultats.

Partenaires

Ministères, Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS), Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME), Pharmacies Nationales, centres et laboratoires de dépistage, associations et ONG des pays collaborateurs visités.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Références bibliographiques

Cf. Annexe pages A.5 - A.6 - A.7 - A.8 - A.9 - A.10 - A.11 - A.12 - A.13

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

Sigle : MAROC – ANALYSE COÛT EFFICACITE
Début : 2001

Présentation

Depuis 1996, le Royaume du Maroc a initié une prise en charge de 185 patients sous antirétroviraux avec un suivi clinique continu, détaillé et archivé de ces patients.

Objectifs

Le présent programme de recherche a pour objectif l'analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux comparés à la prophylaxie des infections opportunistes au Maroc.

Méthodologie

Depuis la prise en charge de ces patients sous antirétroviraux, nous disposons des principaux événements cliniques et variables biologiques ainsi que des données socio-économiques. Cette population constitue le premier échantillon intégré dans l'analyse (n=185). Le second échantillon est constitué d'un suivi des principaux événements cliniques de patients non traités sous antirétroviraux (n=184 patients).

Sur cette base, nous allons réaliser une analyse de type coût-efficacité permettant d'estimer le gain d'efficacité potentiel (en terme d'allongement de l'espérance de vie), et les surcoûts (ou les bénéfices) des antirétroviraux lorsque nous comparons cette alternative thérapeutique à la prophylaxie des infections opportunistes.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a été principalement consacrée à l'analyse statistique des données cliniques. Des compléments d'informations ont été demandés à notre partenaire marocain afin de préciser certaines données économiques (coûts des actes médicaux, coûts de certains traitements prophylactiques) afin de réaliser l'analyse coût-efficacité. L'arbre de décision a été finalisé et les premières modélisations ont été réalisées en octobre 2004.

Perspectives

Certaines données économiques doivent encore être récupérées et intégrées au modèle. La complexité de l'analyse de décision nécessite que la modélisation soit améliorée, notamment en tenant compte des complications cliniques associées aux antirétroviraux, ainsi que des coûts indirects associés aux différentes stratégies thérapeutiques (traitement ARV et prophylaxie).

Les premiers résultats de l'évaluation économique sont donc attendus pour le second trimestre 2005.

Partenaire

CHU Ibn Rochd, Service des Maladies Infectieuses (Casablanca, Maroc).

Commanditaire

Ensemble Contre le Sida (ECS)

32. Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite C dans les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit et dans les Centres d'Examens de Santé de la région

Sigle : EVAL VHC CDAG
Début : 2002

Présentation

Un recueil d'informations continu sur le dépistage du VHC a été mis en place au niveau régional auprès des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les Centres d'Examen de Santé (CES) effectuant des tests de dépistage.

Objectifs

Ce système de surveillance épidémiologique a pour objectifs :

- de déterminer l'impact des mesures de prévention notamment dans la population toxicomane ;
- de décrire les facteurs de risque et les modes de contamination des personnes pour qui un test VHC a été déclenché ;
- de décrire les caractéristiques des individus VHC+.

Méthodologie

Le recueil d'informations est effectué pour toute personne pour qui un test sérologique VHC (Elisa) est déclenché dans le cadre des CDAG ou des CES de la région PACA participant au dispositif.

L'information est recueillie en deux temps par deux supports différents :

1. un auto-questionnaire rempli par le patient renseignant sur ses caractéristiques socio-démographiques et les facteurs de risques du VHC dont la consommation de drogues ;
2. une grille complétée par le médecin consultant permettant de caractériser l'infection VHC détectée et les co-infections VIH et VHB éventuelles.

Avancée de l'étude

Le réseau de surveillance a été activé en janvier 2004 pour la plupart des centres ; 21 CDAG des Conseils Généraux et 3 CES participent au recueil de l'information ainsi que 2 CDAG des centres hospitaliers de Briançon et d'Aix-en-Provence (depuis le mois de mars 2004).

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a été consacrée à la mise en place du dispositif de surveillance et à son suivi.

L'analyse des données recueillies durant les 6 premiers mois de l'année 2004 est en cours. Elle permettra de déterminer le nombre de dépistages réalisés ainsi que la prévalence du VHC +. Un retour d'information auprès des CDAG, des CES et de la DRASS est prévu en début d'année 2005.

Perspectives

Le projet devrait se poursuivre pendant l'année 2005. L'objectif est de stabiliser le dispositif de surveillance afin de permettre des analyses plus régulières.

Partenaires

Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit des Conseils Généraux (CDAG) ; Centres d'Examen de Santé (CES).

Commanditaire

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

33. Groupe régional d'observation de la grippe (Réseau pluridisciplinaire d'alerte précoce des épidémies de grippe)

Sigle : GROG PACA
Début : 2002

Présentation

La grippe, première cause de mortalité et de morbidité des maladies infectieuses est une maladie qui peut être redoutable.

Elle reste un véritable enjeu de santé publique, par exemple, une pandémie de grippe humaine d'origine aviaire, provoquée par un virus capable de s'adapter aux virus humains de la grippe et de se transmettre par voie interhumaine, représenterait, à l'heure actuelle une véritable catastrophe mondiale, comme on l'a connue dans le passé (grippe espagnole, asiatique...) entraînant des millions de décès. C'est ce qui justifie la mise en place d'un système de surveillance qui se situe au niveau mondial avec l'OMS, les Centres Nationaux de Référence des virus influenzae (Institut Pasteur et CNR de Lyon) et les GROGS répartis dans les régions françaises sous la coordination nationale à Paris.

Objectifs

Le réseau GROG est un réseau d'alerte et de détection précoce des épidémies par l'isolement des virus grippaux circulants, permettant de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation à la vaccination et l'organisation des structures médicales et hospitalières en cas d'épidémie majeure.

Le réseau apporte aussi une aide à la détection des virus grippaux en circulation permettant le repérage des mutations virales en vue de la préparation de nouveaux vaccins.

Méthodologie

Le Grog Paca coordonne un groupe de médecins généralistes et de pédiatres qui exercent une surveillance de septembre à mai en relation étroite avec le Grog National et le Centre de référence de la grippe à Lyon.

Activité de l'année 2004

Les médecins ont participé activement à la surveillance (~environ 80%)

C'est une épidémie à virus A(H3N2), d'intensité moyenne qui a sévi dans la région en décembre-janvier avec un pic franchi début décembre. Elle a touché des adultes jeunes et dans la moitié des cas des enfants de moins de 15 ans.

Perspectives

Devant la crainte d'une pandémie grippale due à une cassure antigénique ou à une origine aviaire, la surveillance des virus en circulation doit se renforcer.

En 2005, le GROG poursuivra donc sa surveillance.

Partenaires

ADD GROG ; OPEN ROME ; Centre National des Références des virus influenzae ; Région Nord (Institut Pasteur-Paris) ; Région Sud (HCL-Lyon).

Commanditaire

Association ADD GROG

Références bibliographiques

Cf. Annexe page A.14

Les équipes de recherche impliquées...

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 l'accueil de 3 équipes de l'Unité 379 de l'INSERM, basées sur le site de l'ORS PACA

Afin de renforcer la collaboration et les échanges scientifiques entre l'ORS et l'Unité 379 de l'INSERM, une convention a été signée en janvier 2002. Le site de l'ORS intègre désormais trois équipes de l'Unité 379 de l'INSERM et devient, ainsi, le site ORS/INSERM U379.

Le Conseil de Laboratoire de l'U379 réuni le 22 Octobre 2002 a entériné une démarche en ce sens et a désigné deux responsables de site, respectivement le Dr Claire JULIAN-REYNIER pour le site IPC, et le Dr Yolande OBADIA pour le site ORS, chargées d'assister le Directeur de l'Unité dans ses tâches de coordination et de gestion des activités.

- ***L'équipe 3***

"Epidémiologie et psychosociologie des comportements dans la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH"

Coordonnateurs : Bruno Spire et Pr Michel Morin

L'équipe 3 s'est efforcée de participer aux nécessaires adaptations des recherches en sciences sociales face aux évolutions du contexte thérapeutique de la prise en charge du VIH :

En renforçant et en approfondissant les possibilités de 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 allant au delà des aspects observance et qualité de vie des patients traités et en s'intéressant de façon plus large aux comportements à risque des patients traités, à la dépression et aux conditions de vie grâce à l'enquête VESPA, échantillon représentatif de la population des personnes infectées par le VIH en France.

En entamant, à la demande d'ONUSIDA et de l'ANRS, des programmes de recherches dans les pays en développement.

L'infection à VIH se caractérise par une réplication virale importante qui, dans son histoire naturelle, conduit presque toujours à la destruction finale du système immunitaire. L'apparition des multithérapies en 1996, a permis à une majorité de patients de maintenir la réplication virale à des taux résiduels et de récupérer en grande partie une immunité efficace. Dès lors, le contexte clinique de la prise en charge a radicalement changé, puisqu'il existait enfin des armes efficaces pour changer de façon spectaculaire le pronostic de cette infection.

Malheureusement, on s'est vite trouvé confronté aux limites des multithérapies qui, sans remettre en cause les avancées apportées par ces nouveaux traitements, ne doivent pour autant pas être ignorées :

- Le succès thérapeutique diffère selon les patients. En France, on estime que 66% des patients traités bénéficient d'un succès virologique prolongé [1]. Plusieurs études montrent que l'observance élevée au traitement antirétroviral est le facteur le plus significativement associé au succès thérapeutique. L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin.

- Ces traitements font preuve d'une toxicité à court et à long terme. Si les effets à court terme sont transitoires, les effets à long terme entraînent des préjudices esthétiques et sociaux importants avec un impact probable sur la qualité de vie : c'est le cas des lipodystrophies, et des modifications métaboliques qui ont des conséquences néfastes sur le risque cardio-vasculaire.
- Enfin, ces multithérapies ne permettent pas la guérison. Le VIH reste transmissible et l'étude des comportements sexuels des patients doit permettre de mesurer les comportements à risque de transmission et d'en rechercher les facteurs associés.

Notre équipe s'intéresse depuis 5 ans à l'impact socio-comportemental du traitement antirétroviral. Les travaux se sont principalement centrés sur l'observance au traitement mais récemment à la qualité de vie des patients traités ainsi qu'au comportement sexuel. Elle rentre totalement dans la thématique socio-comportementale des projets de l'unité. Notre équipe a eu l'opportunité de travailler sur deux cohortes de l'ANRS qui contiennent un recueil d'informations socio-comportementales, la cohorte APROCO/COPILOTE de patients initiant une multithérapie avec anti-protéase, et la cohorte MANIF2000 incluant des patients infectés par usage de drogue IV.

1. L'importance de l'observance pour l'infection à VIH et ses particularités

Les progrès significatifs des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) avec la diffusion des inhibiteurs de protéase, ont relancé la problématique de l'observance. Plusieurs travaux ont mis en évidence l'observance comme facteur majeur associé au succès virologique, à la baisse de la progression clinique et de la mortalité. Le niveau nécessaire d'observance aux antirétroviraux semble très élevé puisque certaines recherches sur des échantillons et des durées de suivi limitées, suggèrent que le succès virologique est associé à une adhérence supérieure à 95%. La non-observance a souvent été incriminée comme cause majeure de l'apparition des résistances virales, mais la direction de l'association entre observance et résistance est parfois contradictoire selon les études.

En fait, il est important de distinguer la situation des patients en échec et celle des patients en succès virologique. Chez les patients en échec, l'observance au traitement a tendance sous pression de l'existence d'une réplication virale à favoriser l'émergence de virus résistants en maintenant la pression de sélection. De plus, si de tels patients changent de traitement, le succès du nouveau traitement est associé à une meilleure observance. Chez les patients en succès virologique, la relation entre observance et résistance forme une courbe en cloche avec un risque maximal de résistance pour les patients ayant une observance intermédiaire. Le niveau d'observance requis pour assurer la meilleure réponse à long terme des multithérapies reste cependant une question ouverte. Peu de données longitudinales existent pour suivre au cours du temps la capacité des patients dans la vie réelle à être observants et pour mesurer l'impact au cours du temps de la non-observance.

On se trouve donc dans une situation unique en médecine, où les patients sont confrontés à un traitement à durée indéterminée qui nécessite apparemment une observance totale, et où toute diminution de l'observance peut provoquer une résistance du mal contrôlée par un changement de traitement à cause des résistances croisées entre différentes molécules.

2. Résumé des résultats antérieurs

Nos premiers résultats déjà décrits dans le précédent rapport avaient mis en évidence les points suivants :

1. Notre équipe a mis au point à partir des questionnaires des algorithmes de classification qui ont augmenté la sensibilité de détection de la non-observance en classant les patients comme hautement observants, modérément observants ou non-observants au cours des 4 derniers jours. Nous avons validé ces questionnaires en démontrant une bonne corrélation entre observance et succès virologique. Récemment, nous avons confirmé la validité de ces questionnaires en démontrant la relation entre observance et concentrations plasmatiques d'inhibiteurs de protéase (IP).

2. Nous avons démontré que l'observance est un phénomène dynamique qui se modifie au cours du temps. Dans la cohorte APROCO de patients initiant une multithérapie avec IP, seulement 31% des patients restent hautement observants tout du long des 20 mois de suivi. 52% ont parfois une observance élevée, et 17% jamais.

3. Nous avons recherché les facteurs associés au comportement d'observance. Les résultats de notre équipe plaident contre l'approche prédictive de l'observance visant à identifier à priori les facteurs expliquant une non-observance future. En effet, l'analyse des déterminants de l'observance précoce a été recherchée dans la cohorte APROCO. Un nombre limité de caractéristiques mesurées avant traitement est associé dans un modèle multivarié à la non-observance initiale. En revanche, la non-observance est mieux expliquée par les variables mesurant le vécu des patients après la mise sous traitement. Les effets secondaires perçus par le patient sont déterminants pour expliquer la non-observance, aussi bien à court terme dans son établissement, qu'à plus long terme pour expliquer les ruptures d'observance. Chez les usagers de drogue de la cohorte MANIF2000, nous avons montré le rôle positif sur l'observance à court terme du traitement de substitution par buprénorphine. Les patients les moins observants sont les toxicomanes actifs ne bénéficiant pas de traitement de substitution. Ceux qui ont continué ou qui ont repris les pratiques d'injection ont plus de risque de présenter un comportement de rupture d'observance. De plus, nos résultats démontrent l'impact de la précarité sociale chez les ex-usagers de drogue sur l'observance ; en revanche, chez les sujets qui restent dépendants, c'est une substitution efficace en réduisant l'injection qui est associée à une bonne observance. Ces résultats suggèrent que la prise en charge des toxicomanes séropositifs nécessite une appréhension globale de la toxicomanie en tenant compte de l'ensemble de la problématique du patient et pas seulement du VIH.

4. Nous avons pu montrer à travers une intervention randomisée qu'il est possible d'améliorer l'observance. Le principe d'intervention était basé sur une action auprès des soignants afin de développer leurs capacités d'écoute et de soutien aux patients. Les données recueillies à l'inclusion et à six mois ont montré que les patients avaient de meilleurs résultats virologiques dans le groupe intervention grâce à une meilleure observance.

3. Résultats récents

Les résultats de nos travaux progressent de trois façons : sur l'analyse des données à long terme d'observance, sur la qualité de vie et enfin sur des problématiques nouvelles qui émergent avec la chronicisation de la maladie, étudiées plus particulièrement cette année chez les patients toxicomanes comme les comportements sexuels, et l'impact de la dépression.

3.1 L'observance à long terme

3.1.1 L'observance initiale a plus d'impact sur la réponse virologique et immunologique à long terme.

Les données cliniques, immuno-virologiques et comportementales ont été recueillies à M4, M12, M20, M28 et M36 après l'initiation du traitement chez les 1181 patients de la cohorte APROCO. La suppression prolongée de la réplication virale à M28 et M36 et un gain d'au moins 200 CD4/mm³ ont été utilisés comme critères de succès virologiques et immunologiques. Parmi les 582 patients suivis régulièrement jusqu'à M36, 360 patients ont des données complètes sur l'observance. Bien que 59% soient complètement observants à M4, seulement 26% ont maintenu un taux d'observance complète au cours des 36 mois de suivi. L'observance complète à M4 est associée à la fois à la suppression prolongée de la réplication virale et à un gain de CD4 >200/mm³ au cours des 3 années de traitement. Cependant, les patients modérément observants entre M12 et M36 ont une probabilité similaire de réponse virologique prolongée à celle des patients restés toujours complètement observants, les patients ayant présenté des épisodes de non-observance entre M12 et M36 ayant moins fréquemment une réponse prolongée. L'optimisation de l'observance semble cruciale pendant les premiers mois qui suivent l'initiation des multithérapies pour garantir l'efficacité immuno-virologique à long terme.

Des déviations modérées de l'observance au cours du suivi ultérieur semblent avoir un impact moindre. Les interventions pour améliorer l'observance doivent être privilégiées au moment des premiers mois suivant la mise sous traitement.

3.1.2 Les facteurs expliquant la non-observance diffèrent de ceux expliquant l'observance modérée.

La question est de rechercher les facteurs associés aux altérations de l'observance pendant la phase de maintenance, et en particulier de comparer les facteurs qui expliquent l'observance modérée ou la non-observance, cette dernière étant plus critique à ce stade de maintenance.

Les visites M12-M52 de la période de maintenance ont été sélectionnées pour identifier les facteurs associés à l'observance modérée ou à la non-observance par un modèle « GEE ».

Parmi les 661 patients régulièrement suivis, les données socio-comportementales sont disponibles pour 297 patients correspondant à 2691 visites entre M12 et M52. La non-observance est déclarée par 72 patients (24%) lors de 114 visites et l'observance modérée par 197 patients (66%) lors de 469 visites. Les facteurs indépendamment associés à la non-observance sont un âge plus jeune, un logement instable, la dépression, l'absence d'un partenaire affectif stable.

Les facteurs indépendamment associés à l'observance modérée sont un âge plus jeune, un logement instable, la dépression, le nombre d'effets secondaires perçus, la présence d'un anti-protéase dans la combinaison et la durée d'exposition au traitement.

La non-observance n'est pas expliquée par les effets secondaires perçus, qui néanmoins sont associés à l'observance modérée. L'observance modérée s'explique en partie par le choix thérapeutique mais la non-observance est principalement expliquée par des raisons de vulnérabilité indépendantes du choix du traitement. Les interventions pendant la période de maintenance doivent cibler les populations vulnérables comme les patients déprimés, les patients précaires ou isolés.

Ce type d'approche présente cependant des difficultés d'analyse car la sélection des patients suivis et répondant régulièrement aux auto-questionnaires pose des problèmes de biais de représentativité. Des méthodes sont en cours d'élaboration pour tenir compte des données manquantes dans la cohorte et pour obtenir des modèles plus généralisables à l'ensemble des patients. La mise au point de ces méthodes est désormais essentielle pour aller de l'avant sur la problématique de l'observance au long cours.

3.2 Premiers résultats sur la qualité de vie

3.2.1 Le rôle néfaste des effets secondaires perçus

La cohorte APROCO a aussi comme objectif d'envisager l'étude de la qualité de vie (QDV) des patients traités par multithérapie et de mesurer l'impact du traitement. Nous avons au cours de ces 2 dernières années progressé dans l'analyse des données de qualité de vie. Le SF-36 a été l'instrument choisi, c'est une échelle générique qui explore 4 dimensions physiques et 4 dimensions mentales de QDV et pour laquelle il existe des valeurs de référence dans la population française en fonction de l'âge et du sexe. Nous avons considéré qu'une qualité de vie était normale si les patients avaient des scores de 3 échelles sur 4 physiques et 3 sur 4 mentales supérieures au 25^{ème} percentile. Nous avons ainsi montré un impact positif du traitement puisque la proportion de patients avec une bonne QDV allait de 36% avant traitement à 46% après un an de traitement ($p=0.001$). Nous avons déterminé les facteurs associés à une bonne QDV après un an de traitement : le rôle déterminant de la QDV avant traitement, le rôle négatif d'une durée de séropositivité connue supérieure à 8 ans, le rôle positif du succès virologique du traitement mais surtout le rôle négatif des effets secondaires perçus par les patients.

3.2.2 Le rôle positif de la relation patient médecin

Dans une analyse menée après 3 années de traitement centrée sur les scores agrégés de QDV physique et QDV mentale, les mêmes facteurs expliquent de bons scores de QDV mais l'on peut démontrer également le rôle indépendant de la relation de confiance avec le médecin prescripteur sur la QDV mentale et la satisfaction des explications fournies par le médecin sur la QDV physique.

3.2.3 Le rôle des croyances sur la santé

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques psychologiques des patients avant traitement pour tenter d'expliquer la qualité de vie après plusieurs années de traitement. Nous avons mesuré le locus de contrôle (LOC) recueilli lors de l'inclusion dans APROCO. Il s'agit d'une croyance généralisée selon laquelle les événements ultérieurs dépendent soit de facteurs internes, soit de facteurs externes. Dans le cas du locus interne, l'individu établit un lien causal entre ses actions et son état de santé alors que, pour le locus externe, le patient pense soit qu'un personnage tout puissant (le médecin) peut contrôler son état de santé ou alors qu'elle est sous l'influence exclusive de la chance. La mesure du LOC se fait grâce à 3 sous-scores, un pour le locus interne, un pour le locus externe « personnage tout-puissant » et un pour le locus externe « chance ».

Parmi les 309 patients qui avaient rempli les questionnaires de QDV et de LOC, nécessaires à l'analyse (n=309), les résultats montrent qu'un locus externe, « personnage tout puissant » élevé, a une influence défavorable sur la QDV mentale à M44, ainsi qu'un nombre élevé d'effets secondaires déclarés et l'absence d'expérience d'un stade avancé de la maladie. En revanche, un locus interne élevé influence positivement la QDV physique à M44, ainsi que le fait d'avoir un emploi et un faible nombre d'effets secondaires déclarés.

D'autres développements sur la problématique de la QDV sont en cours : d'une part nous sommes en train d'analyser les facteurs spécifiques aux populations d'usagers de drogue infectés associés à une bonne QDV ; d'autre part les données issues de l'échelle de l'OMS qui prend en compte d'autres dimensions non explorées jusqu'à présent ont été introduites dans les questionnaires d'APROCO/COPILOTE et seront analysées

3.3 Nouvelles problématiques

Nous nous sommes intéressés à des aspects socio-comportementaux très prévalents parmi la population des usagers de drogue séropositifs :

3.3.1 Les facteurs influençant l'arrêt de l'injection des usagers de drogue infectés par le VIH

Nous avons déjà démontré que l'injection est le marqueur le plus significatif associé aux comportements de non-observance des patients toujours dépendants aux opiacés.

Nous avons comparé dans la cohorte MANIF les visites avec ou sans événement d'injection déclarée. Une baisse sensible des comportements d'injection apparaît avec le temps mais le risque d'injection reste plus important chez les patients les plus éduqués, ceux qui sont dans un réseau d'injecteurs et ceux qui ne sont pas encore traités par multithérapies.

3.3.2 Les facteurs influençant les comportements à risque sexuels des usagers de drogue infectés par le VIH

Si l'impact des traitements entraîne une diminution des comportements d'injection, il fallait se poser la question quant aux comportements sexuels à risque. Nous avons recherché les facteurs explicatifs à la non utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels chez les usagers de drogue séropositifs traités par multithérapie de la cohorte MANIF. Pour cela, un modèle GEE a été utilisé pour comparer les visites où les patients déclaraient des comportements à risque avec celles où ces comportements n'avaient pas lieu. Sur 192 patients ayant des partenaires occasionnels, 137 déclarent avoir parfois eu des rapports non protégés (70%). Le facteur le plus novateur identifié par notre travail est le nombre élevé d'effets secondaires perçus, qui explique la non-utilisation du préservatif après ajustement sur l'activité sexuelle, la dépendance aux opiacés et le nombre de partenaires.

3.3.3 La dépression influence négativement la progression clinique indépendamment de l'observance

Nous avons recherché dans la cohorte MANIF les facteurs influençant la progression clinique VIH définis par le passage au stade sida ou à la baisse du taux de CD4 en dessous de 200. Parmi les 243 patients traités par multithérapie n'ayant pas les critères de progression lors de la mise sous traitement, 32 ont eu une progression clinique.

Après ajustement multiple, le manque de réponse virologique précoce, un haut niveau de non-adhérence cumulée et un score élevé de dépression après mise sous traitement sont indépendamment associés à la progression clinique. Ce travail est en cours de publication. Sa validité sera recherchée dans la population générale des patients séropositifs grâce aux données d'APROCO. Une collaboration internationale avec l'équipe de Bob Hogg à Vancouver devrait également permettre de confirmer ces données.

3.3.4 les antécédents de dépression augmentent le risque d'arrêt de traitement par efavirenz

En 2003 devant les remontées de terrain des cliniciens et des patients s'inquiétant des arrêts de traitement par efavirenz (EFV), molécule connue pour sa toxicité neuro-psychiatrique à court terme mais aussi à long terme, nous avons mené une enquête transversale auprès des patients fréquentant les associations pour rechercher la fréquence et les facteurs associés à l'arrêt de l'EFV. Sur 327 patients exposés à l'EFV, 152 l'ont arrêté avec une médiane d'arrêt de 4 mois soit largement plus élevée à ce que clame l'industriel. Les facteurs prédictifs de l'arrêt sont le sexe féminin, la présence d'un partenaire stable, l'absence d'emploi et les antécédents de dépression. Ce travail publié en 2004 est la première collaboration scientifique entre les activistes et les chercheurs.

4. Perspectives

4.1 Elles sont de différentes natures et découlent des limites des études réalisées jusqu'à présent :

La limite méthodologique est le biais propre aux analyses longitudinales qui est encore plus prononcé quand il faut non seulement tenir compte des biais habituels de survie et de perdus de vue, mais aussi de la lassitude des soignants ou des patients à remplir ou à faire remplir les auto-questionnaires.

La priorité est donc donnée à développer des modèles d'analyse qui tiennent compte des données manquantes.

4.2 Les aspects sur l'observance sont limités par la nature de la cohorte APROCO qui correspond à la 1^{ère} génération de patients traités par anti-protéase.

Très peu de données sont donc disponibles quant au lien entre succès virologique et observance pour les non-nucléosides.

C'est pourquoi, nous avons été sollicités par des cliniciens de la petite couronne pour participer aux aspects socio-comportementaux d'un essai thérapeutique de patients traités par 2 types de combinaisons incluant de la névirapine, un inhibiteur non nucléosidique. Ce projet est en cours de conception et pourrait voir le jour en 2005. Nous avons par ailleurs participé à l'étude QUALVIH s'intéressant à la qualité de vie des patients traités par non nucléosides dont les résultats devraient être connus en 2005. De plus, les stratégies thérapeutiques évoluent d'un traitement à vie vers une alternance de périodes avec et sans traitement. Quel impact pour l'observance après des « vacances thérapeutiques » ? Les patients seront-ils plus motivés ou au contraire découragés ? Pour répondre à cette question, nous participons à l'essai SALTO mis en place par l'ANRS en collaboration avec Christophe Picketty et Dominique Costagliola. Nous avons introduit au sein de cet essai pilote qui évalue les arrêts thérapeutiques chez des patients contrôlés une évaluation socio-comportementale comprenant une mesure de l'observance et de la qualité de vie avant l'interruption et suivant la reprise du traitement. L'essai est actuellement en cours.

4.3 Notre travail ne s'est pas encore suffisamment intéressé aux conditions de vie quotidienne des personnes atteintes.

Au travers de notre participation à l'étude VESPA, enquête transversale représentative des personnes infectées par le VIH fin 2003 pilotée par un grand nombre de chercheurs de différentes compétences, nous essaierons de dissocier les facteurs influençables par le soin, des facteurs liés aux conditions de vie qui peuvent avoir une influence sur la qualité de vie ou les comportements de santé. Près de 3000 patients constituant un échantillon représentatif des séropositifs vivant en France ont des données analysables. Les premières analyses en cours au delà des aspects descriptifs sont les déterminants des conduites sexuelles à risque et les facteurs expliquant la non-observance sévère.

Nous déterminerons si ce sont les mêmes déterminants qui influencent à la fois la non-observance et la non utilisation des préservatifs. En collaboration avec France Lert, nous nous intéressons plus particulièrement aux patients des départements Français d'Amérique au travers d'une enquête supplémentaire VESPA/DFA réalisée par l'U88 selon un protocole spécifiquement adapté.

4.4 Notre travail s'est encore peu focalisé sur la co-infection VIH/ VHC.

Bien que la cohorte MANIF soit entièrement constituée de patients co-infectés, elle n'avait pas été désignée dans cet objectif et nous avons seulement pu décrire après ajustement sur l'état immunitaire et hépatique des facteurs socio-comportementaux favorisant l'accès à la biopsie hépatique, comme le sexe masculin, avoir un soutien de l'entourage, ne plus être dépendant aux opiacés. Nous allons désormais approfondir les aspects socio-comportementaux de la co-infection, en particulier sur les aspects observance et qualité de vie à travers la participation au projet HEPAVIH regroupant tous les patients co-infectés par le VIH et le VHC des cohortes de l'ANRS. Nous conduirons par ailleurs une enquête transversale préparatoire en région PACA pour tester les outils utilisés dans cette cohorte. Il n'existe pas encore d'outil spécifique pour mesurer l'observance au traitement anti-VHC. Nous tenterons d'en mettre un au point et rechercherons si l'arrivée d'un traitement pour une seconde infection perturbe ou non l'observance au traitement de l'infection initiale.

4.5 Notre travail reste encore très « hexagonal ».

Jusqu'à une période récente, les multithérapies concernaient peu les pays en développement. L'arrivée progressive des traitements dans les pays du sud fait émerger les mêmes questions qu'en France à savoir « quelle sera l'observance au long cours pour les patients du sud » ?

Quel niveau est nécessaire ? D'autant plus que les patients sont traités avec des combinaisons ayant souvent des profils de résistance moins favorables et une « pardonance » à priori plus faible. Nous n'avons pas pu encore participer à des cohortes longitudinales du sud. Cependant, nous collaborons avec l'équipe de JF Delfraissy et MSF pour suivre les patients cambodgiens traités et adapter les mesures de l'observance mises au point dans nos études. Des projets sont en cours pour évaluer le programme camerounais de mise à disposition des antirétroviraux.

• **L'équipe 4**

"Sciences sociales de la santé appliquées aux usages et traitements dans le domaine des substances psychoactives"

Coordonnateurs : Anne Lovell et Dr Yolande Obadia

Les usagers de drogues, la consommation de psychotropes et les politiques de santé et de prévention en matière de toxicomanie, constituent les principaux thèmes de recherche de l'équipe 4. Dans le contexte de l'épidémie de VIH, les travaux de cette équipe, mise en place à partir de 2001, ont découlé de travaux antérieurs portant sur les pratiques à risques infectieux liées à l'injection d'héroïne et à leurs stratégies préventives. Tout en poursuivant les recherches sur les déterminants contextuels des pratiques à risques, la constitution d'une équipe autonome a permis d'élargir le champ d'intérêt progressivement à l'ensemble des substances psychoactives, saisies au travers de leurs usages et de leurs représentations sociales, ainsi qu'aux réponses thérapeutiques nouvelles dont elles sont actuellement l'objet avec les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine). Mobilisant des perspectives interprétatives issues des diverses disciplines des sciences sociales, les travaux de l'équipe s'appuient sur des dispositifs d'enquête quantitatifs et qualitatifs dans le cadre d'enquêtes locales, régionales et internationales. Les chercheurs de l'équipe 4 contribuent au débat national et international en matière de politiques publiques sur la prévention et la prise en charge des toxicomanies.

A) Bilan

A la fin des années 90, les préoccupations de santé publique relatives à l'épidémie de VIH et de VHC, ont conduit les travaux de recherche de l'Equipe 4 à privilégier l'impact de 3 facteurs :

1) Modifications structurelles de la prévention sanitaire en matière de toxicomanie au travers des dispositifs de réduction des risques, sur la persistance et l'évolution des pratiques à risque de contamination. L'évaluation des dispositifs des programmes d'échange de seringues marseillais (automates, à partir d'une enquête de rue, a ainsi généré une vision diversifiée de la population marseillaise d'usagers de drogues IV, montrant la pertinence de l'âge et de l'ancienneté de la toxicomanie, tant dans le recours aux structures de prévention que dans l'engagement dans des pratiques à risques. Ce résultat a autorisé une approche plus informée et ciblée des publics vulnérables au niveau local et a contribué au débat international sur les dispositifs de prévention. La prise en compte des transformations du contexte sanitaire global, conserve une dimension explicative importante de la dynamique des usages addictifs et des pratiques à risques. L'introduction en 1996 de la buprénorphine haut dosage en médecine de ville, tout en modifiant radicalement la situation sanitaire des usagers de drogues IV et en autorisant leur large recours à la médecine de ville dans le cadre de ces traitements de substitution, s'est traduite en parallèle par un détournement important du produit attesté dès 1998 par nos résultats.

2) Les déterminants contextuels des usages ont constitué une autre entrée analytique forte à l'étude des pratiques à risques, dont les recherches internationales montrent aujourd'hui la persistance dans des groupes vulnérables d'UDI. Ainsi une recherche menée localement sur les réseaux d'UDI reposant sur un échantillonnage « *respondent-driven* », couramment utilisé dans les pays anglo-saxons pour étudier les populations dites « cachées », a mis en évidence que le degré d'exposition au risque variait selon le degré d'appartenance à un réseau d'usagers, les UDI appartenant à la partie la plus cohésive d'un réseau ayant dix fois plus de chances d'avoir des pratiques d'injection à risque, le manque de capital économique et culturel et les trajectoires biographiques et psychologiques contribuant également au risque. Cette enquête, a des retombées en faveur d'interventions de santé publique qui seraient plus axées sur le groupe et le réseau que sur l'individu proprement dit, des expériences d'interventions centrées sur les réseaux s'étant révélées particulièrement efficaces dans d'autres pays. La pertinence des contextes biographiques et sociaux individuels dans l'explication des pratiques à risques est aussi attestée par d'autres travaux de l'Equipe s'attachant à analyser les représentations associées au recours aux substances psychoactives.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, son étendue et sa banalisation dans le quotidien sont ainsi des thèmes abordés de façon quasi spontanée et récurrente dans une enquête qualitative menée auprès d'un petit échantillon de jeunes précaires de 16 à 25 ans, cette thématique médiatisant de plus vastes préoccupations psychologiques et sociales, inscrites dans les conditions d'existence des personnes concernées et revêtant des fonctions psychologiques, identitaires et sociales.

3) L'introduction de la buprénorphine haut dosage (BHD) en médecine de ville, comme traitement de substitution à la dépendance aux opiacés, constitue une des innovations sanitaires majeures dans la prise en charge de la toxicomanie au cours de la décennie passée. L'autorisation de sa prescription dans le cadre ambulatoire en 1996 permet en effet la prise en charge médicale massive des usagers de drogue par le système de santé. En 2002, on évaluait entre 80.000 et 100.000 personnes le nombre d'usagers de drogues en traitement à la BHD. Les travaux engagés par notre équipe ont contribué à éclairer les processus de diffusion des pratiques de substitution de la BHD en médecine de ville, en mettant l'accent sur l'élaboration de normes thérapeutiques par les réseaux de médecins généralistes et sur l'évolution des représentations des patients toxicomanes et du traitement, exprimées par les médecins. Notre approche place au cœur de l'analyse la médicalisation (Clarke et Alii 2000) de la substitution, entendue comme un processus de définition, d'encadrement, et d'élaboration de standards d'une pratique thérapeutique (la prise en charge des toxicomanes), perçue jusqu'alors comme « déviante », tant dans le droit que dans les faits.

Les résultats montrent que, dans le contexte de recommandations limitées à la posologie du traitement ou à son cadre coopératif, et d'une faible qualification collective de médecins généralistes dans le champ de l'addiction, les réseaux observés contribuent à diffuser une clinique de l'addiction d'une part, et à construire des modes opératoires de l'autre, qui ciblent prioritairement un ensemble de situations perçues comme limites entre la dépendance et déviance.

B) Les projets en cours et futurs prolongent l'ensemble de ces orientations.

1) L'analyse des déterminants contextuels des pratiques à risques d'injection, en lien avec la problématique des réseaux sociaux, est approfondie par deux recherches en cours.

1a) Le détournement de la Buprénorphine haut dosage à Marseille est étudié par une enquête ethnographique à partir des pratiques d'usage d'un réseau d'usagers de drogues. Elle développe l'hypothèse de l'UDI « co-producteur » de son état de santé, à travers son expérimentation des traitements de substitution, (exemple : modulation de la consommation d'héroïne par l'injection illicite de BHD). Le détournement de produits médicamenteux est ensuite appréhendé comme une pratique « innovante » dont sont étudiées les modalités de diffusion par l'utilisation d'un modèle structurel de réseau (Valente 1995). Ce projet bénéficie d'un financement MILDT-INSERM-CNRS

1b) Une étude comparative internationale Marseille-New York des pratiques à risques d'infection est menée en collaboration avec le Dr Alan NEAIGUS, du Center for Drug Use and HIV Research (CDUHR) of the National Development and Research Institutes, Inc. (NDRI), et le Dr DC DESJARLAIS, (Centers for Disease Control). Elle associe une comparaison des taux d'infection au VIH et au VHC des UDIs, observée dans plusieurs échantillons de rue marseillais et new-yorkais, d'une part à l'exploration par une enquête qualitative menée dans les deux villes des *facteurs de risque contextuels "éloignés"* (aspects de la structure sociale déterminant les conditions de vie, ressources auxquelles ont accès les individus, formes de solidarité sociale), et "*proches*" (relations sociales et réseau) des pratiques à risque. Les résultats préliminaires suggèrent un taux plus élevé d'infection à VIH à Marseille, malgré des dispositifs de réductions de risque nettement plus importants qu'à New York. Cette recherche est financée par le National Institute on Drug Abuse et les Centers for Disease Control.

2) Les nouvelles formes de traitement sanitaire de la dépendance aux opiacés, dont la substitution à la buprénorphine haut dosage incarne la figure majeure, font l'objet de deux opérations de recherche concertées.

2a) Une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon composé d'un tiers de médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône vise à décrire l'évolution des pratiques professionnelles de prise en charge, leur hétérogénéité ainsi que leur sensibilité aux recommandations émanant de réseaux de pairs ou d'experts. Cette étude soutenue par la MILDT et l'échelon local de l'Assurance Maladie a été réalisée fin 2002. Les résultats confirment la forte progression de la prescription de buprénorphine, produit qui se place aujourd'hui au 11ème rang des demandes de remboursement pharmaceutique adressées à l'Assurance Maladie. Si la prescription de BHD concerne un peu moins d'un tiers des médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône, elle n'en demeure pas moins très concentrée sur un petit nombre de praticiens, 20 % d'entre eux assurant la prise en charge de 75 % des patients. L'analyse des pratiques montre enfin la coexistence de modalités distinctes de prises en charge des patients –collaboratives, limitées à la prescription et adaptatives–, qui renvoient à des profils de qualification qui distinguent médecins en réseau, médecins non formés et isolés et médecins spécialisés. L'opinion du médecin prescripteur à l'égard de la pratique de la substitution en médecine de ville semble constituer un facteur d'application des recommandations liées au traitement.

Malgré le caractère massif de la substitution à la buprénorphine, l'impact du traitement sur l'état de santé, les pratiques addictives et l'insertion économique et sociale des usagers de drogues demeurent mal connus ou entachés de biais tant idéologiques que méthodologiques. En effet, si les aspects positifs du traitement de substitution sont amplement décrits dans la littérature française (diminution de la consommation d'héroïne et de benzodiazépines ; amélioration de l'état clinique et psychosocial ; diminution du nombre d'overdoses mortelles à l'héroïne), de nombreuses études signalent néanmoins des mésusages (liés aux injections), des interactions médicamenteuses, l'ensemble de ces pratiques entraînant des conséquences sanitaires dommageables pour les patients. L'évolution des pratiques addictives et de l'état de santé dans le moyen et long terme sont par ailleurs mal connus.

2b) Un projet de cohorte régionale de patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution suivis en médecine générale, comprenant 1000 patients, se propose d'observer l'évolution de ces dimensions sanitaires, addictives, sociales et psychologiques sur une période de trois ans.

L'étude de faisabilité de ce projet, soutenue par la MILDT est actuellement en cours. Une centaine de patients substitués à la BHD et suivis en médecine de ville dans les Bouches-du-Rhône et dans le Vaucluse sont interrogés par téléphone tous les six mois sur leur addiction, leur traitement, leur état de santé et leur environnement psycho-social.

Les retombées de ce projet en terme de santé publique s'avèrent importantes tant dans le contexte national que dans la perspective de la diffusion internationale de cette thérapeutique en cours dans de nombreux pays.

3) Enfin, l'évolution du contexte global d'usage et de représentations des drogues dans leur ensemble est abordée par l'étude des conceptions et usages associés aux substances psychoactives chez les différentes catégories de jeunes, adolescents et adultes, cibles privilégiées des dispositifs de communication et d'éducation sanitaire.

Plus particulièrement, on s'efforce, d'une part, de cerner les univers représentationnels impliqués dans les usages de ces produits et, d'autre part, de mettre en relation ces dynamiques représentationnelles avec les insertions socio-économiques et culturelles des utilisateurs ainsi que leur trajectoire singulière (Etude ORS-PJJ).

Il s'agit d'étudier la normalisation des usages intégratifs et récréatifs de drogues illicites, sous deux aspects, qui se déclinent en trois terrains de recherche.

D'abord, sur le plan des pratiques seules, le premier aspect de cette normalisation renvoie à ce que Ehrenberg appelle des usages « intégratifs » : aujourd'hui, les usages de drogues visent souvent non plus à fuir la réalité, mais plutôt à l'affronter, pour mieux intégrer une société qui voue un culte à la performance. La pratique sportive constitue un terrain privilégié pour explorer ces usages intégratifs (Peretti-Watel et al., 2002a, 2002b ; Beck et al, 2002), mais il reste beaucoup à faire, pour appréhender la diversité de cette pratique (intensité, discipline, niveau de compétition...).

Ensuite, les usages récréatifs de drogues illicites s'inscrivent également dans un processus de normalisation, ce second aspect donnant lieu aujourd'hui à une construction sociale tiraillée entre le discours des entrepreneurs de morale et celui des usagers. Ces deux discours constituent deux terrains de recherche à part entière, qui empruntent aux catégories conceptuelles de la sociologie de la déviance américaine : entrepreneurs de morale (Becker) et panique morale (Cohen, Goode & Ben-Yehuda) d'un côté, carrière morale (Becker, Goffman) et techniques de neutralisation (Sykes & Matza) de l'autre. Toutefois ces concepts doivent être adaptés au contexte contemporain, dans lequel les usages de drogues sont d'abord définis comme des « conduites à risque », qui suscitent de la part des consommateurs des stratégies sociocognitives de déni du risque (Peretti-Watel, 2000, 2001, 2002, 2003).

• **L'équipe 5**

"Comportements des Acteurs et Régulation Economique des Systèmes de Santé (CARESS)"

Coordonnateurs : Bruno Ventelou, Alain Paraponaris, Dr Pierre Verger

Cette équipe apparue au cours de l'exercice quadriennal 1997-2001 regroupe des universitaires et doctorants en sciences économiques ainsi que des chargés d'études et des médecins travaillant dans les organismes de gestion de l'Assurance-Maladie. Les recherches entreprises au sein de cette équipe s'inscrivent à la fois :

- Dans le **prolongement de travaux antérieurs de l'Unité** (notamment sur la variabilité des pratiques de soins en matière de prise en charge primaire du cancer du sein ou de dépistage/diagnostic des cancers du colon ou sur les réseaux ville-hôpital pour la prise en charge du VIH et de la toxicomanie) ;
- Dans la lignée de **recherches originales d'économie de la santé**, impulsées au plan français et européen, à la fois sur la définition d'indicateurs synthétiques d'état de santé, d'équité en santé, et sur les effets de différents systèmes de rémunération des producteurs de soins en médecine ambulatoire ;
- Dans le **rapprochement de l'Unité avec l'Institut d'Economie Publique** (Groupement d'Intérêt Scientifique associant le GREQAM, 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).

Les recherches de cette équipe s'organisent autour de l'analyse des comportements micro-économiques et des stratégies des acteurs du système de santé, pour tenter de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les innovations dans les modes d'organisation et de financement de ce système. L'hypothèse fondatrice des recherches de l'équipe est que le hiatus, souvent constaté, entre les résultats attendus et les effets réellement obtenus de la plupart des mesures récentes de politique sanitaire, tant en France qu'à l'étranger, peut s'expliquer en termes de relations d'agence imparfaites entre acteurs du système de santé et promoteurs des politiques de régulation.

En conséquence, les recherches de l'équipe tendront à se concentrer sur des problèmes d'information asymétrique et sur les moyens offerts par la théorie des incitations en économie publique pour réconcilier intérêts individuels et intérêt collectif. Cette problématique générale sera déclinée autour de deux thèmes principaux :

- L'analyse des **déterminants de la demande de soins de santé et d'assurance-maladie**, de leurs relations avec les états de santé (médicalement objectivés ou/et ressentis) et de leurs conséquences en termes d'équité ;
- Les **comportements des producteurs de soins et de la régulation de l'offre sanitaire**, d'une part par l'analyse des déterminants de l'hétérogénéité des pratiques médicales (durée et contenu des consultations, habitudes de prescription, etc.), d'autre part par l'analyse des **régimes de tarification de l'activité médicale** qui, quelquefois –on peut le penser du moins–, guident ces comportements.

Dans les années qui viennent, outre des recherches coordonnées à certains projets pluridisciplinaires de l'Unité (en matière de cancer, de prise en charge de la toxicomanie ou de définition régionale de priorités de santé publique), l'équipe s'appuiera sur **trois projets « structurants »**, permettant la constitution de bases de données et le test d'hypothèses économétriques de comportements des agents :

- D'une part, le suivi et l'exploitation d'un **panel de médecins de ville exerçant en ambulatoire en région Provence-Alpes-Côte d'Azur** (en collaboration l'URML Paca) qui permettra notamment d'observer les pratiques des médecins et de reconstituer de façon fine les épisodes de soins pour des échantillons de patients ;

D'autre part, la participation de l'équipe à l'« Enquête Décennale sur la santé et la consommation de soins » (INSEE /DREES/CREDES/INSERM) (collecte de données au plan national en 2002 auprès de 17000 ménages, soit plus de 40.000 individus, avec suivi détaillé de leur consommation de soins sur 2 mois) ainsi qu'à son extension régionale en PACA ;

Enfin, la contribution à l'exploitation des données de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de l'Insee, réalisée en 1999 et 2001 auprès de 25 000 personnes résidant en France à domicile ou en institution, en vue de l'analyse des besoins des personnes dépendantes.

Projet scientifique de l'équipe pour la période 2002-2005

1. Motivations de la constitution d'une équipe de recherche sur le comportement des acteurs en santé

La mise en place de cette équipe s'inscrit dans le cadre du 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).

Ce rapprochement trouve sa validation institutionnelle dans la création de l'IFR 134 : Sciences humaines, économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille (SHESSAM) dirigé par JP Moatti. Les travaux de l'équipe sont par certains aspects théoriques mais s'efforcent de ménager une large place à la dimension empirique des phénomènes en utilisant des bases de données produites par quelques grands instituts statistiques, en contribuant à la constitution de certaines de ces bases de données ou même en prenant à son propre compte la construction de bases. 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'utilisateur 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).

2. Axes de recherche de l'équipe

Les difficultés rencontrées par les politiques de maîtrise des dépenses de santé, en particulier dans notre pays, ont largement révélé la nécessité d'une **analyse des comportements microéconomiques et des stratégies des acteurs**. La mesure précise -argumentée dans le cadre théorique de l'économie publique- de ces comportements doit en effet aider à la compréhension du hiatus entre les résultats attendus et les effets réellement obtenus qui a pu sanctionner une grande partie des mesures récentes de politique sanitaire, en France comme à l'étranger.

Les travaux passés et en préparation de l'équipe cherchent à souligner la manière dont les résultats de ces réformes sont tantôt mitigés tantôt détournés par des comportements adaptatifs stratégiques de la part des acteurs visés.

Trois thèmes seront déclinés :

2.1. Demande de soins et comportement assurantiel (thème 1)

Les recherches appliquées ont porté sur l'observation des pratiques et des comportements de consommation et se structurent pour les recherches en cours autour de deux projets importants.

Il s'agit d'une part du rôle joué par les membres de l'équipe dans le montage de la prochaine **enquête décennale santé 2002-2003**, conduite sous l'égide de l'INSEE et de la DREES et en collaboration avec le CREDES, l'INED et l'INSERM. Cette contribution a pris la forme de la participation aux groupes d'experts réunis dans le cadre de la **préparation des questionnaires** et de la méthodologie de l'enquête, et plus encore, par l'obtention d'un **suréchantillonnage régional** de l'enquête avec le concours de l'Insee Paca, du Conseil Régional et de l'ORS Paca.

En outre, la collection de ces informations devrait permettre de mieux voir si les consommations de soins réduisent les différences des états de santé mesurés ex ante, si leur intensité varie en fonction de considérations extra-médicales et particulièrement socio-économiques, et si les actions collectives de réduction des écarts des états de santé sont bien dimensionnées (c'est-à-dire, s'adressent aux « bonnes » populations et ainsi reconnues par ces dernières).

Il s'agit d'autre part des données colligées au cours des vagues de 1999 et de 2001 de l'enquête **Handicaps-Incapacités-Dépendance** de l'Insee à partir desquelles des travaux ont été entrepris visant à préciser les déterminants, essentiellement socio-économiques, de l'**inadéquation entre les besoins** exprimés par les populations dépendantes et les **aides** qui leur sont effectivement apportées. Cette recherche se propose en outre de mesurer le caractère discriminant des aides financières dont les personnes handicapées sont les bénéficiaires dans la réponse aux besoins d'aides qu'elles expriment et elle s'adresse particulièrement aux populations âgées, aux populations adultes et aux populations actives.

2.2 Production de soins et régulation du système de santé (thème 2)

Le second versant des travaux réalisés ou projetés par l'équipe 5, d'ailleurs difficilement dissociable du précédent, est constitué par l'**étude des comportements des producteurs de soins** (médecins et établissements sanitaires) et leurs réactions aux mesures d'organisation et de régulation des systèmes de santé que les diverses tutelles peuvent être amenées à mettre en place.

Ce champ de recherches est articulé autour de trois ensembles de travaux :

a) L'analyse des régimes de tarification de l'activité médicale

Cette analyse recouvre des acteurs divers (médecins libéraux, médecins hospitaliers, médecine de ville, établissements de santé dont les établissements hospitaliers), des comparaisons de type de tarification (par exemple entre établissements à but non-lucratif et privés à but lucratif) ou des régimes de tarification variés (enveloppe globale, tarification à la pathologie, régimes de capitation...). Quels sont les effets comportementaux des différents systèmes de rémunération des producteurs de soins, en ambulatoires et à l'hôpital ? Par exemple, dans le second champ d'analyse, la littérature anglo-saxonne est largement empreinte de l'idée selon laquelle des modes de rémunération rétrospectifs et prospectifs de l'activité hospitalière ont des effets incitatifs opposés, positifs dans le premier cas, négatifs dans le second, sur l'innovation technologique en médecine. On attend encore des validations de ce genre d'intuition pour le cas français, elles seraient utiles dans le cadre du plan Hôpital 2007 et de la réforme du système de tarification qu'il implique.

b) Les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques médicales

D'un point de vue microéconomique, deux familles d'explications sont traditionnellement candidates à l'argumentaire de l'**hétérogénéité des pratiques médicales**. La première est constituée des travaux sur l'**induction de la demande par l'offre** : les médecins auraient la capacité de déplacer la courbe de demande des patients dans la mesure où ils sont supposés être mieux informés que ces derniers sur la stratégie thérapeutique à employer, et se révéleraient ainsi capables de prescrire différemment de ce que les patients auraient eux-mêmes choisi s'ils avaient disposé de la même information. La seconde s'appuie sur la **gestion de l'incertitude par les médecins** : l'absence de normes de traitement clairement établies et/ou scientifiquement fondées pour chaque pathologie serait génératrice de comportements hétérogènes, dont le déterminant est tantôt recherché dans les différences objectives des caractéristiques des patients, socio-économiques ou cliniques, tantôt dans des effets d'école s'exprimant par le biais de comportements typés.

Néanmoins, les termes du débat peuvent être largement conditionnés, en amont, par le contexte tarifaire de l'exercice de l'activité médicale, dont l'induction de la demande par l'offre d'une part, l'incertitude médicale d'autre part, ne sont finalement que des représentations. En effet, les médecins seront d'autant plus incités à prescrire, et les patients enclins à accepter, que les paiements se font à l'acte et que les taux de remboursement sont élevés. Deux projets préparés au cours de la précédente période d'évaluation et mis en œuvre en 2002 doivent aider à la meilleure compréhension de la variabilité des pratiques.

Il s'agit tout d'abord de la mise en place, du fonctionnement et de la pérennisation d'un **panel de 600 médecins libéraux en région PACA**, en collaboration avec l'URML-PACA. Ce projet répond à un double objectif : 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 et reconstituer des épisodes de soins pour des échantillons de patients des médecins du panel. Des comparaisons de prises en charge pourront 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), selon les caractéristiques socioéconomiques des individus et selon les caractéristiques propres aux praticiens.

Les déterminants démographiques, sociaux, économiques, professionnels et individuels d'attitudes et de prises en charge différentes devraient être approchés et mis en valeur dans le cadre d'un panel permettant de conjuguer dimensions inter-individuelles et inter-temporelles des comportements. En outre, des éclairages spécifiques, dont la prescription d'antidépresseurs par les omnipraticiens de ville, seront apportés, en croisant pratiques déclarées par ces derniers et consommations de santé déclarées par les patients.

c) Hétérogénéité de la prescription médicale en toxicomanie

Il s'agit ensuite d'un projet de recherches, mené en collaboration étroite avec l'équipe 4 de l'Unité, qui porte sur les déterminants, les caractéristiques et l'**hétérogénéité de la prescription médicale en toxicomanie** dans le cadre de la prescription de buprénorphine haut dosage (subutex®) par les médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône. Cette recherche cherche à évaluer 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, à définir le profil des médecins prescripteurs et non-prescripteurs de produits de substitution en termes non seulement de connaissances et de représentations, mais également en matière d'attitudes et de comportements à l'encontre des personnes bénéficiant de la prescription de produits de substitution, et surtout à identifier les déterminants de la prescription et de la non-prescription de produits de substitution par les médecins généralistes afin de mesurer et expliquer la variabilité des pratiques médicales dans ce domaine. Son originalité réside dans le croisement de données d'enquête, colligées pour les besoins de la recherche auprès de 800 médecins (400 non-prescripteurs, 400 prescripteurs de Subutex®), avec des données administratives d'activité mises à disposition par l'échelon local du service médical de l'Assurance-Maladie.

2.3. Outils d'aide à la planification et à l'organisation sanitaire (thème 3)

Les recherches entreprises dans le cadre de l'équipe 5 ambitionnent aussi d'apporter aux multiples acteurs des systèmes de santé des enseignements, soit en matière de politique de régulation globale, soit en matière d'organisation et de coordination des activités de soins aux niveaux national et régional, soit en matière de décision d'investissement dans des domaines d'innovations thérapeutiques. La position occupée par les différents membres de l'équipe explique grandement le niveau d'intrication entre la nature scientifique des travaux menés et la volonté de restituer aux acteurs du système des éléments susceptibles de les aider à la prise de décision. Trois projets spécifiques s'inscrivent cependant plus directement dans une **démarche de recherche/action avec les décideurs**.

Le premier d'entre eux porte, dans le cadre d'un projet général lié à l'épidémiologie des épisodes de fièvre Q connus dans la région occidentale de l'étang de Berre, dans l'ouest de la région PACA, sur l'évaluation de la sensibilité aux problèmes généraux d'environnement d'une population présentant la particularité d'être exposée à des risques importants et diversifiés.

La partie économique de l'étude réalisée par l'équipe 5 utilise les techniques de l'évaluation contingente afin d'identifier la disposition à payer des individus pour bénéficier d'un environnement meilleur, d'en préciser les fondements socio-économiques, et en déterminer, le montant selon deux types de scénarii, le premier individuel (évaluation de la disposition à payer un vaccin dont le bénéfice est exclusivement individuel), le second collectif (mesure de la disposition à payer une cotisation sociale supplémentaire pour le financement d'une campagne de dépistage à destination des populations les plus vulnérables à la maladie).

Le second projet cherche à évaluer les **conséquences psychosociales des inondations en France** au moyen de la construction d'une stratégie de recherche et de planification de la réponse épidémiologique. Il « capitalise » en cela des travaux menés antérieurement par des membres de l'Unité sur les retombées sanitaires des inondations intervenues dans le Vaucluse en 1992. En outre, la recherche entreprise a procédé à un recensement des coûts sanitaires relatifs aux inondations à l'aide des relevés des consommations de soins (épisodes d'hospitalisation, consultations de médecins généralistes et/ou spécialistes, médicaments...) en distinguant des niveaux différents d'exposition aux inondations à partir de différentes sources de relevés : Atlas des zones inondées fournies par les Directions de l'Équipement, montants financiers remboursés par les assurances aux sinistrés. L'objet premier de la recherche est la production d'un guide méthodologique devant contribuer à améliorer la réponse épidémiologique apportée à ce type d'événement environnemental.

Le troisième projet porte sur la **construction d'une échelle individuelle du comportement de prévention** (score) basée sur l'EDS 2003. L'équipe souhaite construire le score à partir du regroupement de différents items renseignés dans l'enquête. Le score obtenu, élaboré pour chaque individu de plus de 18 ans, sera décomposable en différentes dimensions de prévention : prévention primaire, secondaire (etc.). Il pourra être analysé en relation avec les grands thèmes comportementaux traités par la base de données. L'investissement relativement lourd que constitue la construction d'une telle échelle serait rentabilisé par les nombreuses analyses secondaires qu'elle autorise : score de prévention et statuts socio-démographiques ; score de prévention, choix économiques et assurantiels, etc. L'un des objectifs serait une aide à la décision de politiques publiques, par exemple la définition et la mise en œuvre (mieux) ciblée des **PRSP**.

...Par la participation à l'Institut Fédératif de Recherche "Sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille"

Les Instituts Fédératifs de Recherche sont des dispositifs contractuels de collaboration, qui regroupent des unités de recherche, des laboratoires ou des services hospitaliers, tout en respectant leur autonomie, autour d'un site géographique unique.

L'IFR Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille (SHESS-AM-IFR 134) a été créé le 1^{er} janvier 2004. Il est placé sous la direction du Professeur Jean-Paul Moatti.

L'IFR SHESS-AM fédère des unités de recherche relevant de différents partenaires institutionnels dans l'aire géographique Aix-Marseille autour d'une stratégie scientifique commune pour le développement des recherches en SHES appliquées à la santé.

Les unités constituantes sont :

- Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM UMR 65-79) ;
- INSERM UMR 379 "Epidémiologie et sciences sociales appliquées aux innovations médicales" ;
- Centre de Recherche sur le Transport et la Logistique (CRET-LOG) ;
- Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST UMR 61-23) ;
- Laboratoire de Psychologie Sociale, Psychosociologie de la Santé (Université de Provence) ;
- Centre de Recherches Cultures, Santé, Sociétés (CRcSS) ;
- Institut de Recherche pour le Développement, Socio-Anthropologie de la santé ;

L'IFR SHESS-AM s'efforce d'élaborer et mettre en œuvre une politique scientifique fondée sur une cohérence et une synergie entre ces unités de recherche autour de 6 axes transversaux :

Analyse de la perception et des comportements individuels et collectifs à risque pour la santé et des politiques publiques de gestion des risques pour la santé ;

- Analyse de la diffusion et de l'impact économique et social des innovations biotechnologiques ;
- Analyse des dispositifs de régulation, de gestion et d'incitations à l'efficacité et l'équité dans l'offre et la demande de soins ;
- Recherche sur les problèmes des systèmes de santé des pays en développement ;
- Recherche sur les inégalités économiques et sociales en matière de santé ;
- Réflexion sur l'adaptation des méthodes statistiques et économétriques aux mesures socio-comportementales et à l'évaluation de programmes de santé ainsi qu'au recoupement avec les approches qualitatives.

L'IFR permet de renforcer la visibilité de l'activité de recherche en SHES de la santé sur Aix-Marseille, de renforcer la collaboration avec les autres partenaires engagés dans ce domaine dans la même aire géographique (Institut d'Economie Publique, IDEP, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Observatoire Régional de la Santé,...) et de favoriser le *développement de sa valorisation* en direction, d'une part du tissu régional des partenaires du système et, d'autre part des acteurs nationaux, voire internationaux (Union Européenne, OMS, ONUSIDA, Banque Mondiale) de la politique de santé.

L'IFR favorise *une utilisation optimale des moyens* intellectuels et matériels pour développer des projets scientifiques fédérateurs, notamment autour de grandes enquêtes, de collecte longitudinale (cohortes, panels) de données, et de programmes coordonnés en direction des pays en développement.

L'IFR favorise *l'animation scientifique et la formation* à la recherche et par la recherche dans le champ SHES de la santé.

...Par la collaboration avec d'autres équipes de recherche clinique et biologique

- L'Institut Fédératif de Recherches en Nutrition (INSERM U476, CDPA) et le Centre de Recherche en Nutrition Humaine ;
- Le Groupement d'Intérêt Scientifique Medrina (pôle méditerranéen de recherche sur les risques naturels) ;
- Les CISIH de Nice et de Marseille.

...Par la collaboration avec des équipes de Recherche de terrain

- Réseau Tox 84 ;
- Commissions des médecins de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) ;
- Médecins praticiens généralistes et spécialistes, médecins du travail, et médecins Conseil de la Sécurité Sociale ;
- Le Groupe Régional d'Observation de la Grippe (GROG) ;
- Association Félix Guyon des urologues du Sud-Est ;
- Services de Protection Maternelle et Infantile des 6 départements de la région ;
- Les services de santé scolaire de l'Académie d'Aix-Marseille ;
- Les 7 services de médecine préventive, universitaires de la région ;
- Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre ;
- L'institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE PACA) ;
- L'Association Soins Palliatifs Provence (ASP) ;
- L'Association Paca Soins Palliatifs (APSP) ;
- AMISTA Alzheimer.

Animation d'un réseau européen et d'un programme dans les pays en voie de développement

1. Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel (EURO-NONOPEP)

Sigle : PEP EUROPE
Début : 2001

Présentation

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

Objectifs

Ils étaient triples : faire le bilan des politiques nationales sur la prise en charge des accidents d'exposition non professionnels au VIH, décrire les pratiques des médecins prescripteurs en matière de NONOPEP et apprécier la faisabilité d'un registre européen de recueil des données sur les NONOPEP.

Méthodologie

Pour le volet « Politiques », le responsable de l'étude dans chaque pays a, selon le contexte local, soit collecté les documents officiels existants sur la NONOPEP, soit adressé un questionnaire à des responsables administratifs chargés des problèmes de santé. Pour le volet « Médecins », une enquête par questionnaires postaux a été effectuée auprès des médecins susceptibles de prescrire une NONOPEP. Pour le volet « Registre » : pour chaque personne exposée, des fiches d'évaluation ont été mises en place (lors de la première visite, à 1 mois et à 6 mois). Selon les pays, les renseignements ont été collectés prospectivement ou rétrospectivement, à un niveau national, régional ou dans quelques hôpitaux volontaires. En France, l'étude a été réalisée au niveau de la région PACA (CISIH de Marseille, de Nice et de Toulon) avec un recueil rétrospectif des cas de NONOPEP.

Résultats

Cinq pays, dont la France, possèdent des recommandations nationales détaillées en matière de NONOPEP, 5 pays ont des recommandations locales ou succinctes et les 4 derniers n'ont aucune recommandation. En ce qui concerne le volet médecins, 485 questionnaires sur les 1125 envoyés, ont été reçus (56/200 en région PACA). 85% des répondants avaient déjà été confrontés à une demande de NONOPEP. Les premières analyses ont confirmé l'hétérogénéité des pratiques, en particulier en l'absence de recommandations. Le recueil des données pour le Registre européen s'est achevé en juin 2003. Dans la région PACA, 1131 cas de NONOPEP ont été collectés entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2002 dont 906 (80,1%) expositions sexuelles. 38,3% des expositions répertoriées présentaient un risque élevé de contamination par le VIH. 82,2% des accidents ont fait l'objet d'une prescription d'antirétroviraux. 38,5% des patients traités ne se sont pas représentés à l'hôpital après la première prescription.

Perspectives

Les recommandations de prise en charge des accidents d'exposition non professionnelle au VIH édictées par le groupe de travail européen ont été adoptées par la Grèce et la Slovaquie. Les analyses concernant les cas d'exposition ont pour l'instant été traitées séparément dans chaque pays. L'équipe espagnole doit procéder à une analyse globale. En l'absence de financement, le registre européen continue à minima avec quelques équipes volontaires.

Partenaires

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

Commanditaires

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

Références bibliographiques

Cf. Annexe page A.5

2. Analyse des déterminants des prix des médicaments du VIH/SIDA dans les pays en développement et régulation publique des marchés

Sigle : ETAPSUD

Début : 2001

Présentation de l'étude

La préoccupation a été très tôt exprimée de ce que les prix des thérapies antirétrovirales (ARV) pouvaient en contraindre l'accès, et donc les bénéfices avérés, dans le monde en développement caractérisé à la fois par une importante épidémie et des ressources limitées. Les analyses issues du premier volet du projet ETAPSUD-prix ont permis de mettre en évidence les mécanismes économiques impliqués dans l'introduction d'une tarification préférentielle sous forme de différenciation des prix par le bas appliquée aux pays africains depuis 2001. Pourtant, le maintien et la pérennisation des mécanismes impliqués doivent être reconsidérés dans le contexte actuel de forte extension des programmes incluant des multithérapies ARV dans les pays du Sud.

Objectifs

En s'appuyant sur les développements théoriques du marché des médicaments ARV dans les pays du Sud, ce projet a comme objectif d'approfondir l'analyse quantitative des transactions réelles des médicaments ayant trait au VIH/sida en élargissant les champs temporel et géographique de l'étude. Des analyses descriptives permettant de suivre l'évolution des prix de ces médicaments seront complétées par l'estimation de modèles économétriques adaptés afin de préciser quels sont les déterminants de ces prix.

Méthodologie

Des données rétrospectives concernant les transactions réelles de médicaments ARV ayant eu lieu sont récoltées au cours de missions dans des pays du Sud. Pour chaque pays, pour chaque transaction, un questionnaire standardisé a été rempli avec l'aide des représentants des institutions en charge de l'achat des médicaments concernés. Outre les prix, les informations récoltées incluaient les quantités et la description détaillée des médicaments, ainsi que les caractéristiques précises de l'acheteur et du processus de négociation associé à chaque transaction. De plus, des entretiens menés avec les représentants des institutions jouant un rôle dans le circuit de distribution des médicaments dans chaque pays et le recours aux banques de données des institutions internationales ont permis de rassembler des informations concernant les contextes : institutionnel, politique, économique et épidémiologique.

Activité de l'année 2004

L'année 2004 a vu le renouvellement par l'ANRS du mandat de l'ORS-PACA/INSERM-U379 pour prolonger le projet ETAPSUD-prix. Ainsi, une nouvelle vague de missions a pu être mise en œuvre, qu'il s'agisse de mettre à jour les données de transactions (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Nigeria) ou d'inclure de nouveaux pays (Afrique du Sud, Sénégal). Par ailleurs, une attention particulière a été portée au cours de l'année passée sur l'amélioration des données « contextuelles » concernant les indicateurs macroéconomiques et sociaux des pays, les producteurs d'ARV et les caractéristiques des médicaments.

Perspectives

Les missions sont en cours (Burundi, Congo-Brazzaville, Gabon) et devraient continuer jusqu'à ce que le projet entre dans sa seconde année qui sera consacrée à l'analyse des données collectées ainsi qu'à leur valorisation scientifique (abstract accepté pour la conférence de l'iHEA en juillet 2005) autant qu'opérationnelle (partenariat ANRS-OMS-NU pour la mise en place de l'Observatoire des Prix des médicaments du VIH/sida dans la zone de la CEDEAO).

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Références bibliographiques

Cf. Annexe page A.5

Les structures régionales et nationales, professionnelles et scientifiques concernées...

Structures nationales

- . Conseil d'Administration de la Fédération Nationale des ORS
- . Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida
- . Action Coordonnée n°7 "Cohortes" de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida
- . Conseil Scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
- . Conseil Scientifique et Médical Sida d'Ensemble Contre le Sida (ECS)
- . Conseil Scientifique de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)
- . Conseil Scientifique de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS)
- . Commission Nationale d'Appel de Qualification en Santé Publique au Conseil National de l'Ordre des Médecins
- . Conseil scientifique de l'Association Nationale de Commissions Locales d'Information (ANCLI)
- . Comité de la Prévention et de la Précaution, Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable
- . Cellule d'Appui Scientifique auprès du Directeur Général de la Santé
- . Conseil d'Administration de P.I.S.T.E.S. (revue Transcriptase)

Structures régionales

- . Groupe de travail "Plan Régional de Santé Publique", Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- . Comité Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- . Délégation Régionale à la Recherche Clinique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- . Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS)
- . Comité Régional d'Education pour la Santé
- . Comité Technique Régional des Dépistages des Cancers
- . Commission Régionale de la Naissance
- . Conseil Scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille
- . Institut Fédératif de Recherche : Nutrition
- . Institut Fédératif de Recherche : Sciences sociales
- . COREP et groupe Air-Santé
- . Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- . Institut de la Maladie d'Alzheimer
- . Cancéropole

Sociétés savantes

- . Société Française de Santé Publique (SFSP)
- . Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- . Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)

Activités de reviewing d'articles, pour les revues :

- . Addiction
- . Addictive Behaviors
- . Aids Care
- . Aids and Behavior
- . American Ethnologist
- . American Journal of Public Health
- . Annals of Internal Medicine

- . British Medical Journal (BMJ)
- . Culture, Medicine and Psychiatry
- . Drug and Alcohol Dependence
- . Economie et Statistique
- . Economie Publique
- . Environnement, risques et santé
- . Ethique Publique
- . European Journal of Psychiatry
- . European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists
- . Health Psychology
- . Journal d'Economie Médicale
- . Journal of Aids
- . Journal of Health Economics
- . Journal of Optimization Theory and Applications (JOTA)
- . Medical Anthropology
- . Medical Anthropology Quarterly
- . Oxford Development Studies
- . Psychiatric Services
- . Psychology of Health & Medicine
- . Revue d'Economie Publique
- . Revue Economique
- . Revue d'Economie Publique
- . Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP)
- . Science & Motricité
- . Social Sciences and Medicine
- . Sciences Sociales et Santé

Activité de valorisation

Les Conférences auxquelles l'ORS a participé en 2004

Au niveau local et régional

- 3^{ème} Journées d'Economie Publique Louis-André Gérard-Varet – Conférence ADRES 2004. – Marseille, France : 10-11 juin 2004
- 6^{ème} Université d'été des jeunes chercheurs de AIDES "Approches multidisciplinaires de la recherche sur le VIH" – Carry le Rouet, France : 19-25 septembre 2004
- Séminaire de Statistique, organisé par M. Fieschi. – Marseille, Hôpital de la Timone, France : 14 décembre 2004

Au niveau national et international

- 8th International Workshop on HIV Observational Databases – Montreux, Suisse : 26-28 march 2004
- 6^{ème} séminaire de recherche clinique sur l'infection par le VIH : "interventions thérapeutiques au Nord et au Sud ; nouvelles questions, nouvelles stratégies," – Paris, France : 01-02 avril 2004
- Journée de Microéconomie Appliquée – Lille, France : 27-28 mai 2004
- XXVIIes Journées des Economistes Français de la Santé "Approches économiques des inégalités de santé" – Paris, France : 17-18 juin 2004
- 18th Conference of the European Health Psychology Society. – Helsinki, Finland : 21-24 Juin 2004
- Conférence de consensus : "Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés, place des traitements de substitution" – Lyon, France : 23-24 juin 2004
- Congrès de la Société Française de Santé Publique "Entre expertises et solidarités" – Lyon, France : 1-3 juillet 2004
- XV International AIDS Conference – Bangkok, Thailand : July 11 – 16, 2004.
- 2004 AS / EASST meetings – Paris, France : 28 août 2004
- 8^{ème} Conférence Internationale sur la science des systèmes en santé – Genève, Paris : 02-03 septembre 2004
- 5^{ème} Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française – Lausanne, Suisse : 1-4 septembre 2004
- 5^{ème} Conférence sur les économies de la santé – Londres, Royaume-Uni : 08-11 septembre 2004
- 7^{ème} Conférence Internationale des représentations sociales : représentations sociales et formes d'interaction : individus, groupes et mouvements sociaux" – Guadalajara, Mexique : 10-14 septembre 2004
- Congrès ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française) – 15-17 septembre 2004
- "Journée Maurice Marchand des doctorants en Economie de la Santé" – Lyon, Paris – 01 octobre 2004
- Séminaire scientifique organisé par la Caisse des Dépôts et Consignations, financement du vieillissement et des retraites" – Bordeaux, France : 08 octobre 2004
- Journée de la Société Felix Guyon du Sud-Est 2004. – Nice, France : 08 octobre 2004

- 11^{ème} journée Echanges et Controverses 2004 : "Inégalités et Cancers" – Paris, France : 15 novembre 2004
- Journées de l'Ecole Nationale de Santé Publique "Enseignement et recherche en santé publique : état des lieux, état des questions". – Rennes, France : 8-10 décembre 2004
- Conférence nationale de consensus en Economie de la Santé "Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique", organisée par la SFES. – Paris – Assemblée Nationale, France : 9 décembre 2004
- ITEM "Medicine, health an society in Europe : trends and prospects". – Coimbra, Portugal : 15-17th december 2004
- International conference on the future of statistical theory, practice and education. – Hyderabad, India : December 29, 2004 – January 01, 2005

Les Publications

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

- 240 articles scientifiques (en 2004 : 36 publiés) ;
- 78 articles originaux (en 2004 : 7 publiés) ;
- 357 communications orales ou affichées (en 2004 : 24) ;
- 27 ouvrages ;
- 189 rapports.

L'ORS PACA

...Son activité d'enseignement et de formation

...Les activités d'enseignement

En 2004, l'ORS a participé à divers enseignements :

- Licence et Maîtrise de Psychologie (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Licence de Sociologie (Université de Provence – Aix-Marseille I)
- Licence de Sociologie de l'Education (Université Paris VIII)
- Licence Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales (Université de Provence – Aix-Marseille I)
- IUP Economie et Gestion des Organisations en Santé : Microéconomie – 1^{ère} année et Statistiques – 3^{ème} année (Faculté de Médecine – Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée)
- DEA Economie Publique, Option santé (Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- DESS de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- DESU Coordonnateur de réseaux sanitaires et sociaux (Université Aix-Marseille III)
- Diplôme Universitaire "Le syndrome immuno-déficitaire acquis" (Hôpital de la Conception, Pr Gallais)
- Formation continue des infirmiers (CISIH de Marseille)
- Formation de Cadres de santé : Introduction à l'économie de la santé (Institut de Formation des Cadres de Santé)

...Les activités de formation

Plusieurs étudiants ont été accueillis et encadrés en 2004 au sein de l'ORS :

THÈSES SOUTENUES

- Sandrine Loubière, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 8 avril 2004
Thèse : "Economie de la prévention : contribution de l'analyse économique à l'aide à la décision publique – Application aux politiques de prévention de l'hépatite C" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- Awad Mataria, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat nouveau régime en Sciences Economiques. Date de soutenance : 21 mai 2004
Thèse : "Les apports de la méthode de l'évaluation contingente aux réformes des systèmes de santé des pays en développement : le cas de la Palestine " (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- Boubou Cissé, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 12 octobre 2004
Thèse : "Recouvrement des coûts et utilisation des services de santé dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara : qu'en est-il de l'impact du paiement des soins de santé par les usagers ?" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- Marie Préau, Université de Provence – Aix-Marseille I.
Doctorat de Psychologie Sociale. Date de soutenance : 10 décembre 2004
Thèse : "Evaluation psychosociale de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH" (directeur de thèse : Pr M. Morin, Université de Provence)

THÈSES EN COURS

- Bérengère Davin, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2005/2006
Thèse : "Comportements de consommations et d'offres de soins" (directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II ; A. Trannoy, GREQAM) – (Bourse Ministère de la Recherche 2002-2005)
- Mohammad Abuzaineh, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2007/2008
Thèse : "Développer un modèle de financement efficient et équitable pour le système de santé palestinien : quelques réponses à partir de la première enquête sur les comptes nationaux de santé" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II) – Bourse doctorale régionale

INTERNE EN MEDECINE

- Julien Bouvenot, Faculté de Médecine de Marseille (3^{ème} année)
- Julien Mancini, Faculté de Médecine de Marseille (4^{ème} année)

DEA, DESS

- Stéphanie Bidaud, Stage de 3^{ème} année, DESS Génie Informatique et Statistique (Université de Provence)
- Solange Carton, Stage de DEA Econométrie Mathématique et Economie (Université de la Méditerranée)
- Lucie Sabatier, Stage de DESS Economie Environnement (Université Aix-Marseille II)
- Laure Valério, Stage de DEA de Santé Publique (Université Paris XI – Faculté de Médecine Paris-Sud)

LICENCES, MAITRISES

- Hervé Bardonneau, Stage de 2^{ème} année Magistère d'Ingénieur Economiste (Université de la Méditerranée)
- Ludovic Chan, Stage de 2^{ème} année Magistère d'Ingénieur Economiste (Université de la Méditerranée)
- Assia-Tissène Ezzeroug, Stage de 2^{ème} année Magistère d'Ingénieur Economiste (Université de la Méditerranée)
- Sabrina Milli, Stage de Maîtrise de Biologie mention application des mathématiques et de l'informatique aux sciences de la vie et de l'environnement (Université de la Méditerranée – Centre d'Océanologie de Marseille)

STAGES

- Eve Gibert, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers Victoria Desjardins, Hôpital Saint Joseph, Marseille)
- Antoine Leblois, Stage de 1^{ère} année au département ECOGES (Ecole Normale Supérieure de Cachan)
- Pauline Lombard, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers Victoria Desjardins, Hôpital Saint Joseph, Marseille)
- Christelle Mangin-Sintes, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers Victoria Desjardins, Hôpital Saint Joseph, Marseille)
- Gérard Raharijaona, Stage de 2^{ème} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)
- Stéphanie Valenza, Stage de 3^{ème} année en soins infirmiers (Institut de Formation en Soins Infirmiers Victoria Desjardins, Hôpital Saint Joseph, Marseille)

COOPERATIONS INTERNATIONALES

- Emily Catapano, Stage dans le cadre d'une coopération technique France-Brésil pour le transfert de connaissances des méthodes d'analyse économique développées en France pour les appliquer au cadre brésilien (CRT de São Paulo – Centre de références et de traitement du Sida et des MST)

La vie administrative de l'ORS en 2004

Deux séances du Conseil d'Administration se sont tenues en 2004, le mardi 09 mars et le lundi 29 novembre.

Une Assemblée Générale Ordinaire s'est déroulée le 09 mars 2004, séance au cours de laquelle les membres ont procédé à l'élection du Bureau.

Les comptes annuels ont été certifiés réguliers et sincères par le Commissaire aux Comptes. Les rapports financiers et budgets prévisionnels, l'arrêté des comptes ainsi que la proposition d'affectation du résultat au fonds de réserve ont été adoptés à l'unanimité.

Activités avec la Fédération Nationale des ORS (FNORS)

L'implication de l'ORS PACA au sein de la FNORS se traduit non seulement par une présence régulière aux Conseils d'Administration et aux Assemblées Générales qui scandent la vie de l'association, mais également par une participation active à des commissions transversales (élaboration d'une stratégie de communication de la Fédération, séminaire de réflexion sur les partenariats européens) ou à des groupes de pilotage autour de projets ou d'études impliquant de nombreuses régions (Accueil des personnes atteintes d'Alzheimer, Démographie médicale,...).

Le Conseil d'Administration ... en janvier 2005

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

PREMIER COLLEGE

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

Au titre de l'Etat

- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
M. Jean Chappellet, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, représentant M. le Préfet
- Agence Régionale de l'Hospitalisation PACA-Corse
M. Christian Dutreil, Directeur Régional
- Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
M. Yves Chambarlhac, Directeur Régional

Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Dr Jean-Claude Mabriez, Médecin Conseil Régional
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Mme Huguette Drera, Administrateur CRAM du Sud-Est
Pr Roland Sambuc, Administrateur CRAM du Sud-Est
- Mutualité Sociale Agricole du Vaucluse
Dr Patrick Labarussias, Médecin conseil
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
M. Georges Lacroix, Président

Au titre des Facultés

- Pr Daniel Benchimol*, Doyen de la Faculté de Médecine de Nice
- Pr Marc Bolla*, Doyen de la Faculté Dentaire de Nice
- Pr Gérard Duménil*, Représentant du Doyen de la Faculté de Pharmacie de Marseille

Au titre du Conseil Régional

- M. Joël Canapa*, Vice-Président délégué à la Solidarité, à la Prévention et à la Sécurité
- Mme Arlette Fructus*, Conseiller régional
- Mme Chantal Lamouroux*, Présidente de la Commission Environnement
- Mme Nadine Peris*, Vice-Présidente de la Commission Agriculture
- M. Michel Vauzelle*, Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Au titre des Conseils Généraux

- Dr Michel Amiel*, Conseiller général des Bouches-du-Rhône délégué à la Santé

Au titre du Conseil Economique et Social Régional

- Dr Pierre Albarrazin*, Président de la Commission des Finances du Conseil Economique et Social Provence Alpes Côte d'Azur
- M. Roland Canovas*, Conseiller Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur

DEUXIEME COLLEGE

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

Au titre des professions de santé

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

Au titre des usagers

- Chambre de Commerce et d'Industrie Marseille-Provence
Mme Mariam Berro, Vice-Présidente Trésorière adjointe
- Associations du secteur sanitaire et social
Pr Jean-Marc Garnier, Président du Comité Régional d'Education pour la Santé
M. Bernard Malaterre, Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
Dr Michèle Poncet-Ramade, Présidente du Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions des Bouches-du-Rhône
- Confédérations syndicales
Dr Sauveur Catania, Confédération Générale du Travail
M. Jean-Claude Pozzo Di Borgo, Union Régionale de la Confédération Française Démocratique du Travail
Mme Maria-Isabel Léon, Union Régionale de la CFE-CGC Secteur Santé Action Sociale
M. Gabriel Michel, Union Régionale Force Ouvrière
- Mutualités
M. Jacques Veisse, Union Régionale de la Mutualité Française PACA
M. Michel Vialle, Mutuelles de France Méditerranée

Membres consultants du Conseil d'Administration

Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral

Dr Claude Cagnol, Oto-Rhino-Laryngologiste, Médecin Libéral

Dr Frédérique Connat-Prioux, Union Régionale PACA des Mutuelles de France Méditerranée

M. Daniel Marchand, Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

M. Jean-Louis Thierry, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud-Est

Le Bureau

- **Président :**

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

- **Vice-Présidents :**

Dr Pierre Albarrazin, Président de la Commission Finances du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Jean Chappellet, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur

- **Secrétaire Général :**

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

Secrétaire Général Adjoint :

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

- **Trésorier :**

M. Bernard Malaterre, Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Trésorier Adjoint :

Dr Richard Domergue, Conseil Régional de la Formation Médicale Continue Provence Alpes Côte d'Azur

- **Membres du Bureau**

Dr Jean-Claude Mabriez, Médecin Conseil Régional, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M. Georges Lacroix, Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Provence-Alpes- Côte d'Azur

Dr Hervé Pégliasco, Conseil Régional des Professions de Santé Provence Alpes Côte d'Azur

L'Equipe sur le site ORS-INSERM U379 ... au 1^{er} mars 2005

Direction

Yolande OBADIA
Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORS PACA,
Coordonnateur des équipes de l'Unité 379 de l'INSERM sur le site de l'ORS.
tél : 04.91.59.89.20, E-mail : obadia@marseille.inserm.fr

Pierre VERGER
Médecin épidémiologiste, Directeur-Adjoint, Directeur des Etudes de l'ORS PACA
ORS PACA, INSERM U379
tél : 04.91.59.89.01, E-mail : verger@marseille.inserm.fr

Administration

Secrétariat

GORINE Zorha
Secrétaire d'Etudes
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.14, E-mail : etude@marseille.inserm.fr

PITTOIS Christine
Agent de bureau
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.00, E-mail : accueil.ors@wanadoo.fr

SANGIUOLO Caroline
Secrétaire
CONSEIL REGIONAL PACA
tél : 04.91.59.89.00, E-mail : sangiuolo@marseille.inserm.fr

VALERY Marie-José
Secrétaire de Direction
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.19, E-mail : mjvalery@marseille.inserm.fr

Comptabilité/Gestion

GIOVANNINI Carole
Attachée Administrative
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.03, E-mail : giovanni@marseille.inserm.fr

KISSIKIAN Marie-Pierre
Comptable
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.15, E-mail : kissikian@marseille.inserm.fr

Logistique d'enquête et communication

COCALLEMEN Jean-François
Chargé d'enquête
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.87, E-mail : jean-françois.cocallemen@wanadoo.fr

CORDEIL Céline
Chargée d'enquête
ORS PACA
tél. 04.96.10.28.83, E-mail : cordeil@marseille.inserm.fr

BELASSENE Ingrid
Technicienne d'enquête
ORS PACA
tél. 04.96.10.28.89, E-mail : belassene@marseille.inserm.fr

KURKDJI Patrick
Chargé de suivi technique
ORS PACA
tél. 04.96.10.28.79, E-mail : kurkdji@marseille.inserm.fr

MARADAN Gwenaëlle
Coordinatrice de l'équipe logistique
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.95, E-mail : maradan@marseille.inserm.fr

MAYER Laurent
Responsable logistique
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.28, E-mail : mayer@marseille.inserm.fr

PLANEZ Sophie
Coordination d'enquête
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.90, E-mail : planez@marseille.inserm.fr

Chargés d'études et assistants d'études Biologistes

SPIRE Bruno
Médecin - Virologue
INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.77, E-mail : spire@marseille.inserm.fr

Biostatisticiens / Démographes / Economètres

AULAGNIER Marielle
Démographe
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.12, E-mail : aulagnier@wanadoo.fr

ARSAC Murielle
Démographe
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.13, E-mail : arsac@marseille.inserm.fr

BOCQUIER Aurélie
Ingénieur agronome
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.23, E-mail : bocquier@marseille.inserm.fr

BOUHNIC Anne-Déborah
Ingénieur en biostatistique
INSERM U379, ANRS, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.78, E-mail : bouhnik@marseille.inserm.fr

CARRIERI Maria-Patrizia
Ingénieur en biostatistique
INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.75, E-mail : pmcarrieri@aol.com

CHAUVEAU Julien
Boursier ANRS
INSERM U379, ANRS
tél : 04.96.10.28.60, E-mail : chauveau@marseille.inserm.fr

COURCOUL Marie-Anne
Ingénieur d'études
INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.86, E-mail : coucou@ marseille.inserm.fr

GUAGLIARDO Valérie
Ingénieur en mathématiques
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.67, E-mail : gvalerie@marseille.inserm.fr

MICHEL Eliane
Ingénieur d'étude
INSERM U379
tél : 04.96.10.28.73. E-mail : michel@marseille.inserm.fr

PROTOPODESCU Camelia
Ingénieur en mathématiques et économétrie
INSERM U 379, ANRS, ORS PACA
tél : 04.91.59.89.06. E-mail : protopo@marseille.inserm.fr

SALIBA Bérengère
Ingénieur statisticien
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.69. E-mail : saliba@marseille.inserm.fr

VILLES Virginie
Ingénieur en mathématiques
APPIT, INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.81. E-mail : villes@marseille.inserm.fr

Economistes

ABUZAINEH Mohammad
Doctorant en Sciences Economiques
INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.62, E-mail : abuzaineh@marseille.inserm.fr

DAVIN Bérengère
Doctorante en Economie, boursière Ministère de la Recherche
INSERM U 379
tél : 04.91.59.89.07, E-mail : davin@marseille.inserm.fr

LE CORROLLER Anne-Gaelle
Economiste
INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.64, E-mail : orspaca@wanadoo.fr

LUCHINI Stéphane
Ingénieur Economiste
CNRS
tél : 04.96.10.28.74, E-mail : lucchini@ehess.cnrs-mrs.fr

MALAVOLTI Laetitia
Docteur en sciences économiques
INSERM U 379, INSTITUT PAOLI CALMETTES
tél : 04.96.10.28.63, E-mail : lmalavolti@hotmail.com

PARAPONARIS Alain
Maître de Conférence en Economie
Université de la Méditerranée, INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.91.59.89.02, E-mail : paraponaris@marseille.inserm.fr

VENTELOU Bruno
Economiste
ORS PACA, INSERM U 379
tél : 04.96.59.89.16, E-mail : ventelou@marseille.inserm.fr

Médecins épidémiologistes / Médecins de Santé Publique

ARNAUD Sandrine
Médecin épidémiologiste
ORS PACA
tél : 04.91.59.89.06, E-mail : arnaud@marseille.inserm.fr

BOIROT Colette
Médecin de Santé Publique
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.85, E-mail : boirot@marseille.inserm.fr

MANCINI Julien
Interne en médecine
FACULTE DE MEDECINE, ORS PACA,
tél : 04.96.10.28.68, E-mail : mancini@marseille.inserm.fr

REY Dominique
Médecin épidémiologiste
ORS PACA, INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.76, E-mail : rey@marseille.inserm.fr

VIAU Alain
Médecin de Santé Publique
Mutuelles de Provence, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.79, E-mail : viau@marseille.inserm.fr

Psychologues / Sociologues

AUBISSON Sandrine
Sociologue
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.66, E-mail : aubisson@marseille.inserm.fr

BEN DIANE Marc Karim
Sociologue
ORS PACA, INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.65, E-mail : bendiane@marseille.inserm.fr

FERONI Isabelle
Maître de Conférence en Sociologie
Université de Nice - Sophia Antipolis, INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.91.59.89.07, E-mail : feroni@marseille.inserm.fr

LOVELL Anne
Maître de Conférence en Sociologie, anthropologue
Institut de Sciences Sociales, Université de Toulouse, INSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.91.59.89.07, E-mail : lovell@marseille.inserm.fr

PERETTI-WATEL Patrick
Sociologue
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.61, E-mail : peretti@marseille.inserm.fr

PREAU Marie
Docteur en Psychologie Sociale
INSERM U 379
tél : 04.96.10.28.80, E-mail : preau@marseille.inserm.fr

SOUVILLE Marc
Maître de conférence en Psychologie Sociale et Psychologie du Travail
Université de la Méditerranée, INSERM U 379
tél : 04.91.59.89.00, E-mail : souville@marseille.inserm.fr