



Rapport d'activité **2005**

Février 2006

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. Collaboration avec le Dispositif Régional d'Observation Sociale	3
4. La lettre d'information "Regards Santé"	4
5. Le site internet ORS PACA	6

II. Activité d'études et de recherche

1. Offre et demande de soins.....	7
2. Environnement et habitudes de vie.....	20
3. Santé des jeunes	27
4. Santé mentale.....	35
5. Conduites addictives et toxicomanie	41
6. Cancer.....	45
7. Soins palliatifs.....	51
8. Maladies transmissibles - Infection à VIH	53
9. Maladies transmissibles - Infection à VIH dans les pays du Sud	66
10. Maladies transmissibles - Hépatites C.....	74
11. Maladies transmissibles - Grippe	79

III. Autres activités scientifiques

1. Collaboration avec des équipes de recherche régionales.....	80
2. Contribution de l'ORS à des structures régionales, nationales, professionnelles et scientifiques	96
3. Activité de communication scientifique.....	104

IV. Activité d'enseignement et de formation

V. Activité administrative

1. La vie administrative de l'ORS en 2005.....	110
2. Le Conseil d'Administration	111
3. Le Bureau.....	112
4. L'équipe sur le site ORS/INSERM U379... en Janvier 2006.....	114

VI. Annexe publications

Publications et communications réalisées dans le cadre des études 2005	A.1
--	-----

Sommaire des études et recherche réalisées en 2005

1. Offre et demande de soins

1. Exploitations de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux (2002-2003) - (EDS INSEE)	7
2. Exploitation régionale de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 : volet 1 Alimentation - (EDS ALIMENTATION).....	8
3. Exploitation régionale de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 : volet 2 les pathologies - (EDS PATHOLOGIES)	9
4. Déterminants socioéconomiques de l'inadéquation entre les besoins d'aide et la nature des aides apportées aux personnes dépendantes - (ENQUETE HID)	10
5. Analyse des besoins d'aide satisfaits et non satisfaits en milieu carcéral - (HID PRISONS)	11
6. Conditions d'existence des personnes handicapées, besoins d'aide et offres de soins aux niveaux national et local (PACA et Bouches-du-Rhône) - (RESEAU REGIONAL HANDICAP)	12
7. Observatoire de la pratique généraliste par le suivi d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux en région PACA - (PANEL MEDECINS).....	13
8. Enquête nationale sur les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours "en urgence" en médecine générale de ville - Extension de l'enquête à la ville de Marseille - (URGENCE VILLE)	14
9. Economie politique de la prescription médicale le médecin généraliste, la politique du médicament et la délégation d'une mission de service public en matière de bon usage des médicaments - (POLITIQUE MEDICAMENT MG).....	16
10. Viabilité d'un réseau de prise en charge de la prévention des maladies bucco-dentaires du réseau GIPS pratiquant un forfait-prévention - (RESEAU GIPS)	17
11. Etude préliminaire pour une proposition méthodologique d'aide à la définition de territoires dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique - (TERRITOIRES ET SANTE).....	18
12. Recensement national sous forme d'annuaire des structures de prise en charge de la maladie d'Alzheimer - (MEDERIC ALZHEIMER)	19

2. Environnement et habitudes de vie

13. Le Système Interactif Santé Travail Environnement - (SISTE)	20
14. Connaissance, attitudes et pratiques des médecins généralistes et spécialistes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine des maladies liées au travail - (CAP SANTE TRAVAIL)	22
15. Tableau de bord régional Santé-Environnement - (TBSE)	24
16. Travail méthodologique sur le suivi de la consommation de sel, d'alcool et de tabac en région Provence-Alpes-Côte d'Azur - (SEL-TABAC-ALCOOL)	25
17. Relations entre niveau socio-économique, stress chronique et obésité - abdominale - (STRESS OBESITE)	26

3. Santé des jeunes

18. Etude de faisabilité de l'évaluation de la santé des étudiants en région PACA - (ETUDIANTS SANTE)	27
19. Santé des jeunes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur - (SANTE JEUNES PACA)	28
20. Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur - (BAROMETRE ETUDIANTS)	29
21. Evaluation de la mise en place d'un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants en maternelles - (EVAL MATER)	31
22. 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 - (COHORTE EVAL MATER).....	33
23. Etude de la survenue des blessures dans une cohorte de sportifs de haut niveau dans la région PACA ; facteurs de risque et impact psychosocial - (COHORTE SPORTIFS)	34

4. Santé mentale

24. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre du panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA - (PANEL DEPRESSION)	35
25. Déterminants de l'initialisation d'un traitement antidépresseur chez les assurés sociaux de la Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes en Provence - (DEPRESSION CMR).....	37
26. Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en Provence-Alpes-Côte d'azur - (GUIDE REPERTOIRE SUICIDE)	39

5. Conduites addictives et toxicomanie

27. Cohorte de patients dépendants aux opiacés sous traitements de substitution, suivis en médecine générale ambulatoire - (SUBAZUR).....	41
28. Evaluation des besoins des usagers de substances psychoactives en grande précarité à Marseille - (ACCUEIL USP).....	42
29. Evaluation du dispositif adapté à la réduction des risques de transmission du VIH et du VHC par voie intraveineuse - (UDIS 2004).....	44

6. Cancer

30. Participation à l'enquête sur les connaissances et attitudes de la population face au cancer, et faisabilité d'un baromètre cancer pour l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - (BAROMETRE CANCER INPES)..	45
31. Etude Longitudinale de l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de moins de 40 ans des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse - (ELLIPSE 40).....	46
32. Impact psychosocial, économique et sur la qualité de vie du cancer du sein et de sa prise en charge chez la femme de 65 ans et plus - (ELLIPSE 65).....	48
33. Attitudes thérapeutiques des praticiens français face au cancer du sein des patientes âgées de plus de 70 ans - (CANCER SEIN MEDECINS).....	49
34. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique en 2004 - (CANCER DREES).....	50

7. Soins palliatifs

35. Enquête nationale sur les attitudes et pratiques du personnel infirmier libéral face aux patients en fin de vie - (SOINS PALLIATIFS).....	51
---	----

8. Maladies transmissibles – Infection à VIH

36. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH - (VESPA).....	53
37. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte copilote - (APROCO).....	55
38. Relation entre les effets secondaires perçus et l'évolution de la qualité de vie sous traitement antirétroviral - (SYMPTOMES-EFFETS SECONDAIRES/QUALITE DE VIE).....	57
39. Suivi clinico-biologique à long terme des sujets VIH+ infectés par voie toxicomane et inclus dans la cohorte MANIF - (MANIF 2).....	59
40. Vie quotidienne et VIH au féminin - (VIH AU FEMININ).....	60
41. Participation à la cohorte Hémoco-Séroco - (HEMOCO SEROCO).....	62
42. Analyse des questionnaires de qualité de vie dans le cadre de l'essai Monark Fran 03-001 - (ABBOT ESSAI MONARK).....	63
43. analyse des données de l'enquête nationale « une semaine donnée 2006 » de aides - (ENQUETE AIDES 2006).....	64
44. Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel - (EURO-NONOPEP).....	65

9. Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du Sud

45. Analyse coût-efficacité des traitements antirétroviraux au Royaume du Maroc - (MAROC ANALYSE COUT EFFICACITE).....	66
46. Déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les Pays du Sud - (ETAP SUD 2).....	68
47. Impact économique du sida en Afrique, approfondissements et prolongements - (VIH MACRO ECONOMIE AFRIQUE).....	70
48. Evaluation du programme camerounais d'accès aux Antirétroviraux : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH - (EVAL ARV CAMEROUN).....	71
49. Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux : évaluation d'une stratégie de « suivi allégé » des patients au Cameroun - (EVAL INTERVENTION RANDOM CAMEROUN).....	73

10. Maladies transmissibles – Hépatite C

50. 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 (EVAL VHC CDAG).....	74
51. Evaluation économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite C : nouvelles approches méthodologiques - (HEPATITE C – EVAL ECO).....	76
52. Etude transversale de la qualité de vie des patients co-infectés par le VIH et le VHC en région PACA - (COINFECTION VHC VIH – HEPA VIH).....	77

11. Maladies transmissibles – Grippe

53. Groupe régional d'observation de la grippe (Réseau pluridisciplinaire d'alerte précoce des épidémies de grippe) - (GROG).....	79
---	----

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 ;
- Etats 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.

Commanditaire

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS)

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 de Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

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

Sigle : INEGALITES CANTONALES
Début : 2004

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.

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.

Méthode

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

Les indicateurs sélectionnés concernaient les variables sociodémographiques, 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.

Résultats de l'étude

Les Observatoires Régionaux de Santé ont reçu en 2004 la base de données cantonales de leur région. L'année 2005 a été consacrée à la réalisation d'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.

Ce document est téléchargeable sur le site Internet de l'ORS PACA.

Commanditaire

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

Partenaire

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)

3. Collaboration avec le Dispositif Régional d'Observation Sociale

Sigle : DROS / SANTE
Début : 2004

Objectifs et contexte

Un Dispositif Régional d'Observation Sociale a été mis en place dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sous l'impulsion de la DRASS et de la Région. Ce dispositif a préparé, avec l'aide de multiples partenaires et publié, en 2005, un atlas social sur la région PACA intitulé « Les aspects territoriaux de la pauvreté et de la précarité ».

Ce document vise à réaliser un état des lieux de la réalité régionale des phénomènes de précarisation et d'exclusion sociales.

Dans cet atlas, un chapitre est consacré à l'environnement sanitaire : celui-ci a été préparé en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé PACA.

Résultats

L'état de santé des habitants de la région est globalement bon, au regard des moyennes nationales de mortalité.

Néanmoins, certains indicateurs conduisent à nuancer le constat, ce malgré une offre de soins importante : le SIDA, la tuberculose, l'obésité sont des problèmes sanitaires importants en région PACA, révélateurs, par ailleurs, de précarité sociale.

Cette synthèse met en évidence également de fortes disparités territoriales qui caractérisent la région à la fois en matière de mortalité, d'offre et de consommation de soins.

Partenaire

Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS)

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, 13 "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 Provence-Alpes-Côte d'Azur (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 infectés par le virus du sida (Mars 2005) ;

Numéro 9 :

Disposition des médecins à prescrire en dénomination commune internationale : résultats du panel des médecins généralistes de ville de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2003 (Septembre 2005) ;

Numéro 10 :

Les déterminants des prix des médicaments antirétroviraux dans les pays du Sud : analyses économiques et implications pour les politiques publiques d'approvisionnement (Septembre 2005) ;

Numéro 11 :

Fin de vie et soins palliatifs en France : communication du pronostic, recours aux morphiniques et attitudes à l'égard des soins palliatifs. Résultats de l'enquête 'Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs – 2002' (Septembre 2005) ;

Numéro 12 :

Tableau de bord régional santé-environnement en Provence-Alpes-Côte d'Azur : principaux résultats et retour d'expérience (Septembre 2005) ;

Numéro 13 :

Prévalence des problèmes de poids, habitudes alimentaires et activité physique en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : résultats de l'enquête décennale santé 2002-2003 (Octobre 2005) ;

5. Le site internet ORS PACA (<http://www.orspaca.org>)

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'activité 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.

Au cours de l'année 2006, une nouvelle version du site Internet sera proposée afin d'en améliorer l'utilisation. En particulier, le site devrait proposer un outil de recherche multicritères des travaux de l'ORS PACA et une base de données socio-sanitaires intégrant des outils de calcul d'indicateurs et de cartographie.

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

Sigle : EDS INSEE
Début : 2001

Objectif(s)

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

Problématique

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

Méthodes

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

Echéancier

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

Résultats de l'année 2005

Une première synthèse « Comparaison PACA France, santé, recours aux soins et consommation de soins » a été produite. Des travaux sont en cours, 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 handicaps au travail, 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.

Perspectives 2006

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

- Sur les problématiques santé et territoires : PACA versus France entière par exemple ;
- Sur certaines populations spécifiques (jeunes, précaires, personnes âgées) ;
- Deux nouvelles techniques d'analyse seront mises en œuvre et constituent un investissement méthodologique important pour l'ORS PACA et l'INSERM U 379 : la microsimulation (avec le GREQAM et un projet sur le vieillissement démographique et la dépense de santé) et la méthode « petits domaines » (avec la DREES et l'INSEE).

Commanditaires

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

Partenaires

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

Bibliographie

Cf Annexe page A.1

2. Exploitation régionale de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 : volet 1 Alimentation

Sigle : EDS ALIMENTATION
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

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

Méthodes

Statistique d'enquête, économétrie.

Echéancier

Premiers travaux d'analyse réalisés en 2005 ;
Développements possibles 2006-2008.

Résultats de l'année 2005

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

Perspectives 2006

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

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Partenaires

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

Bibliographie

Cf Annexe pages A.1 et A.2.

3. Exploitation régionale de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 : volet 2 les pathologies

Sigle : EDS PATHOLOGIES
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

La connaissance de l'état de santé des populations, de leur consommation et de leur parcours de soins est d'une importance cruciale pour la définition des priorités de politique de santé et l'évaluation de leurs effets. L'enquête décennale santé (EDS) 2002-2003, qui regroupe environ 40000 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.

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

Méthodes

Statistique d'enquête, économétrie.

Echéancier

Premiers travaux d'analyse à réaliser début 2006.
Développements possibles 2007-2008.

Résultats de l'année 2005

La table « maladies » (pathologies associées aux individus de l'enquête) a été reçue en décembre 2005. Les premiers travaux sont en cours.

Perspectives 2006

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

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

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Partenaires

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

4. Déterminants socioéconomiques de l'inadéquation entre les besoins d'aide et la nature des aides apportées aux personnes dépendantes

Sigle : ENQUETE HID
Début : 2005

Objectif(s)

- Evaluer le besoin d'aide et de soins des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ;
- Identifier la nature des aides apportées aux personnes dépendantes ;
- Mesurer l'adéquation entre les besoins exprimés et les aides apportées ;
- Rechercher les déterminants socioéconomiques de l'adéquation ou de la non-concordance entre besoins d'aide et aides apportées.

Problématique

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.

Méthodes

Les travaux utilisent les données nationales de la première vague de l'enquête HID menée à domicile en 1999. Des prévalences du besoin d'aide pour différentes activités de la vie quotidienne (toilette, repas, courses...) et du besoin insuffisamment satisfait ont été mesurées. 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 ou insuffisamment satisfait.

Echéancier

Etude arrivée à son terme. Rapport final remis aux commanditaires en décembre 2004.

Résultats de l'année 2005

Les travaux menés ont été valorisés en 2005 lors d'une communication :

« Evaluation des besoins d'aide non satisfaits des personnes âgées dépendantes vivant à domicile : existe-t-il un effet répondeur proxy ? », 25^{ème} Congrès International de la Population, séance 167 « Evolution démographique dans les pays développés : dépendance et politiques sociales », Tours, 23 juillet 2005.

Une version révisée d'un article a été soumise :

B. Davin, X. Joutard, JP. Moatti, A. Paraponaris, P. Verger : « Déterminants sociaux et économiques de l'existence de besoins d'aide non satisfaits chez les personnes âgées vivant à domicile », *Sciences Sociales et Santé*.

Perspectives 2006

Afin de mieux prendre en compte la possible endogénéité du statut du répondant à l'enquête HID, il est projeté de construire un modèle probit trivarié permettant d'étudier les facteurs liés au besoin d'aide, au besoin insuffisamment satisfait et au statut du répondant.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités, 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 2002).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 379 (INSERM U379) ; Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM).

Bibliographie

Cf. Annexe A1 et A2

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

Sigle : HID PRISONS
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

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

Méthodes

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

Echéancier

Etude en cours. Rapport intermédiaire remis aux commanditaires en décembre 2005.
Fin de l'étude : décembre 2006.

Résultats de l'année 2005

Près de 50% des hommes majeurs incarcérés déclarent avoir besoin d'aide pour la réalisation d'une activité de la vie quotidienne (toilette, habillage, utilisation des toilettes, levée du lit ou du fauteuil, alimentation, déplacement à l'intérieur de l'établissement) et plus d'un quart d'entre eux ne reçoit pas d'aide en réponse au besoin exprimé. Parmi la population des hommes âgés de 18 à 64 ans, le besoin d'aide et sa non-satisfaction sont significativement plus fréquents en prison qu'à l'extérieur à structures d'âge et de catégorie socio-professionnelle identiques. La déclaration d'un besoin d'aide est essentiellement associée à différents types de déficiences. L'absence de profession avant l'incarcération est liée à l'augmentation du besoin d'aide et à celle de sa non-satisfaction. Avoir un besoin non satisfait est plus probable lorsque les détenus n'ont plus de liens avec leur famille et leurs amis. La comparaison des deux milieux de vie – domicile versus prison – confirme l'accroissement de la probabilité d'un besoin d'aide exprimé avec l'âge, l'illettrisme, une catégorie socio-professionnelle modeste et l'état de santé. Mais, c'est le fait de vivre en prison plutôt qu'à domicile qui a l'effet le plus significatif sur la probabilité d'expression d'un besoin d'aide non satisfait.

Perspectives 2006

Affiner les résultats obtenus en intégrant de nouvelles variables, notamment celles concernant l'environnement des individus incarcérés (taux d'occupation de l'établissement et taux d'encadrement, données obtenues auprès du ministère de la Justice fin 2005).

Commanditaire

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

Partenaires

Institut National Scientifique d'Etudes et de la Recherche Médicale (INSERM U379) ; Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM).

6. Conditions d'existence des personnes handicapées, besoins d'aide et offres de soins aux niveaux national et local (PACA et Bouches-du-Rhône)

Sigle : RESEAU REGIONAL HANDICAP
Début : 2002

Objectif(s)

- Analyse des besoins d'aide des personnes à domicile ;
- Analyse des déterminants du choix entre le maintien à domicile et le passage en institution ;
- Evaluation de la couverture des besoins ;
- Analyse prévisionnelle ;
- Restitution des résultats auprès des professionnels.

Problématique

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.

Méthodes

Des prévalences du besoin d'aide pour différentes activités de la vie quotidienne (toilette, repas, courses) ont été calculées, ainsi qu'une conversion du besoin d'aide en volume horaire d'aide requise. Les caractéristiques des personnes ayant besoin d'aide ont été étudiées à partir de l'estimation de modèles logistiques et probit bivarié avec sélection d'échantillon.

Echéancier

Etude arrivée à son terme. Rapport final remis aux commanditaires en août 2004.

Résultats de l'année 2005

Les travaux menés ont été valorisés par des publications au cours de l'année 2005 (cf. bibliographie).

Une version révisée d'un article a été resoumise :

« Demographic and socioeconomic factors associated with the need for assistance among community-dwelling elderly: a bivariate probit model based on the French Handicaps-Disabilities-Dependence Home Survey », *American Journal of Public Health*.

Au niveau local, un partenariat avec l'INSEE PACA et la DRASS PACA a donné lieu à des estimations de la population âgée dépendante en région PACA entre 2005 et 2015, dont les résultats ont été publiés (cf. bibliographie).

Perspectives 2006

Séminaire de présentation des résultats locaux auprès des représentants des Conseils Généraux et des DDASS de la région PACA début janvier 2006.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités, 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 »).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM U379) ; Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Provence-Alpes-Côte d'Azur (INSEE PACA) ; Association Régionale pour l'Intégration (ARI) ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA).

Bibliographie

Cf Annexe pages A1 et A2.

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

Sigle : PANEL MEDECINS
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

Un panel de médecins généralistes libéraux a été mis en place en 2002 en PACA pour constituer 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.

Méthodes

Le panel compte 600 médecins représentatifs des médecins généralistes libéraux de la région PACA. Trois vagues d'enquêtes ont été réalisées sur la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) (en mars et novembre 2002 et en mai 2003). Une autre vague a porté sur la prise en charge du handicap (en novembre 2002), la suivante sur la prise en charge de l'obésité (en mai 2003) et enfin deux sur l'activité des médecins (en mars 2002 et novembre 2003).

Résultats de l'année 2005

L'année 2005 a essentiellement été occupée à la valorisation des résultats tirés des vagues d'enquêtes des années précédentes (rendu de rapport d'études, écriture et publications d'articles scientifiques, participation à des colloques et congrès).

Elle a également été le moment d'un séminaire de restitution de ces résultats lors d'une conférence-bilan : « Trois ans d'enquêtes au service de la Médecine Générale » organisée le 22 septembre 2005 conjointement par l'URML PACA et l'ORS PACA, avec les contributions des docteurs Jean-Claude Gourheux (URML PACA) et Yolande Obadia (ORS PACA), de Georges Lacroix (URCAM PACA), du Professeur Gilles Bouvenot (Haute Autorité de Santé), d'Alain Paraponaris (Université de la Méditerranée et ORS Paca), de Daniel Marchand (URCAM Paca), du docteur Jean-Baptiste Gasc (URML PACA), de Marielle Aulagnier (ORS PACA), du docteur Sebbah (URML PACA), de Sylvie Le Laidier (CNAMTS), du professeur Jean-Michel Chabot (Haute Autorité de Santé), des docteurs Garnier et Pegliasco (URML PACA), de Jean Chappelet (DRASS PACA) et du professeur Roland Sambuc (conseiller auprès du ministre de la santé et des solidarités).

Perspectives 2006

En 2006, outre la continuation des efforts de valorisation des résultats des vagues d'enquêtes sous la forme d'articles scientifiques, l'activité sera consacrée à l'étude de la faisabilité d'une extension de l'expérience du panel Médecins Généralistes PACA à quatre autres régions françaises, avec l'aide et le soutien de la DREES du Ministère de la Santé.

Commanditaires

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

Partenaire

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

Bibliographie

Cf Annexe pages A1 et A2.

8. Enquête nationale sur les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours "en urgence" en médecine générale de ville – Extension de l'enquête à la ville de Marseille

Sigle : URGENCE VILLE

Début : 2003

Objectif(s)

L'un des premiers objectifs de l'enquête était de mieux appréhender l'organisation des médecins généralistes pour répondre aux demandes urgentes de leurs patients et de décrire leur formation par rapport à la médecine d'urgence. Le second objectif principal de l'enquête était de caractériser les recours urgents à la médecine générale de ville et de décrire notamment les conditions de consultation et de visite, les diagnostics et les conclusions médicales de médecins vis-à-vis des demandes de soins urgentes ainsi que le contenu des prises en charge et les modes d'orientation des patients.

Problématique

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, la Direction Santé Environnement de la mairie de Marseille a commandé une étude spécifique sur Marseille faisant suite à l'enquête nationale mise en œuvre par la FNORS et les ORS, sous l'égide de la DREES en 2004. En effet, les questions posées au niveau national sur la gestion des urgences avérées ou ressenties en médecine de ville se posent aussi dans une grande ville comme Marseille.

Méthodes

L'enquête « Urgence Marseille » a été réalisée selon la même méthodologie que l'enquête nationale. Elle a été menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes libéraux et de leur patientèle. Le recueil des données a été réalisé à l'aide de deux questionnaires différenciés : un questionnaire « médecin » qui a permis de recueillir des informations sur leurs activités, leur formation et leur organisation vis-à-vis de la prise en charge des urgences ; un questionnaire « patient », rempli pour chaque patient par les médecins et permettant de documenter les circonstances de la consultation ou visite et les modes de prise en charge mis en œuvre par le médecin.

Echéancier

Le rapport présentant l'analyse des données de l'enquête ainsi qu'une synthèse des principaux résultats ont été remis à la Direction Santé Environnement de la Mairie de Marseille en octobre 2005.

Résultats de l'année 2005

L'analyse des données a montré que la plupart des médecins se déclarent disponibles pour être contactés directement par les patients, mais la majorité redirige les patients en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Cependant, un quart seulement des médecins déclare participer à un système de prise en charge des urgences.

Les trois quarts des consultations ou visites sont des urgences ressenties, les urgences médicales avérées représentant un peu plus d'un cinquième des recours en urgence auprès d'un médecin généraliste. Près de 4 recours « urgents » sur 10 ont lieu au domicile des patients.

Par ailleurs, 3 recours « urgents » sur 4 sont liés à un problème somatique non traumatique et plus de 3 sur 4 sont en lien avec une affection aiguë.

Enfin, deux patients sur trois étaient dans un état clinique jugé stable et dans près d'un recours sur 5, les décisions d'orientation du médecin ont été influencées par le contexte social ou psychologique du patient.

Perspectives 2006

Les résultats de l'enquête « Urgence Marseille » pourront être comparés à ceux obtenus dans l'enquête nationale réalisée en 2004, puisqu'une publication de la DREES est à paraître prochainement.

Commanditaire

Ville de Marseille

Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS).

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

Sigle : POLITIQUE MEDICAMENT MG

Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

Méthodes

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

Echéancier

- 2006 : analyses d'enquête ;
- 2007 : rapport.

Résultats de l'année 2005

Le questionnaire a été rédigé, il est actuellement en phase de « pilotage ».

Perspectives 2006

Les travaux d'analyse de l'enquête et l'élaboration d'une éventuelle modélisation économique de « l'activité de prescription » en médecine libérale auront lieu en 2006. Une thèse de doctorat en sciences économiques est actuellement développée au sein de l'ORS et de l'INSERM U379 sur une thématique similaire qui inclut les pratiques de prescription, à savoir la « qualité des soins ».

Commanditaire

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

Partenaires

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

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

Sigle : RESEAU GIPS
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

Méthodes

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

Echéancier

Juin 2006 : rapport à remettre à l'ARH, Ile de France.

Résultats de l'année 2005

Le questionnaire a été rédigé et il a été passé auprès des praticiens en janvier 2006.

Perspectives 2006

- Analyse de l'enquête « praticiens » ;
- Documentation des modalités de l'amélioration des pratiques suite à l'expérience dite « rémunérations spécifiques », discussion du système de rémunération mis en place par le réseau ;
- Rédaction d'une partie du rapport d'évaluation à remettre à l'ARH/URCAM Ile de France ;
- Un volet d'exploitation scientifique de l'expérimentation est prévu, dans le cadre des recherches menées à l'ORS PACA sur la « qualité des soins » en médecine libérale.

Commanditaires

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

Partenaire

Eliane Santé (Paris)

11. Etude préliminaire pour une proposition méthodologique d'aide à la définition de territoires dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique

Sigle : TERRITOIRES ET SANTE

Début : 2002

Objectif(s)

Fournir des éléments pour guider la prise en compte des problématiques spatiales et territoriales dans l'établissement des futurs Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP).

Problématique

L'établissement des PRSP repose sur la nécessité de connaître l'état de santé et les besoins de la population. Ils visent à la réduction des inégalités de santé. Les PRSP se conçoivent dans l'espace régional mais les stratégies d'actions qui en découlent peuvent se définir et se conduire dans des cadres géographiques variables impliquant des échelons territoriaux plus petits ou plus grands que la région. L'enjeu de l'observation territoriale est alors de donner aux structures de décision décentralisées les moyens d'appliquer une politique locale qui ne soit pas une simple déclinaison des politiques nationales mais qui tiennent compte des différences et des spécificités locales.

Méthodes

Le projet a comporté 3 étapes :

1/ Un état des lieux des différents découpages territoriaux existant et l'analyse de leur pertinence, avantages et limites dans l'observation en santé à partir des résultats d'études publiées sur le sujet en France ;

2/ Une analyse comparative de différents indicateurs de mortalité liée au tabac pour différents découpages territoriaux en région PACA afin de déterminer l'impact de l'échelle territoriale dans l'analyse de phénomènes de santé ;

3/ La construction d'un indicateur de précarité pour la région PACA puis un travail d'identification de zones d'inadéquation entre besoins, demandes et offres de soins à partir de méthodes d'analyse spatiale. A partir des résultats de ces travaux, des propositions méthodologiques sur la prise en compte de la problématique territoriale dans le cadre des PRSP ont été faites.

Echéancier

Ce travail a été réalisé au cours de l'année 2005. Le rapport final a été adressé à la Direction Générale de la Santé en novembre 2005.

Résultats de l'année 2005

A l'issue de ces travaux, deux axes principaux de propositions ont été faits à la DGS concernant :

Le recueil de données statistiques : le manque de données d'observation sanitaire au niveau territorial incite à définir les priorités de recueil de telles données au niveau territorial ainsi que les moyens alloués à ces recueils. Ceci devrait s'appuyer sur celui effectué par la DGS/DREES en 2004-2005 sur les indicateurs de la loi de santé publique. L'harmonisation des méthodes d'analyse spatiale des disparités sanitaires : des considérations méthodologiques sont proposées pour l'utilisation de découpages territoriaux et l'identification de zones de fragilité ; on insiste notamment sur l'intérêt de construire un (ou des) indicateur(s) de précarité dont on montre qu'ils sont corrélés, au niveau géographique, à des indicateurs de besoins de prévention et d'éducation sanitaire. La création d'un centre de ressources national pour tous les acteurs en matière de territorialisation est recommandé afin de diffuser les savoir-faire pour l'analyse de ces problématiques, vulgariser les approches spatiales, développer des outils simples et promouvoir des recherches sur les questions de territoires et santé.

Commanditaire

Direction Générale de la Santé (DGS)

Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; PSAR Analyse Territoriale de l'INSEE ; Université de Montpellier III ; Equipe du Professeur Salem, INCA (Institut National du Cancer, Département Observatoire des Cancers).

12. Recensement national sous forme d'annuaire des structures de prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Sigle : MEDERIC ALZHEIMER
Début : 2002

Objectif(s)

L'objectif de travail est de dresser un état des lieux national du dispositif de prise en charge des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. Le recensement engagé de manière harmonisée et homogène en 2002 et actualisé en 2005 faisait l'inventaire des lieux d'information et de coordination dédiés aux personnes âgées, des hôpitaux de jour spécialisé, des lieux de dépistage, des lieux d'hébergement (2002) ou des services d'aide à domicile (2005), ainsi que des services d'aide aux aidants.

Problématique

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.

Méthodes

Un questionnaire détaillant les activités a été envoyé à l'ensemble des structures implantées en France, soit proposant un service aux personnes âgées, soit intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de leurs proches. Ces structures ont été repérées à partir d'une série de listes fournies par les différents organismes, associations, services déconcentrés de l'Etat ou collectivités territoriales.

Echéancier

L'annuaire édité à la suite de ce travail a été diffusé à l'ensemble des intervenants concernés, par la Fondation Médéric Alzheimer, en septembre 2005.

Résultats de l'année 2005

Au cours de l'année 2005, près de 2000 services ont été enquêtés en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les informations saisies sur la base de données nationale ont donc été valorisées sous la forme d'un annuaire. Ce dernier, paru en septembre 2005 présente une mise à jour des dispositifs identifiés dans la première édition (hors établissements). Mais, surtout, il propose, pour la première fois, une photographie de l'offre, en France, en matière de services d'accompagnement et d'aide à domicile ainsi que les services de soins infirmiers à domicile. Cette nouvelle édition propose plus de 8000 adresses, présentées de façon détaillée, par département, caractérisant plus spécifiquement l'offre en fonction de quelques aspects importants au regard des besoins spécifiques découlant de la maladie.

Commanditaires

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

13. Le Système Interactif Santé Travail Environnement

Sigle : SISTE
Début : 2004

Objectif(s)

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

Problématique

Devant la sous-déclaration des maladies professionnelles et l'insuffisance de mesures de prévention, 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. L'ORS a pour nouvelle mission d'analyser la faisabilité d'une démarche de sensibilisation des médecins praticiens aux maladies liées au travail en PACA. A la demande des médecins, ce système a été élargi aux problèmes de santé liés à l'environnement (SISTE).

Méthodes

- 1/ Poursuite des réunions mensuelles du groupe de travail SISTE composé de médecins du travail, d'un médecin conseil, de médecins inspecteurs régionaux et de médecins de l'ORS PACA ;
- 2/ Création d'un site Internet à l'attention des médecins praticiens comportant :
 - Des fiches d'aide au repérage de l'origine professionnelle des maladies ;
 - Des rubriques d'informations pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé - travail ;
 - Une aide à la déclaration de maladies professionnelles.
- 2/ Organisation de rencontres entre médecins praticiens, médecins du travail et médecin conseil, dans le strict respect du secret médical, lors de séances de formation médicale ;
- 3/ Proposition aux médecins praticiens d'un soutien de spécialistes pour faire le lien entre maladie et travail, grâce au [forum Internet](#), au logiciel de notification de cas ou par les moyens de communication habituels.

Résultats de l'année 2005

Le site Internet est finalisé <http://www.reseau-siste-paca.org> :

- Mise en ligne de toutes les rubriques d'informations, des fiches « Rhinite et asthme », « Troubles musculo-squelettiques », « Tumeurs de vessie », « Amiante » (validées par des professeurs en médecine) ;
- Création d'une rubrique « Environnement » ;
- Elaboration de fiches sur la souffrance morale au travail et sur la surdité d'origine professionnelle ;
- Finalisation du logiciel de notification de cas ;
- Elaboration d'une brochure d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie pour sensibiliser les urologues de la région PACA ;

Poursuite des rencontres santé-travail :

- Consolidation du réseau (Avignon, La Seyne, La Ciotat) ;
- Extension du réseau (Carpentras, Toulon, Marseille) ;
- Caractérisation des différents bassins d'emplois dans lesquels le SISTE se développe ;
- Identification de nouveaux partenaires (médecins du travail, médecins généralistes et spécialistes, associations de victimes de l'amiante) ;
- Elaboration d'un projet d'Attestation de Formation Médicale Continue (FMC) avec le département de FMC de la faculté de la Timone (contact : Pr Disdier) ;
- Promotion de la démarche SISTE auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, de l'URML, de l'INRS, de la CRAM-SE, de la Mutualité Sociale Agricole, des cellules de maintien dans l'emploi et des responsables des PDITH 13, 83 et 06, de la COTOREP 13 et d'un médecin conseil de la Fonction Publique. Le site Internet du SISTE apparaît dans les liens utiles de plusieurs sites régionaux impliqués dans la santé au travail.

Perspectives 2006

- Poursuite des réunions mensuelles du groupe de travail SISTE ;
- Poursuite de l'animation du réseau SISTE avec les médecins contactés (appels téléphoniques, forum, notification de cas) ;
- Plus forte structuration des réunions d'échanges (organisation d'une formation médicale continue en santé travail) ;
- Extension du réseau SISTE dans d'autres zones d'emploi, avec d'autres associations de médecins ;
- Poursuite de la promotion de la démarche SISTE (mailing de la brochure « Tumeur de vessie » et conférence de presse début 2006, élaboration d'autres brochures, présentation dans des colloques pour médecins praticiens et médecins du travail, valorisation de la démarche auprès de la presse, des médias et dans diverses revues ou sites Internet) ;
- Maintenance et mise à jour du site Internet ;
- Organisation de collaborations actives ciblées, notamment entre urologues et médecins du travail.

Commanditaires

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

Partenaires

Services de santé au travail : Dr D Charrier, Dr K Coulibaly, Dr F Hérault- Bardin, Dr B de Labrusse, Dr G Péguin, Dr A Viola – MIRTMO, Inspection médicale régionale: Dr MH Cervantès, Dr JL Fumery, Dr C Kaltwasser – Consultation de pathologies professionnelles : Dr MP Lehucher-Michel – Direction Régionale du Service Médical : Dr D Bévillacqua – Service d'urologie Hôpitaux Sud de Marseille : Pr F Bladou, Pr C Coulange, Pr E Lechevallier, Pr D Rossi, Pr G Serment / Association Française d'Urologie, responsable du comité de cancérologie : Dr JL Davin – Services de Pneumologie : Pr D Charpin (hôpital Nord), Pr P Astoul (hôpital Sainte Marguerite) – Associations AMGCC (13), AMIVAR (83), FMC des Iles d'Or (83), GroMATou (83), La Mandréenne (13), FMC des centres de santé (13), Association Médicale Intercontinentale (13), l'Escoleta (84) – Mme M Brohan-Sulzer (PDITH13).

Bibliographie

Cf. Annexe page A3.

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

Sigle : CAP SANTE TRAVAIL
Début : 2005

Objectif principal

- Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins praticiens en santé travail.

Objectifs secondaires

- Etudier la perception du rôle des médecins praticiens, généralistes ou spécialistes, dans le domaine santé travail ;
- Analyser les barrières vis-à-vis de leur participation au repérage et à la déclaration des maladies d'origine professionnelle ;
- Evaluer leurs besoins et leurs attentes en santé – travail par rapport à leurs pratiques de soins.

Problématique

La santé au travail constitue un véritable problème de santé publique en France et en région PACA. Le nombre d'accidents du travail tend à remonter en France après une longue période de baisse et le nombre de maladies professionnelles reconnues est à la hausse. Malgré cela, les statistiques sur les maladies professionnelles indemnisées sont très en dessous des estimations de maladies d'origine professionnelle, notamment pour les cancers professionnels.

La sous-évaluation des maladies liées au travail par les médecins praticiens constitue un des facteurs importants de sous-déclaration des maladies d'origine professionnelle mais très peu d'études ont exploré les attitudes et pratiques des médecins praticiens dans le domaine santé travail, en France ou ailleurs.

Méthodes

Première étape qualitative : 20 entretiens menés par un sociologue auprès de médecins et d'acteurs en santé-travail afin de construire le questionnaire pour l'évaluation quantitative du phénomène ;

Deuxième étape quantitative : enquête téléphonique par questionnaire de type « Knowledge, Attitudes, Behaviors and Practices » (KABP) auprès d'un échantillon représentatif de 400 médecins généralistes libéraux et de 200 spécialistes en région PACA ;

Pour le suivi de l'enquête, constitution d'un comité scientifique, composé de médecins praticiens généralistes et spécialistes, de médecins du travail, d'un médecin inspecteur régional ainsi que de psychosociologues et de médecins épidémiologistes et de santé publique.

Echéancier

Acceptation de l'appel d'offres et signature de la convention en septembre 2005 ;

Réalisation du terrain de l'enquête régionale après une phase pilote d'ici juillet 2006 ;

Analyse des données, présentation des résultats au comité scientifique d'ici décembre 2006 puis publication et valorisation des résultats.

Résultats de l'année 2005

En octobre – novembre 2005, 20 interviews qualitatifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes et spécialistes par une sociologue.

En décembre 2005, les entretiens sont retranscrits, le questionnaire d'enquête est élaboré à partir des constatations du sociologue et la phase quantitative de l'enquête est préparée.

Perspectives 2006

Cette enquête permettra d'objectiver les connaissances, attitudes et pratiques des médecins praticiens en santé travail et d'apporter des connaissances sur leurs déterminants. Elle permettra, de plus, de dégager des axes concrets d'intervention auprès des médecins afin de les sensibiliser et de leur proposer des outils d'aide adaptés. Cette enquête sera articulée avec un projet d'intervention visant à améliorer la participation des médecins à la détection et la signalisation des maladies professionnelles en région PACA (projet SISTE : Système Interactif Santé Travail Environnement). Ce projet est mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en partenariat avec la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle Provence-Alpes-Côtes d'Azur (DRTEFP PACA) et le

Conseil Régional dans le but de favoriser un décloisonnement entre la médecine préventive et de la médecine de soins.

Commanditaires

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

Partenaires

Marc Souville Maître de Conférence des Universités en Psychologie sociale et psychologie du travail - Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II).

15. Tableau de bord régional Santé-Environnement

Sigle : TBSE
Début : 2004

Objectif(s)

L'objectif de ce projet est de rassembler les données et informations disponibles concernant les problèmes de santé pouvant être liés à l'environnement en région PACA. Ce tableau de bord pourra aider les pouvoirs publics à intégrer les aspects Santé-Environnement dans les politiques sanitaires et environnementales actuelles et à définir des actions prioritaires.

Problématique

La population est constamment exposée à des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur son état de santé, à plus ou moins long terme. La prise de conscience croissante de ces risques a conduit le gouvernement français à adopter, en 2004, le Plan National Santé-Environnement et à demander aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales de le décliner au niveau de chaque région.

Dans ce contexte de mobilisation, le service Environnement et Energie du Conseil Régional PACA 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.

Méthodes

Pour une vingtaine de thématiques (risques liés à la pollution des milieux naturels, aux activités humaines, aux catastrophes naturelles, aux nuisances et à diverses agents spécifiques tels que le plomb, les nitrates, les légionelles, les pollens, etc.), une fiche présentant des éléments de cadrage, l'état des lieux des connaissances actuelles sur les impacts sanitaires, les principaux textes réglementaires et les indicateurs disponibles (sanitaires, environnementaux et comportementaux ou de perception) a été rédigée.

Echéancier

Le tableau de bord santé-environnement a été remis au Conseil Régional en février 2005.

Résultats de l'année 2005

Certains enjeux identifiés en PACA sont communs à ceux d'autres régions (pollution de l'air intérieur, accidents de la vie courante, risques liés à l'habitat...). D'autres sont plus critiques : transports (pollution de l'air extérieur, bruit, accidents de la circulation, transports de matières dangereuses), risques industriels (établissements Seveso sur Fos-Berre), risques naturels (toutes les communes de PACA sont à risque), allergies liées aux pollens et risques infectieux (épidémies de fièvre Q, ré-émergence de la fièvre du Nil occidental). Les indicateurs de qualité de vie liés à l'environnement de proximité sont moins bons en PACA que dans les autres régions.

L'année 2005 a été consacrée à la diffusion de ces résultats et à leur valorisation : présentation au groupe de travail « Santé-Environnement » mis en place par le Conseil Régional, à la Direction Régionale de l'Environnement, publication d'un article dans la revue « Environnement, risques et santé », communication affichée au congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française à Québec.

Perspectives 2006

En 2006, le groupe de travail « santé-environnement » mis en place par le Conseil Régional suite à la réalisation de ce travail doit poursuivre ses réflexions sur les actions à engager, définir les priorités et initier leur mise en œuvre. L'ORS poursuivra le travail de valorisation de ce projet, en participant notamment aux réflexions actuellement menées au niveau national sur les indicateurs et les bases de données en Santé-Environnement.

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur (Service Environnement et Energie).

Partenaires

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

Bibliographie

Cf Annexe page A3.

16. Travail méthodologique sur le suivi de la consommation de sel, d'alcool et de tabac en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : SEL-TABAC-ALCOOL
Début : 2005

Objectif(s)

L'objectif de ce projet est de discuter et de définir les indicateurs et les dispositifs qui pourraient être mis en place afin de suivre l'impact des politiques de santé publique sur les usages de sel, d'alcool et de tabac au niveau régional voire infrarégional.

Problématique

Dans le domaine de la nutrition, la consommation excessive de sel, liée à la teneur en sel des aliments ainsi qu'aux ajouts de sel par le consommateur, est notamment impliquée dans la pathogenèse de l'hypertension artérielle, elle-même facteur de risque majeur de morbidité et mortalité cardiovasculaire. Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. Elles sont responsables de la survenue de nombreuses pathologies (cancers, maladies pulmonaires, cardiaques, vasculaires ...). L'usage d'alcool est également responsable de nombreux accidents (de la route, du travail...) auxquels s'ajoutent des dommages d'ordre psychosociaux (inefficacité ou absentéisme professionnel, violence, maltraitance...). La prévention et la réduction des usages d'alcool et de tabac constituent des priorités de santé publique. Dans le cadre de la mise en place du Plan Régional de Santé Publique, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) a souhaité que l'ORS PACA mène une réflexion particulière sur le suivi des consommations dans ces trois domaines.

Méthodes

Pour chacun des thèmes, sont présentés : un état des lieux des connaissances actuelles sur les conséquences sanitaires de la consommation du produit concerné ; les actions engagées en France ; les méthodes de collecte et les données disponibles en France ; un bilan des données disponibles au niveau régional et des indicateurs pouvant être construits pour suivre la consommation au niveau régional et/ou infra régional ainsi qu'une discussion sur la pertinence d'un tel suivi. Ce travail s'est appuyé sur une revue de la littérature et des entretiens avec des experts nationaux.

Echéancier

Ce travail a été réalisé durant l'année 2005 et sera remis à la DRASS en décembre 2005.

Résultats de l'année 2005

Les données actuellement disponibles montrent que la variation de la consommation moyenne de sel au sein du territoire national est relativement faible et qu'en région « Méditerranée » (PACA et Languedoc-Roussillon) cette consommation serait même plutôt basse par rapport à la moyenne nationale. Par ailleurs, les recommandations émises par le groupe de travail national sur la réduction de la consommation de sel dans la population relèvent principalement d'initiatives nationales. Ainsi, hormis dans le cadre de l'évaluation d'une action spécifique, il ne paraît pas pertinent d'évaluer et de suivre la consommation de sel de la population au niveau régional.

La revue des connaissances sur les conséquences sanitaires des consommations d'alcool et de tabac a mis en évidence des disparités régionales importantes en terme de ventes d'alcool et de tabac, de comportements, de morbidité et de mortalité liées à l'alcool et au tabac. Ces constats permettent de conclure à l'existence de comportements différents selon les régions et à l'intérêt de suivre au niveau régional ces évolutions pour mieux les comprendre et adapter les actions. Le rapport présente les indicateurs disponibles dans ces domaines et discute leur pertinence.

Perspectives 2006

En 2006, ce travail devrait être exploité dans le cadre de la mise en place du Plan Régional de Santé Publique par la DRASS.

Commanditaire

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

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

Sigle : STRESS OBESITE
Début : 2005

Objectif(s)

Ce projet de recherche vise à :

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

Problématique

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

Méthodes

Trois groupes (poids normal, obésité abdominale, obésité glutéo-fémorale) de 50 femmes (30-65 ans) seront comparés. Seront évalués : les indicateurs anthropométriques, la consommation alimentaire, l'activité physique, les caractéristiques socio-économiques, l'exposition au stress chronique (échelle des tracés de la vie quotidienne), la détresse psychologique (GHQ 12), les stratégies d'ajustement stress (Ways of coping check list), les paramètres biologiques standards et les valeurs de cortisol salivaire au cours d'une journée.

Echéancier

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

Résultats de l'année 2005

Au début de l'année 2005, le protocole, les questionnaires et les documents de l'enquête ont été finalisés. Le reste de l'année a été consacré au recrutement des sujets et au recueil des données. Fin 2005, 41 sujets ont été inclus : 20 dans le groupe « poids normal », 12 dans le groupe « obésité abdominale » et 9 dans le groupe « obésité glutéo-fémorale ». En parallèle, des analyses exploratoires ont été réalisées à partir des données recueillies auprès des 23 premiers sujets inclus. Ceci a notamment permis d'expérimenter les méthodes d'exploitation des échelles psychométriques et de préciser le plan d'analyse.

Perspectives 2006

Le recrutement des sujets et le recueil des données devraient se terminer à la fin de l'année 2006. Suivront ensuite l'exploitation des données et la valorisation des résultats (rédaction d'articles et publication).

Commanditaire

Laboratoire du Professeur Charles Oliver, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM-hôpital Nord).

Bibliographie

Cf Annexe page A2.

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

Sigle : ETUDIANTS SANTE
Début : 2004

Objectif(s)

Le principal objectif de cette étude de faisabilité était de réaliser une étude bibliographique.

Problématique

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.

Méthodes

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 Etudiante organisées à Marseille par le Conseil Régional PACA et auprès de 130 étudiants présents dans les services de médecine préventive universitaire de la région PACA.

Echéancier

Construction des outils de recueil nécessaires à la réalisation de l'enquête « Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants » et élaboration du protocole logistique.

Résultats de l'année 2005

L'enquête auprès des 100 étudiants a permis de les rencontrer et de recueillir leur avis sur le questionnaire. Dans l'ensemble, l'outil a été bien perçu.

Parmi les 130 étudiants auxquels l'auto-questionnaire a été proposé, 126 (97 %) ont accepté de le compléter et 4 ont refusé de répondre (2 refus exprimés et 2 questionnaires exclus car seules les deux premières pages étaient complétées). Le temps requis pour compléter le questionnaire était en moyenne de 30 minutes. Parmi les 126 questionnaires complétés, 8 étudiants ont refusé de transmettre leurs coordonnées téléphoniques pour compléter le deuxième questionnaire par téléphone et 3 numéros étaient incomplets. Finalement, sur les 115 numéros composés, 72 étudiants (63 %) ont complété le questionnaire par téléphone, 10 % étaient injoignables malgré 10 appels de l'enquêteur, 3 % étaient des faux numéros, 3 % ont refusé de compléter le questionnaire et 21 % ont déclaré qu'ils n'avaient pas le temps car ils étaient en période de révision d'exams.

Perspectives 2006

Voir la fiche « Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la région PACA ».

Commanditaire

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

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 de Vaucluse, l'université de Nice Sophia-Antipolis et l'université du Sud Toulon Var.

19. Santé des jeunes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : SANTE JEUNES PACA

Début : 2005

Objectif(s)

Réaliser un tableau de bord sur l'état de santé des jeunes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, à partir des diverses sources de données disponibles, avec une dimension comparative au regard des autres régions françaises.

Problématique

La décentralisation et la nouvelle loi de santé publique font porter de nouvelles responsabilités au niveau régional, en particulier du point de vue du suivi de la santé de leurs habitants, et de la mise en œuvre de politiques de préventions ciblées. Dans ce contexte, ce projet vise à mieux connaître l'état de santé des jeunes de la région PACA (en centrant le bilan sur les 12-25 ans), en explorant des thématiques variées : consommation de soins, tentatives de suicide, usages de drogues licites (tabac et alcool) et illicites (principalement le cannabis), imprudences au volant, problèmes psychologiques...

Méthodes

Il s'agit de réunir les informations provenant des diverses sources disponibles (données institutionnelles et données d'enquête) et de procéder à leur traitement. Des analyses secondaires des données d'enquêtes déclaratives issues d'extractions régionales d'enquêtes nationales seront effectuées, avec des comparaisons entre régions.

Echéancier

D'ici fin mars 2006, plusieurs fiches thématiques seront rédigées et validées pour publication dans les collections de l'ORS PACA « Regards Santé » et « Repères Santé ».

Résultats de l'année 2005

Recension des sources institutionnelles et des enquêtes déclaratives disponibles, début de l'exploitation des données institutionnelles (mortalité / morbidité / accidentalité), négociation avec les équipes de recherche concernées pour l'obtention des nouvelles bases de données (Baromètre Santé 2005, ESCAPAD 2005...).

Perspectives 2006

Outre la publication de plusieurs « Regards Santé » et « Repères Santé », certaines des analyses réalisées pourront éventuellement être valorisées sous forme d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture. Des extensions et une pérennisation des tableaux de bord sont envisageables.

Commanditaire

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

Sigle : BAROMETRE ETUDIANTS
Début : 2005

Objectif(s)

Modes de vie et santé des étudiants

- Décrire les conditions et modes de vie des étudiants et leur formation (filières suivies, inscription à un concours...);
- Cerner les comportements de santé des étudiants de la région PACA.

Troubles de santé mentale

- Déterminer la fréquence et l'importance des souffrances psychologiques et des troubles associés (dépression, anxiété, troubles des conduites alimentaires...);
- Evaluer l'influence des conditions de vie sur les comportements de santé et la fréquence de la souffrance psychologique.

Problématique

L'état de santé, les habitudes et les préoccupations liées à la santé des étudiants de la région PACA sont peu documentés malgré l'importance de ces éléments pour la mise en place et le suivi d'une politique sanitaire et de prévention. Si la santé des étudiants est globalement bonne, deux priorités émergent :

- *Une dégradation des comportements de santé* et une moindre conscience des comportements susceptibles d'entraîner des conséquences graves pour la santé ;
- *La santé mentale* : plusieurs études montrent, de façon convergente, que les symptômes ayant trait à la sphère psychologique sont plus fréquents dans cette population que chez les jeunes de même âge non-étudiants, suggérant ainsi un mal être " spécifique " des étudiants ;

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

Méthodes

L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2500 étudiants de 1^{ère} année, âgés de 18 à 30 ans, inscrits pour la première fois dans les différentes filières des universités des académies d'Aix-Marseille et de Nice. Le recueil des informations pour le volet « modes de vie et santé des étudiants » est réalisé dans les services de médecine préventive universitaire de la région à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme complété sous la supervision d'un enquêteur professionnel. Les données du volet « troubles de la santé mentale » sont recueillies par téléphone à l'aide d'un outil diagnostique (Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI SF)) auprès d'un sous-groupe d'étudiants issus de l'échantillon représentatif.

Echéancier

Le recueil des données est en cours et il doit se dérouler jusqu'en juin 2006. Le deuxième semestre de l'année sera consacré aux analyses et l'année 2007 à la valorisation scientifique et la restitution des résultats.

Résultats de l'année 2005

Les trois premiers trimestres de l'année 2005 ont été consacrés à la mise en place de l'étude (contacts avec les universités et les services de médecine préventive, élaboration des outils de recueil, construction du plan de sondage, tirage au sort des étudiants et demande d'autorisation à la Commission Nationale Informatique et Libertés). L'enquête a reçu un avis favorable de la CNIL (n° 905369) le 26 octobre 2005. Le protocole de l'étude a été présenté aux Conseils de la Vie Etudiante et Universitaire des 6 universités et validé par un Conseil Scientifique. Le dernier trimestre 2005 a été consacré à la sensibilisation des étudiants (affiches collées dans les universités, diaporama de présentation de l'enquête présent sur certains sites internet des universités, envoi d'une lettre d'information aux étudiants tirés au sort). L'enquête a commencé le 17 novembre 2005.

Perspectives 2006

Fin du terrain de l'étude et analyse des données.

Commanditaires

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

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 de Vaucluse, l'université de Nice Sophia-Antipolis et l'université du Sud Toulon Var.

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

Sigle : EVAL MATER
Début : 2000

Objectif(s)

Afin de suivre le dispositif de mise en place d'Eval Mater au sein de la région PACA, l'ORS PACA propose de mettre en place le dispositif suivant :

- 1/ Recueillir des indicateurs selon un protocole établi en commun accord avec l'ORS PACA et les membres du comité de pilotage ;
- 2/ Etudier les conditions de mise en place d'un système d'information régional sur la santé des enfants en maternelle.

Problématique

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

Méthodologie

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

Echéancier

Les années 2006 et 2007 seront consacrées à l'analyse des grilles de recueil avant la mise en place d'Eval Mater (2006) et après sa mise en place (2007).

Résultats de l'année 2005

1. Une réunion a été organisée par l'ORS avec les membres du comité de pilotage pour réfléchir sur les indicateurs à retenir pour suivre la mise en place d'Eval Mater. Les analyses des grilles de recueil pour l'année 2004-2005 sont en cours. Parmi les six départements de la région PACA, quatre départements (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var et Vaucluse) ont commencé à envoyer les grilles de recueil à l'ORS :

- Bouches-du-Rhône : 375 grilles reçues sur 718 attendues ;
- Vaucluse : 178 grilles reçues sur 251 attendues ;
- Alpes-Maritimes, Alpes de Haute-Provence, Hautes-Alpes et Var : analyse en cours.

2. Une réunion et des entretiens entre l'ORS et la société informatique 1 égal 2 ont permis d'expliquer la nature de la mission confiée par l'ORS PACA au prestataire informatique 1=2, d'expliquer le contexte, l'historique et les objectifs d'un système d'information régional sur la santé des enfants en petite section et moyenne section de maternelle, de décrire le contenu du nouveau bilan standardisé Eval Mater, d'identifier un certain nombre de contraintes à partir du retour d'expérience de la mise au point d'Eval mater, d'élaborer une note méthodologique décrivant les différentes étapes du travail et les interlocuteurs à contacter.

Perspectives 2006

Analyse de l'ensemble des statistiques pour l'année 2004-2005 et recueil des grilles d'indicateurs pour l'année 2005-2006.

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).

Partenaires

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

22. 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

Objectif(s)

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

Problématique

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 a suivi en 2004-2005 une cohorte d'enfants examinés à l'aide du nouveau bilan de santé en 2002-2003.

Méthodes

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

Echéancier

Analyse et restitution des résultats en 2006.

Résultats de l'année 2005

Des réunions avec le Pr Michel Zorman (centre de référence des troubles du langage, CHU de Grenoble) ont permis d'élaborer un plan d'analyse et d'identifier les correspondances entre Eval Mater et l'outil utilisé par les médecins de la santé scolaire lors du bilan de santé de 5-6 ans : analyser les résultats par module (dénomination d'images, description d'image, motricité globale), étudier les corrélations entre les modules d'Eval Mater et les modules correspondants du BSEDS, étudier le devenir des enfants dépistés « positifs » en 2003 (voir les résultats obtenus avec le BSEDS 5-6) et étudier le devenir des enfants ne présentant pas de problème en 2003 (voir les résultats obtenus avec le BSEDS 5-6).

Perspectives 2006

Le premier trimestre 2006 sera consacré à l'analyse décrite précédemment.

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) ; Direction Générale de la Santé (DGS).

Partenaires

La Protection Maternelle et Infantile des 6 Conseils Généraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Pr Zorman Michel, Centre de référence des troubles du langage ; CHU de Grenoble ; Service de neurologie pédiatrique spécialisée dans les troubles d'apprentissage de l'hôpital de la Timone.

23. Etude de la survenue des blessures dans une cohorte de sportifs de haut niveau dans la région PACA ; facteurs de risque et impact psychosocial

Sigle : COHORTE SPORTIFS

Début : 2005

Objectif(s)

Les principaux objectifs de cette étude sont :

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

Problématique

Les recherches publiées sur l'incidence, la nature et la gravité des blessures posent un certain nombre de problèmes méthodologiques : pour certaines enquêtes, la notion de pratique intensive n'est pas souvent différenciée de celle de pratique « récréative » et l'impact de la structure d'encadrement n'est pas clairement défini. En dehors de la charge d'entraînement, encore relativement peu d'éléments sont connus concernant les facteurs de risque des blessures chez les sportifs de haut niveau. En particulier, si le rôle des antécédents de blessures semble avoir été montré, celui de la consommation voire la surconsommation de médicaments pour supporter les entraînements et les compétitions semble peu ou pas documenté. D'autres pistes concernant les vulnérabilités individuelles des sportifs (notamment sur le plan psychosocial) ou le rôle du stress ont été évoquées mais peu étudiées.

Méthodes

Une étude prospective de sportifs ayant une activité intensive et inscrits dans les pôles France et Espoirs de la région sera réalisée durant l'année 2006-2007. La cohorte sera constituée de tous les athlètes âgés de 16 à 24 ans inscrits dans certaines disciplines individuelles et certaines disciplines collectives. Plusieurs outils seront complétés durant l'année par le sportif et/ou par l'équipe médicale du pôle concerné (autoquestionnaires, fiches « blessure »).

Echéancier

- Etude pilote dans 4 pôles de la région PACA (Athlétisme, Hand-Ball filles et garçons et Judo) au cours du premier trimestre 2006 ;
- Début de l'enquête en septembre 2006 et suivi des sportifs pendant 1 an ;
- Restitution des résultats au cours du premier semestre 2007.

Résultats de l'année 2005

Revue de la littérature et élaboration du protocole. Prise de contact avec les responsables des 4 pôles favorables à l'étude pilote.

Perspectives 2006

Réalisation de l'étude pilote, construction des outils de recueil, élaboration du protocole logistique et demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Commanditaires

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

Partenaires

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A3

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

Sigle : PANEL DEPRESSION

Début : 2004

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

Méthodes

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

Echéancier

Un rapport sur les deux premières vagues d'enquête a été rendu à l'URML en juillet 2005, un rapport remis en septembre 2005 à la MGEN et enfin un rapport final remis à la MIRE/DREES/INSERM en décembre 2005.

Résultats de l'année 2005

542 médecins ont répondu à l'enquête KABP (taux de réponse de plus de 90 %) et 144 volontaires ont participé activement à l'enquête par questionnaires patients. L'étude a montré que, face à la souffrance psychique et au besoin de soin de leurs patients, les médecins généralistes de ville ne semblent pas suffisamment armés pour repérer et diagnostiquer l'EDM, les troubles anxieux, la co-morbidité psychiatrique, les idées suicidaires. Il existe notamment un sur-diagnostic des épisodes dépressifs majeurs qui coexiste avec un sous-diagnostic (dépressions masquées). Leurs pratiques de prise en charge et de prescription varient en fonction des caractéristiques des patients (niveau d'anxiété notamment) mais aussi des caractéristiques des médecins (niveau de formation en santé mentale) ou de la consultation (durée). L'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes de ville, l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic adaptés et les pratiques de réseau avec les spécialistes devraient être renforcées en France. Il y a là un véritable enjeu dans le contexte actuel de démographie médicale en psychiatrie et de la réforme du médecin traitant.

Perspectives 2006

En dehors de la valorisation scientifique des résultats qui a été entreprise, une troisième vague d'enquête devrait être mise en œuvre d'ici la fin de l'année 2006. Elle permettra d'approfondir certaines problématiques (celle de la prise en charge des suicidants notamment) et de vérifier si une évolution des pratiques s'est produite, après le retour d'informations auprès des médecins du panel.

Commanditaires

Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) / Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ; Mission Recherche (MiRe) ; Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES) / Ministère des Affaires Sociales ; Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

Partenaire

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A3.

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

Sigle : DEPRESSION CMR

Début : 2003

Objectif(s)

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 consommation 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.

Problématique

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, alors que, paradoxalement, la consommation des antidépresseurs a fortement augmenté ces dix dernières années. Par ailleurs, divers rapports s'interrogent sur la conformité des pratiques des prescripteurs avec les recommandations de bonne pratique, en France comme à l'étranger.

Méthodes

- Extraction d'une cohorte des primo-consommateurs d'antidépresseurs pendant 3 mois ;
- Recherche des caractéristiques des patients bénéficiant de la prescription et de celles des médecins prescripteurs ;
- Comparaison de la population des patients sous antidépresseurs à des témoins assurés sociaux ayant les mêmes caractéristiques d'âge, sexe et taille de commune de résidence, mais non traités par médicaments psychotropes ;
- Comparaison des trajectoires de soins sur la période de 18 mois précédant la mise sous traitement antidépresseur ;
- Analyses de régression logistiques de divers événements de consommation de soins pour rechercher les facteurs explicatifs de la mise sous traitement antidépresseur.

Echéancier

Rapport terminé pour fin 2005.

Résultats de l'année 2005

Les analyses ont confirmé l'hypothèse de départ : après ajustement sur l'état de santé, sur les antécédents de problème de santé mentale et sur la consommation de pharmacie globale, les modélisations effectuées montrent que la prise prolongée de médicaments antalgiques, ou bien anti-inflammatoires sont des prédicteurs de la mise sous traitement anti-dépresseur. La relation est d'autant plus significative et forte que la durée de ces traitements ou bien le nombre de boîtes remboursées sont importants, avec une « relation dose-effet » significative. Des résultats similaires sont observés aussi avec le nombre d'examens radiologiques. Ces résultats suggèrent que derrière des consommations chroniques de médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires pour des douleurs chroniques expliquées ou non par des affections somatiques, peuvent se trouver des états dépressifs. Ils fournissent aussi un élément d'explication à l'augmentation de la consommation des antidépresseurs constatée en France. Ils constituent enfin une piste de réflexion sur des signes d'alerte devant faire suspecter un épisode dépressif majeur chez des personnes souffrant de douleurs chroniques non expliquées ou mal soulagées par les traitements classiques.

Perspectives 2006

Valorisation de ces résultats.

Commanditaires

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

Partenaire

Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes (CMR Provence).

26. Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : GUIDE REPERTOIRE SUICIDE
Début : 2004

Objectif(s)

Destiné aux professionnels de la région, l'objectif de ce guide répertoire est de les aider à repérer et aborder la souffrance psychique et le phénomène suicidaire et à orienter les personnes, quel que soit leur âge, quand cela est nécessaire.

Le guide ambitionne ainsi de favoriser la collaboration des nombreux acteurs de terrain des secteurs sanitaire et social afin de faire face plus efficacement à ce problème majeur de santé publique.

Problématique

Avec 760 suicides en moyenne par an en PACA (11000 en moyenne au niveau national), la crise suicidaire représente un problème majeur de santé publique. Dans la région, comme au niveau national, le suicide constitue, après les accidents de la circulation, la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans (12 % de l'ensemble des décès) et la première chez les 25-34 ans (17 % de l'ensemble des décès).

La mortalité chez les hommes est nettement supérieure à celle observée chez les femmes. Les hommes âgés sont aussi particulièrement touchés : alors qu'entre 15 et 24 ans, on observe en moyenne chaque année 12,5 suicides pour 100 000 jeunes hommes en PACA, ce chiffre passe à 107,5 pour 100 000 hommes âgés de 85 ans et plus.

Méthodes

Le contenu du document a été défini avec un comité de pilotage constitué d'experts et de professionnels de la région. La partie « guide » du document a été rédigée à l'aide des recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du manuel des formateurs au repérage de la crise suicidaire dans la région. La partie « répertoire » a été 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.

Echéancier

Le guide répertoire est terminé.

Résultats de l'année 2005

Ce guide répertoire est constitué de deux parties. La partie « guide » donne quelques repères épidémiologiques sur les comportements suicidaires dans la région ainsi que des éléments pour discerner les signes précurseurs du suicide. Dans cette partie, les missions des institutions, professionnels et structures jouant un rôle dans la prévention du suicide et/ou assurant la prise en charge des personnes en crise suicidaire sont également rappelées.

La partie « répertoire » recense, par département, les coordonnées des personnes et des structures ressources dans la région.

Le document fait 112 pages ; il a été édité à 4 000 exemplaires en novembre 2005.

Perspectives 2006

L'année 2006 sera consacrée à la diffusion du document auprès des collèges, lycées, Centres de Formation des Apprentis et des missions locales mais aussi auprès des professionnels et des associations des champs sanitaire et social qui en font la demande.

Il sera aussi disponible sur les sites Internet de l'Observatoire Régional de la Santé PACA, de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales PACA, du Conseil Régional PACA, du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA et de l'Union Régionale des Médecins Libéraux PACA et régulièrement mis à jour grâce aux remarques des utilisateurs. Il sera présenté lors d'une conférence de presse début 2006.

Commanditaires

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

Partenaires

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A.3

27. Cohorte de patients dépendants aux opiacés sous traitements de substitution, suivis en médecine générale ambulatoire

Sigle : SUBAZUR
Début : 2003

Objectif(s)

- 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.

Problématique

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.

Méthodes

Dans les Bouches-du-Rhône les patients ont été recrutés à partir de la file active de médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, ayant un niveau d'activité élevé dans le domaine de la substitution à la buprénorphine haut dosage et sélectionnés aléatoirement à partir du bottin téléphonique. Dans le Vaucluse le recrutement des médecins a été réalisé à partir d'un réseau médical spécialisé dans les soins aux toxicomanes. Les patients inclus ont été interrogés par téléphone à 2 reprises à intervalle de 6 mois sur leur addiction présente et passée, leur état de santé, sur le déroulement de leur traitement.

Résultats de l'année 2005

Un total de 110 questionnaires ont été administrés à part égale dans chaque département. Le bilan du pilote permet de souligner la très bonne acceptabilité d'une enquête sur le traitement substitutif par les patients, l'adaptation de l'outil de recueil des données aux différents items traités et la souplesse de passation téléphonique. Du point de vue des items abordés, la définition de la notion de traitement en cours soulève un certain nombre de problèmes méthodologiques qui renvoient à la fréquence des interruptions, abandons, reprises de traitement constatés chez nombre de patients. Il en va de même pour l'établissement d'une limite claire entre la substitution initiée par le patient lui-même et la substitution médicalisée. Le recrutement des médecins constitue l'aspect le plus problématique de l'enquête, le recrutement à partir du réseau ayant démontré une meilleure efficacité en termes du ratio médecin/nombre, de patients inclus, de validité des informations patients (coordonnées téléphoniques), et de délais entre le contact avec le médecin et la passation du questionnaire auprès des patients.

Perspectives

Analyse et publication des données d'enquête patients.

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.

Partenaires

Le Docteur Bry et le réseau de médecins généralistes et addiction « Rétox 84 » à Avignon.

28. Evaluation des besoins des usagers de substances psychoactives en grande précarité à Marseille

Sigle : ACCUEIL USP
Début : 2004

Objectif(s)

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux sur la prise en charge des usagers de substances psychoactives en grande précarité (USPP) vivant à Marseille, c'est-à-dire, décrire la population concernée, faire le bilan des prestations existantes pour cette population, repérer les lacunes du dispositif de prise en charge, enfin, recueillir les propositions des professionnels en vue d'améliorer ce dispositif.

Problématique

La prise en charge des usagers de substances psychoactives relève de secteurs et de logiques très différentes : prises en charge sociale, médicale, psychologique et soins des addictions séparés entre alcool et drogues. La coordination entre ces différents aspects de la prise en charge peut se trouver limitée soit par un manque de collaboration entre les professionnels et de suivi de la personne, soit par des lacunes manifestes de dispositifs. L'analyse par profil de population concernée et par secteur de prise en charge permet de mettre en évidence ces dysfonctionnements.

Méthodes

La méthode retenue est celle d'une expertise collective fondée sur la consultation de différents professionnels chargés de prendre en charge cette population. Des avis de professionnels issus de structures aux missions très différentes furent donc consultés (Centres de Soins des dépendances, Centres Médico-Psychologiques, Hébergement d'Urgence et d'insertion, Accueils de jour...). Le recueil des données a été réalisé en plusieurs temps : d'abord l'envoi d'un questionnaire à l'ensemble des structures identifiées comme concernées, puis la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels considérés comme « informateurs-clé » et enfin l'organisation d'un séminaire collectif le 23 juin 2005. Au total, 55 structures ont répondu au questionnaire, 33 professionnels ont été interviewés. Le séminaire a réuni une centaine de personnes.

Echéancier

Le projet a débuté en décembre 2004. L'enquête a été réalisée de janvier à mai 2005. Le séminaire de restitution des résultats a eu lieu le 23 juin 2005. Le rapport final de l'étude a été rendu en novembre 2005.

Résultats de l'année 2005

La principale inquiétude exprimée concerne les difficultés sociales de cette population et avant tout celles liées au logement. De plus, l'analyse a permis de mettre en avant un diagnostic différencié selon les profils type des USPP considérés mais aussi selon le secteur d'intervention des professionnels. Au niveau des soins liés à l'usage de substances, les professionnels spécialisés déplorent un manque de diversité des prises en charge et un impossible dépassement des difficultés sociales, notamment lié au fonctionnement particulier du champ de l'urgence sociale. Les professionnels non spécialisés soulignent, quant à eux, l'inadaptation des prises en charge aux nouveaux profils d'usagers, caractérisés par la polydépendance (notamment chez les ex-héroïnomanes ou chez les jeunes) ou par des difficultés à intégrer un projet d'abstinence (soulignées surtout chez les sans domiciles fixes ayant de lourds problèmes d'alcoolisation). L'étude questionne le sens de la spécialisation par type de population. Un consensus émerge en ce qui concerne la nécessité de spécialiser des structures pour la population des jeunes, quelle que soit leur situation.

Perspectives 2006

Publier un article reprenant les principaux résultats de cette étude.

Commanditaire

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS)

Partenaire

Mission Sida Toxicomanie et Prévention des Conduites à Risques de la Ville de Marseille

Bibliographie

Cf. Annexe page A4

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

Sigle : UDIS 2004
Début : 2003

Objectif(s)

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).

Problématique

Depuis juin 1996, la Municipalité de Marseille a développé une politique originale de réduction des risques liés à l'injection de drogue dont témoigne la mise en place d'automates qui fournissent les Usagers de Drogues par Injection (UDI) en matériel d'injection stérile. Si la vente libre en pharmacie et les programmes d'échange sont devenus des mesures standard de réduction des risques, en revanche les automates restent une initiative spécifiquement marseillaise. En 1997, ce dispositif avait été évalué par l'ORS PACA et l'INSERM-U379 par la réalisation d'une enquête auprès des utilisateurs de ce dispositif avec une procédure de recrutement direct, « au pied » des appareils. Les résultats de ce travail avaient permis de creuser des questions de recherche toujours actuelles dans le débat scientifique international, en mettant en relief les spécificités des UDI fréquentant les automates et en soulignant la complémentarité de ces derniers avec les autres mesures de réduction des risques.

Méthodes

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 ».

Echéancier

Le rapport final de l'étude a été remis en septembre 2005.

Résultats de l'année 2005

A la suite de l'enquête pilote réalisée en juillet 2004, il est apparu très rapidement, que l'organisation du terrain devait être modifiée : en effet, le nombre de sujets effectivement contactés est très largement inférieur au nombre attendu. Plusieurs phénomènes peuvent expliquer ce décalage.

Certains relèvent des éléments de contexte et sont par conséquent difficilement perceptibles, mesurables ou contrôlables : une baisse régulière du recours à l'injection.

D'autres causes possibles sont liées au dysfonctionnement des appareils. Enfin, les extrapolations faites à partir d'informations quantifiées (nombre de Caps ou de kits délivrés) traduites en nombre de passages quotidiens grâce à la présence d'horodateurs sur certains appareils, se sont avérées fausses.

Au total, au cours des 749 heures d'observation effectives, 84 usagers de drogues éligibles ont pu être contactés par l'équipe opérationnelle, 62 ont accepté de répondre au questionnaire et 32 ont également accepté de se soumettre à un prélèvement sanguin.

En moyenne, un usager de drogues a donc été contacté toutes les huit heures, un questionnaire administré toute les douze heures et un prélèvement réalisé toute les vingt-trois heures, avec de fortes disparités d'un site à l'autre. Le taux de participation est de 74% et le taux d'acceptation du prélèvement atteint 52%.

Perspectives 2006

Une série d'articles scientifiques restituant les analyses statistiques opérées à partir des données obtenues est en cours de rédaction pour soumission à des revues spécialisées.

Commanditaires

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

Partenaires

Mission Toxicomanie de la Mairie de Marseille, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DASS13), ACCES, Centre Régionaux d'Information et de Prévention du Sida de Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRIPS PACA), SOS DI, Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies (AMPT) ; AIDES ; Le Tipi.

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

Sigle : BAROMETRE CANCER INPES

Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

Le Plan Cancer prévoit un renforcement des sciences sociales dans son domaine. Cela passe notamment par la compréhension des représentations sociales associées au cancer par le plus grand nombre (et non les seuls patients ou leurs proches).

Comment le public se représente-t-il la maladie et les personnes atteintes ?

Que pense-t-il des facteurs de risques du cancer, qu'ils soient comportementaux, environnementaux, voire d'ordre psychologique ?

Comment ces opinions s'articulent-elles (ou non) avec les comportements effectifs (usages de tabac, d'alcool, alimentation, exposition au soleil) ?

Quelles attitudes se font jour à l'égard du dépistage, de la prise en charge ?

Enfin que pensent les Français à l'égard des orientations et des priorités de la politique publique de lutte contre le cancer ?

Méthodes

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

Echéancier

Remise d'une première version de la moitié de l'ouvrage dont la rédaction incombe à l'ORS : février 2006.

Résultats de l'année 2005

- Premier trimestre 2005 : la rédaction du questionnaire a été achevée et la version finale testée lors d'une enquête pilote, à la suite de laquelle il a été nécessaire de procéder à une réduction substantielle du nombre de questions posées ;
- Second trimestre 2005 : réalisation (et suivi) du terrain de l'enquête téléphonique ;
- Troisième trimestre 2005 : vérification et nettoyage de la base de données, rédaction du plan d'analyse et répartition des chapitres à rédiger entre l'INPES et l'ORS ;
- Quatrième trimestre 2005 : début des analyses.

Perspectives 2006

Publication de l'ouvrage présentant les résultats de l'enquête fin 2006, rédaction et soumission de plusieurs articles à des revues scientifiques à comité de lecture (françaises et internationales).

Commanditaire

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

Partenaires

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ; Institut National de Veille Sanitaire (InVS) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Ligue contre le Cancer (représentés dans le comité de pilotage).

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

Sigle : ELLIPSE 40

Début : 2005

Objectif(s)

L'étude réunit trois principaux objectifs :

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

La démarche choisie pour répondre à ces objectifs est de mettre en place une enquête longitudinale sur 5 années avec un recueil prospectif de l'information, répété de façon régulière, pour décrire l'évolution des situations de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein, analyser les facteurs ayant des conséquences sur ces situations et identifier les éventuelles insuffisances dans la mise en œuvre des dispositifs sociaux, ainsi que les possibles inégalités et discriminations.

Problématique

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

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

Méthodes

Le suivi longitudinal avec recueil prospectif de l'information concerne toutes les femmes de 40 ans et moins faisant l'objet d'une déclaration d'affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein à partir de juillet 2005 dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Les femmes seront contactées par courrier par leur Caisse d'Assurance Maladie, celles qui accepteront d'être incluses dans la cohorte répondront à un questionnaire postal succinct et seront ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 8 et 14 mois du diagnostic, puis une fois par an pendant cinq ans. En parallèle, une fiche médicale annuelle sera collectée auprès des médecins traitants désignés par les patientes.

Echéancier

Janv. 2006 : premiers entretiens téléphoniques (M8) ;

Avril. 2012 (ou déc. 2012) : fin des derniers entretiens téléphoniques.

Résultats de l'année 2005

- Janv-avril 2005 : préparation de la méthodologie + questionnaires ;
- Mai 2005 : dépôt du dossier au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) ;
- Juin 2005 : avis favorable du CCTIRS, dépôt du dossier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ;
- Accord CNIL obtenu le 1^{er} août 2005 ;
- Juillet 2005: début de l'inclusion des femmes par les Caisses d'Assurance Maladie ;
- Août 2005 : entretiens avec des femmes volontaires issues de l'étude SATIS (étude menée par l'INSERM U379 auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein) pour corriger M1, M8 et M14 ;
- Sept. 2005: début de l'enquête, envoi du courrier aux femmes incluses (taux de réponse (pour les femmes incluses en juil-août-sept 2005) : 64%) + prise de contact avec les réseaux d'oncologie de la région PACA.
- Oct. 2005 : dernières modifications M8 avant pilote, conception d'un cahier d'enquête et d'une affiche ;

- Nov-Déc. 2005 : pilote M8 (auprès de 23 patientes volontaires traitées à l'Institut Paoli-Calmettes), résumé transmis aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, prise de contact avec l'URML pour publier un encart dans leur revue ;
- Déc. 2005: information des professionnels de santé par courrier postal, rencontre et pose d'affiches dans les principaux centres de soins de la région PACA.

Perspectives 2006

Saisies des M1 (environ 12/mois), entretiens téléphoniques M8 (12/mois), envoi et recueil de l'information annuelle auprès des médecins traitants désignés, pilote M14 (janv-fév. 2006, 23 femmes), entretiens téléphoniques M8 (12/mois à partir de juil. 2006).

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 « Cancéro pôles en émergence » ;
Conseil Régional Provence-Alpes Côte-d'Azur ; Direction Générale de la Santé (DGS) (APHM/IPC/INSERM) ; Fondation de France ; Institut National du Cancer.

Partenaires

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

32. Impact psychosocial, économique et sur la qualité de vie du cancer du sein et de sa prise en charge chez la femme de 65 ans et plus

Sigle : ELLIPSE 65
Début : 2005

Objectif(s)

Ce projet a pour objectifs principaux :

- De décrire les conséquences d'un cancer du sein sur le devenir à long terme de femmes de 65 à 80 ans : conséquences sur leur vie sociale, leur vie quotidienne, leur qualité de vie et leur survie à long terme ainsi que le retentissement de cette pathologie sur leur entourage ;
- D'étudier, compte tenu de la fréquence des co-morbidités dans cette tranche d'âge, le vécu du cancer du sein et son impact sur la qualité de vie par rapport aux autres pathologies chroniques, qu'elles engagent ou non le pronostic vital.

Les données sur les circonstances du diagnostic, les caractéristiques de la tumeur et les traitements, qui seront collectées de façon rétrospective au moment de l'initiation de l'enquête, permettront, en comparant des groupes de femmes d'âge différent, de répondre aux deux objectifs secondaires de l'enquête : préciser l'effet de l'âge d'une part sur la prise en charge médicale du cancer du sein, et d'autre part sur l'information délivrée et la participation aux choix thérapeutiques.

Problématique

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

Méthodes

Une enquête longitudinale avec un recueil prospectif de l'information, répété dans le temps, sera réalisée dans trois départements de la région PACA (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var) auprès de l'ensemble des femmes de 65 à 80 ans ayant fait l'objet d'une déclaration d'affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein à partir de juillet 2005. Les femmes qui accepteront d'être incluses dans la cohorte auront un suivi comprenant la visite d'un enquêteur à leur domicile (à 8 mois du diagnostic), puis un entretien téléphonique tous les deux ans pendant au moins 5 ans. En parallèle, une fiche médicale annuelle sera collectée auprès des médecins traitants désignés par les patientes.

Echéancier

Début de l'enquête septembre 2006. Premières analyses janvier 2007. Inclusion pendant 18 mois (800 femmes à inclure). Durée de l'enquête : 5 ans.

Résultats de l'année 2005

Réponses aux différents appels d'offre en cancérologie, définition des objectifs, de la méthode, contacts avec les partenaires.

Perspectives 2006

Premier et deuxième trimestres : dépôt du dossier CNIL, réalisation du questionnaire en collaboration avec les différents partenaires, préparation du terrain, pilote. - Septembre : début de l'enquête. - Octobre/Décembre : Visites à domicile auprès des premières personnes incluses.

Commanditaires

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

Partenaires

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

33. Attitudes thérapeutiques des praticiens français face au cancer du sein des patientes âgées de plus de 70 ans

Sigle : CANCER SEIN MEDECINS
Début : 2004

Objectif(s)

- Déterminer les critères les plus significatifs motivant la décision thérapeutique ;
- Déterminer les outils d'évaluation utilisés et les avis complémentaires recherchés avant d'initier un traitement ;
- Documenter la pratique médicale face à quatre cas cliniques.

Problématique

Bien que l'âge moyen des patients atteints de cancer tend à augmenter, les patients les plus âgés sont souvent exclus des essais cliniques et ne se voient pas proposer une prise en charge optimale en comparaison des patients les plus jeunes. La notion de « personne âgée », regroupe des patients en très bon état général avec un âge physiologique souvent de 10 ans inférieur à l'âge civil et des patients dont l'autonomie est diminuée et la dépendance marquée. Dans ce contexte se pose la question de *l'équité inter-générationnelle en matière d'accès aux soins*.

Méthodes

Pour répondre à ces objectifs, nous avons développé un questionnaire spécifique administré à un échantillon de spécialistes français (oncologues médicaux, radiothérapeutes, chirurgiens-gynécologues et gériatres des secteurs public et privé).

Les cas cliniques sont analysés conjointement grâce à un modèle multi-niveaux dissociant les effets spécifiques cas cliniques des effets spécifiques médecins.

Résultats de l'année 2005

Parmi les 494 répondants, seuls 12% utilisent des critères de décision spécifiques, très peu sont en contact avec un gériatre. Très peu d'évaluations gériatriques sont connues. Une différence significative de traitement est observée lorsque l'unique variation concerne l'âge. Enfin la probabilité de recevoir de la chimiothérapie, en plus de l'âge, est fonction de l'expérience dans la structure, du type de structure, de la spécialité et du sexe du médecin, de la façon dont est prise la décision et de la perception de l'âge représentant une patiente âgée.

Ces résultats montrent un besoin d'information et de formation auprès des spécialistes et que dans certain cas des bénéfices potentiels en terme de survie sans rechute et de survie globale sont exclus.

L'aspect spécifique de cette population suggère l'importance de tenir compte des préférences des patients.

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Institut Paoli Calmettes (IPC).

34. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique en 2004

Sigle : CANCER DREES
Début : 2004

Objectif(s)

- Documenter les conditions de vie et la qualité de vie des patients atteints de cancer en France ;
- Déterminer quelles sont les aides qui améliorent la qualité de vie des patients et quels sont les besoins exprimés par les individus qui vivent avec un cancer.

Problématique

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

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

Méthodes

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

Echéancier

Mars 2006 : Publication des premiers résultats dans « Etudes et Résultats » (DREES) ;
Automne 2006 : Colloque présentant les résultats de l'enquête.

Résultats de l'année 2005

4460 interviews ont été réalisées entre le 8 novembre 2004 et le 1^{er} février 2005 (Interruption entre le jeudi 23 et le vendredi 31 décembre). La durée moyenne de chaque interview a été de 41 minutes. Les données sont en cours d'analyse.

Perspectives 2006

Analyse des résultats avec les publications qui y seront associées.

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Ministère de la Santé.

Partenaires

Le régime général des travailleurs salariés, le régime agricole, le régime des travailleurs non salariés non agricoles, et la ligue nationale de lutte contre le cancer.

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

Sigle : SOINS PALLIATIFS
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

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

Méthodes

Une étude de type KABP a donc été engagée sous la forme d'une enquête téléphonique. Cette enquête, réalisée en 2005, s'appuie sur deux sondages distincts : un sondage direct auprès d'un échantillon d'infirmiers libéraux, un sondage en grappe auprès du personnel infirmier exerçant en services hospitaliers (hématologie, oncologie, neurologie, médecine interne, HAD, réanimation Soins palliatifs et traitement de la douleur) qui sera réalisé en 2006. A partir donc d'une même matrice, deux questionnaires ont donc été élaborés.

Résultats de l'année 2005

Deux versions des questionnaires ont été éprouvées lors de deux enquêtes 'pilotes' conduites successivement en juin 2004 et février 2005. A l'issue de ces deux investigations préliminaires, une révision partielle des deux protocoles d'enquête a dû être engagée. Par conséquent, le sondage direct auprès des libéraux s'est en fait déroulé d'avril à juillet 2005. Le sondage en grappe auprès des hospitaliers a, quant à lui, débutera en janvier 2006 et devrait s'étendre sur l'ensemble du premier semestre 2006. La stratégie d'échantillonnage étant plus complexe et la taille de l'échantillon visé étant plus importante, le temps de recueil sera donc beaucoup plus long.

Concernant le recueil auprès des infirmiers libéraux, le protocole final prévoyait de garantir au groupe des hommes une représentativité suffisante. La stratégie d'échantillonnage s'est donc appuyée sur une procédure à deux étapes et sur l'application d'un taux de sondage différent selon les deux strates considérées. Pour les hommes, 151 questionnaires ont été administrés et le taux de réponse avoisine les 79%. En ce qui concerne les femmes, 451 questionnaires ont été administrés et le taux de réponse pour ce groupe est d'environ 74%.

Perspectives 2006

Une valorisation scientifique des résultats des deux sondages réalisés sera mise en œuvre en deux temps. Le premier, parallèlement au recueil des données en milieu hospitalier, comprend l'exploitation et la restitution des données recueillies auprès des infirmiers libéraux ; le second, plus global concernera les analyses réalisées sur l'ensemble des données récupérées lors des deux sondages. Plusieurs articles scientifiques en direction de revue à comité de lecture seront soumis pour publication et des communications dans des séminaires et congrès sont envisagées.

Commanditaires

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

Partenaires

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A4

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

Sigle : VESPA
Début : 2000

Objectif(s)

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

Problématique

Les traitements antirétroviraux ont fait du sida une maladie chronique. Dans les pays développés où ils sont disponibles depuis 1996, les personnes infectées par le VIH n'ont plus en permanence la menace d'une mort prochaine. Mais vivent-ils pour autant comme les autres ?

Vivre avec le VIH en France impose encore aux personnes atteintes des réajustements de leur vie en termes d'emploi, de ressources, de vie affective et sexuelle et de projets parentaux. Il est donc important de comprendre les liens entre ces différentes sphères de la vie et d'analyser la façon dont la maladie et la situation sociale se co-déterminent au cours du temps.

Méthodes

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

Echéancier

La collecte des données a eu lieu en 2003. Les données sont actuellement en cours de traitement.

Résultats de l'année 2005

Les premières analyses réalisées sur les données l'enquête Vespa ont permis de valider la procédure d'enquête ainsi que la qualité des données recueillies (1). Par la suite, plusieurs travaux ont été menés sur l'adhérence aux traitements antirétroviraux (2,3), y compris en relation avec les prises de risques sexuelles (4). Plus récemment, un travail spécifique a été réalisé sur les patients séropositifs contaminés par injection de drogue (5).

Les prises de risques sexuelles ont par ailleurs fait l'objet d'études spécifiques. Une étude a porté sur l'incidence des prises de risques au sein des couples séro-différents, dans le cas où il y a dissimulation du statut sérologique (6). Par ailleurs, des analyses ont étudié les déterminants des prises de risque en distinguant suivant l'orientation sexuelle et les types de partenaires (stables ou occasionnels). Les résultats, non encore publiés, montrent que la prise de risque sexuel est encore importante quelles que soit les situations considérées. Chez les homosexuels, les prises de risques avec des partenaires occasionnels sont, d'une part liés à un certain style de vie homosexuel, d'autre part à la baisse de la qualité de vie mentale en lien avec le VIH. Chez les hétérosexuels, l'emploi apparaît comme un facteur déterminant de la prévention.

Enfin, d'autres analyses (non encore publiées) se sont centrées sur les déterminants de la qualité de vie des patients. Ces déterminants sont des proxys soit de l'usage de drogue (présent ou passé) soit du fait d'être migrants. La stigmatisation et les discriminations (professionnelles) associées à ces situations spécifiques sont déterminantes pour l'évaluation de la qualité de vie.

Perspectives 2006

Les perspectives d'analyse concernent l'étude des dissonances entre déclarations des patients et des médecins au sujet du mode de contamination, ainsi que l'étude des facteurs associés à la consommation de tabac.

Dans la continuité de l'analyse des comportements à risques sexuels, des analyses porteront sur les patients souffrant de troubles de la sexualité.

Par ailleurs, pour l'auto-questionnaire présentant un certain nombre d'échelles psychométriques, il sera intéressant d'en étudier l'articulation.

Enfin, dans une approche plus diversifiée, les données de VESPA seront comparées avec celles de l'enquête décennale santé, ces deux enquêtes incluant des informations communes.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)

Partenaires

INSERM U379, INSERM U88, INSERM U430, INSERM U502 ; Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) ; Institut National d'Études Démographiques (INED).

Bibliographie

Cf. Annexe pages A4 à A14.

37. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte « copilote »

Sigle : APROCO /COPILOTE
Début : 1997/2002

Objectif(s)

L'objectif principal est d'étudier les déterminants, liés notamment à l'observance et 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.

Problématique

Les problématiques saillantes de l'année 2005 concernent l'amélioration des méthodes statistiques afin d'optimiser les analyses de données longitudinales.

Par ailleurs, l'intérêt s'est porté sur l'observance au long cours chez des patients suivis à présent depuis plus de 6 ans.

Les relations médecin-patient ayant été mises en évidence comme l'un des points cruciaux de la prise en charge à long terme, il a été décidé de se centrer sur l'étude à long terme du déterminant majeur de la relation médecin-patient dans Copilote à savoir la confiance au médecin.

Méthodes

Cohorte.

Résultats de l'année 2005

Une étude sur les déterminants de la progression clinique (mortalité ou événement classant sida) a mis en évidence que les prédicteurs les plus importants sont l'observance et la présence de symptômes dépressifs, l'âge, la co-infection VIH-VHC et le stade clinique. Cette étude souligne donc le rôle fondamental de l'observance.

Une étude sur les relations médecin-patient a montré la très importante proportion de patients déclarant avoir confiance en leur médecin au début du traitement. Les prédicteurs d'une perte de confiance durant les quatre premières années de suivi concernent la prise en charge différenciée des effets secondaires des traitements selon qu'il s'agisse de la survenue d'un événement indésirable grave associé inversement à une perte de confiance et la perception d'effets indésirable du traitement par le patient associé à une perte de confiance, tout ceci étant ajusté sur les caractéristique socio-démographiques et médicales des patients.

Une autre étude a pour objectif d'étudier les facteurs associés à l'évolution à long terme (entre M0-M60) de la qualité de vie physique et mentale des patients de la cohorte APROCO-COPILOTE. Pour tenir compte d'une possible influence du processus de sortie d'étude sur la modélisation de la qualité de vie, nous avons utilisé un modèle de sélection qui estime conjointement les deux variables réponse. Nous avons montré que la qualité de vie des patients s'améliore essentiellement durant la première année. Les principaux facteurs associés aux deux scores de qualité de vie (physique et mentale) sont la réponse immunologique (taux de CD4+<200 cellules/mm³) et la tolérance du traitement antirétroviral (le nombre d'effets secondaires perçus par le patient).

Une dernière étude qui avait pour objectif d'optimiser l'utilisation des scores d'effets secondaires et des mesures de qualité de vie a montré que ce qui résume le mieux un faible niveau de qualité de vie du point de vue des effets secondaires est le score d'effets secondaires perçus. Par ailleurs, les informations concernant la gêne perçue des effets secondaires semblent très bien résumer la persistance de ces effets. Afin d'optimiser l'utilisation de ces différentes caractéristiques, il apparaît clairement que la caractéristique principale du point de vue de son impact sur la qualité de vie est le nombre d'effets secondaires perçus.

Perspectives 2006

Les perspectives de travail concernent l'approfondissement des problématiques liées à la qualité de vie et l'observance sur la prise en charge à très long terme de ces patients et notamment l'étude des facteurs associés à la nouvelle échelle de qualité de vie incluse dans COPILOTE.

Un approfondissement de l'impact des effets secondaires des traitements sur le vécu à long terme sera effectué à l'aide de méthodes qualitatives.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) ; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT-Ex APPIT (Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale).

Partenaire

Conseil scientifique APROCO Copilote

Bibliographie

Cf. Annexe pages A4 à A14.

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

Sigle : SYMPTOMES-EFFETS SECONDAIRES/QUALITE DE VIE
Début : 2004

Objectif(s)

L'objectif principal de cette recherche est de proposer une approche consensuelle pour optimiser l'utilisation des échelles d'effets secondaires perçus en s'appuyant sur la présence, la nature, la gêne associée et sa persistance des effets secondaires perçus au cours du temps.

Problématique

La cohorte APROCO, dont les inclusions ont débuté en mai 1997, avait pour objectif d'étudier l'évolution viro-immunologique et clinique, ainsi que les effets secondaires des traitements à partir d'une première prescription d'un inhibiteur de protéase (IP). La spécificité de cette cohorte réside dans le recueil de données approfondies sur l'observance et la qualité de vie des patients, ainsi que dans la collecte des effets secondaires graves imprévus, tels les anomalies métaboliques et le syndrome lipodystrophique. L'apport des études socio-comportementales telles qu'APROCO a permis de faire émerger l'intérêt des effets secondaires perçus par le patient : en effet, ceux-ci expliquent mieux les comportements de non-observance aux multithérapies que les effets secondaires objectivés par les prescripteurs. Ce fait a été démontré aussi bien pour les effets secondaires à court terme que pour les effets secondaires à long terme comme la perception des lipodystrophies, qui favorise une diminution de l'observance [1] [2]. Cependant, l'étude de la relation entre les effets secondaires perçus et les fluctuations de la qualité de vie doit être approfondie.

Méthodes

Afin de déterminer l'impact des effets secondaires perçus par le patient sur la qualité de vie, nous avons d'abord décidé, à l'aide d'une analyse en composantes principales, de la manière de traiter les effets secondaires (de manière globale, par groupes ou de manière individuelle). Des analyses MANOVA (Multivariate ANALyses Of VARIance) ont été menées à M12 et M36, elles ont été ajustées sur des variables à l'inclusion et au suivi concerné et stratifiées selon le sexe et le groupe de transmission en trois groupes : hommes homosexuels, hommes non homosexuels (hétérosexuels, toxicomanes..) et femmes. Il était important de distinguer les hommes homosexuels des hommes hétérosexuels car la perception des symptômes est différente chez les deux groupes.

Echéancier

L'étude est terminée, le rapport a été rendu à l'ANRS. L'article est en cours.

Résultats de l'année 2005

A l'aide d'une analyse en composantes principales stratifiées selon la présence, la gêne et l'intensité des effets secondaires (resp. des troubles métaboliques) au suivi M12, différents groupes de effets secondaires (resp. troubles métaboliques) ont pu être constitués. Cependant, certains effets secondaires n'ont pu être regroupés et les groupes obtenus ne sont majoritairement pas consistants (à l'aide de modèle de alpha de Cronbach), les effets secondaires ont donc été traités de manière globale.

Nous avons ainsi montré que le score global d'effets secondaires gênants était l'échelle de mesure la plus associée à un faible niveau de qualité de vie et que la gêne des effets secondaires résumait leur persistance. Ce résultat confirme ainsi la bonne anticipation de notre équipe à alléger le questionnaire « effets secondaires perçus » sur la cohorte COPILOTE (COhorte de Patients sous Inhibiteur de protéase, suivi LONg TERme : prolongement de la cohorte APROCO) sur lequel seules la présence et la gêne des symptômes ont été demandées aux patients. Les analyses ont également permis de montrer que les effets secondaires affectaient plus la qualité de vie des patients au suivi M36 qu'au suivi M12.

Perspectives 2006

L'analyse stratifiée nous a orienté sur le fait qu'il serait intéressant de mener une étude spécifique sur le groupe de transmission toxicomane en tenant compte de leur substitution et de leurs consommations d'alcool ou de substances. Il semblerait en effet que la perception des effets secondaires chez les toxicomanes soit plus importante que dans les autres groupes de transmission [3] [4]. Des analyses préliminaires nous ont déjà permis de montrer que le groupe de transmission toxicomane déclarait plus d'effets secondaires que les autres (homosexuels, hétérosexuels ou autres) et

qu'il subissait une augmentation plus marquée du nombre d'effets secondaires que les autres entre M12 et M36. De plus, nous avons observé une détérioration plus importante de la qualité de vie à M12 et M36 chez le groupe de transmission toxicomane par rapport aux autres et nous avons montré que ce groupe subissait une aggravation plus forte entre M12 et M36 que les autres de certaines dimensions de qualité de vie physique et mentale, en particulier de la fonction physique, des douleurs physiques, de la fonction sociale et de la santé morale.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Partenaire

Conseil scientifique APROCO Copilote

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

Sigle : MANIF 2
Début : 2003

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

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

Méthodes

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

Echéancier

Le recueil annuel ayant débuté en 2003 pour un suivi de 5 ans, l'échéancier se situe en 2008.

Résultats de l'année 2005

138 patients dont 43 femmes (31%) et 95 hommes (69%) ont été recensés. Le nombre de patients recensés est un nombre provisoire puisque certains patients reviennent se faire suivre dans les services et peuvent être à nouveau inclus. On observe 51/467 décès depuis le début de la cohorte (1995).

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

Perspectives 2006

Afin de décrire l'histoire clinique à long terme et de rechercher le rôle des trajectoires de toxicomanie sur cette évolution, le recueil de données cliniques au long court se poursuivra en 2006.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) ; Direction Générale de la Santé (DGS), (sous-direction « Lutte contre le VIH).

Bibliographie

Cf. Annexe pages A4 à A14.

40. Vie quotidienne et VIH au féminin

Sigle : VIH AU FEMININ

Début : 2004

Objectif(s)

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

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

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

Problématique

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

Reste à savoir ce que la maladie inclut comme contraintes supplémentaires : contraintes réelles ou symboliques ? Quels arrangements sont trouvés pour organiser la vie quotidienne ? Quelle gestion du temps entre emploi, enfant, couple, temps pour soi ? Il s'agit, dans cette perspective de voir, par le récit biographique produit par les femmes elles-mêmes, quelle est la place accordée à l'infection et les répercussions décrites ou non tant dans le domaine de l'emploi que de la procréation et de l'organisation de la vie quotidienne.

Méthodes

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. Un second entretien est prévu quelques mois plus tard afin de réaliser un suivi longitudinal des personnes interviewées.

Echéancier

L'ensemble des entretiens de la première phase est effectué (n=13). Le second entretien, prévu pour chaque femme, aura lieu en début d'année 2006.

Résultats de l'année 2005

Le groupe d'étude est entièrement constitué : 13 femmes ont été interviewées une première fois et ont rempli à cette occasion le questionnaire Vespa. Un second entretien est prévu pour le début de l'année 2006 avec chacune de ces femmes.

Les premières analyses ont permis de mettre en évidence que :

- La restriction des possibles en terme d'emploi ne résulte pas uniquement de contraintes qui pèsent sur elles mais est, dans un certain nombre de cas, le résultat d'une autocensure réalisée par peur de contaminer les autres dans l'exercice de leur travail ;
- L'organisation de la vie quotidienne résulte souvent d'arrangements informels qu'il convient d'investiguer ;
- L'infection à VIH amène pour certaines à réévaluer les priorités de l'existence et à réordonner les priorités entre le travail et la vie familiale, mais l'ordre des priorités diffère d'un individu à l'autre.

Perspectives 2006

L'analyse approfondie, à la fois thématique et discursive des entretiens, permettra de comprendre les différentes logiques de gestion de la vie quotidienne ainsi que l'impact de l'infection à VIH dans la reconstruction de la trajectoire. L'analyse longitudinale permettra de distinguer les structures permanentes du discours tenu par les femmes de celles qui sont contingentes à des événements particuliers.

Commanditaires

Agence Nationale de recherches sur le Sida (ANRS) ; Ensemble Contre le Sida-Sidaction (ECS).

Partenaires

Travail réalisé en collaboration avec Jeanne Fagnani, Directrice de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS - UMR MATISSE, Université de Paris 1).

En partenariat avec les Associations SoEnSi (Marseille et Paris) et Dessine-moi un mouton (Paris), le CISIH Sainte-Marguerite (Marseille), l'hôpital Larché (Nice), l'hôpital Henri Dufaut (Avignon).

41. Participation à la cohorte Hémoco-Séroco

Sigle : HEMOCO SEROCO

Début : 2002

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

Méthodes

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

Résultats de l'année 2005

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 réalisées).

En 2005, 160 consultations ont été réalisées pour 62 patients (36 femmes et 26 hommes), soit une moyenne de 2,6 visites par patient.

Lors de chaque consultation, la surveillance de la lipodystrophie (taille, poids, tour de taille, tour de hanches) a été réalisée.

Quarante six patients sont actuellement "perdus de vue" et les recherches se poursuivent afin d'essayer de retrouver leurs traces.

Un décès a été enregistré au cours de l'année 2005 ; il s'agit d'une jeune femme décédée par overdose. Le chiffre global s'élève donc à 51 décès.

Sur le plan de la gestion, en dehors de la recherche des patients, de la consultation et de la tenue des cahiers papier, il y a désormais la saisie via Internet qui, du fait du retard d'installation des programmes, reprend les deux dernières années en plus de l'année actuelle.

Commanditaire

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

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

Sigle : ABBOT ESSAI MONARK
Début : 2005

Objectif(s)

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

Problématique

Il s'agit d'un essai randomisé chez des patients infectés par le VIH et naïfs de traitement visant à comparer 2 bras (monothérapie de Kaletra et trithérapie Combivir/Kaletra). Notre équipe comparera la qualité de vie des patients dans les 2 bras à l'aide d'échelle validée (WHO-QOL) et le score de symptômes ressentis. Il s'agit de compléter l'évaluation clinique de ce protocole par l'ajout d'un volet socio-comportemental géré par notre équipe.

Méthodes

Comparaison statistique de scores de qualité de vie.

Echéancier

Transmission des questionnaires de qualité de vie courant 2006.

Résultats de l'année 2005

Essai thérapeutique en cours par l'équipe du Professeur Delfraissy.

Perspectives 2006

Analyse des données.

Commanditaire

Abbott France

Partenaire

Service de Kremlin Bicêtre

43. analyse des données de l'enquête nationale « une semaine donnée 2005 » de aides

Sigle : ENQUETE AIDES 2005
Début : 2005

Objectif(s)

Objectif principal :

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

Objectifs secondaires :

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

Problématique

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

Méthodes

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

Echéancier

Enquête en Mai 2005, constitution et analyse de la base de Juillet à Octobre 2005, rédaction des rapports en Novembre et Décembre 2005.

Résultats de l'année 2005

Les résultats de l'enquête « Une semaine donnée 2005 » montrent qu'il y a un réel brassage parmi les personnes qui sont en contact avec l'association et que ce ne sont pas d'années en années les mêmes qui sont approchées par les enquêtes. Ces résultats mettent en évidence la particularité du public de AIDES, marqué par une forte précarité. L'analyse a permis de dégager trois profils de personnes 1) un profil plus favorisé (gays plus âgés, fortement touchés par le VIH et plus souvent des personnes rencontrées à l'accueil de l'association). A ce profil, s'opposent les usagers de drogues d'une part, les migrants d'autre part. Les UD, fortement touchés par le VHC, ont moins souvent un emploi que les autres. Les migrants sont une population plus féminisée, plus jeune et souffrant plus d'une instabilité au niveau du logement. La comparaison avec les données de l'enquête VESPA montre que les personnes séropositives en contact avec AIDES sont plus précaires et confrontées à des problématiques multiples liées à leur origine géographique, leur orientation sexuelle. Huit pourcent des personnes séropositives sont en échec thérapeutique et 31% sont co-infectés par le VHC. Il apparaît également que pour les personnes fréquentant AIDES, le vécu de la séropositivité au long cours constitue une problématique en soi. L'association doit continuer à apporter des réponses en matière de suivi des traitements, gestion des effets secondaires... mais également en termes de bien-être sexuel et affectif.

Les personnes séropositives semblent souffrir de plus grandes difficultés dans leur sexualité et d'un plus grand isolement que les personnes séronégatives de l'échantillon. La question du couple apparaît comme un enjeu majeur, pour la totalité des répondants, qu'il s'agisse d'isolement affectif, de pratiques à risques, de dialogue et de stratégies autour du statut sérologique des partenaires.

Perspectives 2006

Valoriser cette enquête pour la conférence mondiale sur le sida de Toronto.

Commanditaire

Association AIDES

Partenaires

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

44. Etude européenne sur la prophylaxie après exposition au VIH en dehors du contexte professionnel

Sigle : EURO-NONOPEP
Début : 2001

Objectif(s)

Ils étaient triples :

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

Problématique

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

Méthodes

Pour le volet « politiques » : collecte des documents officiels existants ou à défaut questionnaire soumis à des 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.

Résultats de l'année 2005

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

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

Perspectives 2006

Publications scientifiques.

Commanditaires

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

Partenaire

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

Bibliographie

Cf. Annexe pages A4 à A14.

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

Sigle : MAROC ANALYSE COUT EFFICACITE

Début : 2001

Objectif(s)

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

Problématique

Dans les Pays En voie de Développement (PED), il n'existe pas d'études en matière d'évaluation coût-efficacité qui soient basées sur des données réelles observées directement, soit auprès de cohortes de patients traités, soit en parallèle d'essais cliniques, à l'exception des études en matière de traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH. La réalisation d'études coût-efficacité basées sur des données réelles dans les PED n'est cependant pas aisée notamment du fait, de la diffusion récente de médicaments ARV dans ces pays, et de la difficulté d'obtenir des données suffisamment détaillées pour évaluer précisément l'histoire naturelle de la maladie et l'impact du traitement ARV sur son évolution dans les PED. Depuis 1996, le Royaume du Maroc a initié une prise en charge de 180 patients sous ARV avec un suivi clinique continu détaillé et archivé de ces patients. L'expérience marocaine en matière d'antirétroviraux peut ainsi constituer une réelle opportunité pour mener à bien une analyse coût-efficacité basée sur des données réelles.

Méthodes

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 pour les patients traités. Un second échantillon de patients non traités a été constitué (groupe contrôle). Sur cette base, une analyse coût-efficacité est en cours 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 cette alternative thérapeutique est comparée à la prophylaxie des infections opportunistes.

Echéancier

Janvier 2006 : fin de l'analyse des données cliniques et économiques ; Février 2006 : publication des résultats.

Résultats de l'année 2005

Des compléments d'informations ont été demandés à notre partenaire marocain afin de préciser certaines données cliniques (actualisation du suivi clinique des patients) et économiques (coûts des traitements prophylactiques et coûts de transport ou de logement pour les patients devant se rendre à Casablanca) afin de réaliser l'analyse coût-efficacité. La récupération des données auprès de notre partenaire a été réalisée en août 2005. Grâce à ces données, nous avons pu réactualiser les données, notamment pour le suivi des patients traités sous ARV. La base finale de l'étude se compose de 156 patients traités et suivis sur une période moyenne de 3 ans et de 120 patients non traités suivis sur une période moyenne de 2 ans. Il s'agit d'une étude de cohorte dynamique. L'analyse statistique des données cliniques et économiques a été finalisée en décembre 2005. L'analyse de la survie a été réalisée sur la base de la méthode Kaplan-Meier ainsi que selon un modèle de Cox. Conformément à l'hypothèse de travail, les résultats sont clairement en faveur de la tri-thérapie versus le traitement des infections opportunistes. L'analyse a permis de mettre en évidence le rôle de certains critères autres que cliniques (notamment des critères socio-économiques) comme facteurs de bon pronostic.

Perspectives 2006

L'analyse coût-efficacité nécessite que des analyses complémentaires de type analyse de sensibilité soient menées afin de tester la robustesse des résultats quant à la variabilité des paramètres de l'étude (cliniques et économiques). Les résultats de l'analyse coût-efficacité ainsi que leurs publications sont attendus pour le début de l'année 2006.

Commanditaire

Ensemble Contre le Sida (ECS)

Partenaires

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

46. Déterminants des prix des médicaments du VIH/Sida dans les Pays du Sud

Sigle : ETAP SUD 2

Début : 2001

Objectif(s)

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.

Problématique

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. Parmi ces mécanismes, le maintien d'une baisse des prix des médicaments antirétroviraux est primordial, du fait du rôle de ces derniers pour permettre le succès de l'actuel mouvement de mise à l'échelle (scaln-up) des programmes d'accès à ces médicaments dans les Pays En voie de Développement (PED), ainsi que des évolutions en cours au niveau international autour des questions des brevets de ces médicaments (accords TRIPS de l'OMC) et plus généralement du financement des soins du VIH/Sida dans les PED.

Méthodes

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 aujourd'hui pour les achats de médicaments antirétroviraux.

Echéancier

Début du projet : 2001 ; Début de la seconde phase de mise à jour du projet : mars 2004 ; Rapport intermédiaire effectué : mars 2005 ; Rapport final (à rédiger) et fin du projet : mars 2006.

Résultats de l'année 2005

L'année 2005 a été d'abord consacrée à la gestion des données du projet. Ainsi, la collecte des données de transactions, initiée en 2004, s'est poursuivie au cours de l'année 2005 et des missions ont été réalisées dans trois pays africains : Burundi, Congo-Brazzaville et Gabon. Par ailleurs, les indicateurs statistiques des bases de données complémentaires (bases Pays, Médicaments et Producteurs) ont été mis à jour à partir des recherches bibliographiques correspondantes. Ce travail préliminaire a pu permettre de fusionner les bases et de constituer une première base opérationnelle et complète.

Il a ainsi été possible de réaliser un certain nombre d'analyses préliminaires et d'initier la valorisation des résultats du projet. Outre la rédaction d'un 'Regards Santé' et d'un rapport préliminaire dans le cadre du stage de Constance Meiners au sein de l'Unité, les analyses réalisées ont été diffusées lors de conférences internationales au cours de l'année 2005, sous forme de poster (iHEA, Barcelone, juillet 2005) ou de présentations orales (AIDS IMPACT, Cape Town, avril 2005 ; CERDI, Clermont-Ferrand, décembre 2005).

Perspectives 2006

L'année 2006 verra la finalisation du projet ETAPSUD « prix ». Un rapport final couvrant l'ensemble des aspects du projet devra être remis à l'ANRS en mars. D'ici là, une mission de mise à jour des données du Brésil est prévue en début d'année 2006 et devrait clôturer le recueil des données de transactions. Outre les aspects logistiques afférents à cette mission, l'année 2006 sera consacrée à la poursuite de la valorisation des résultats avec comme objectif leur publication dans des revues scientifiques à comité de lecture, sur la base des analyses statistiques préliminaires déjà réalisées ainsi que d'un approfondissement de ces analyses et de la littérature économique théorique correspondante.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Partenaires

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A14

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

Sigle : VIH MACRO ECONOMIE AFRIQUE
Début : 2004

Objectif(s)

Objectifs principaux :

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

Problématique

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

Méthodes

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

Modélisation économétrique.

Echéancier

Avril 2006 : rapport scientifique à remettre à l'ANRS.

Résultats de l'année 2005

Les travaux ont été réalisés. Le modèle de prévision a été adapté pour pouvoir discuter les effets d'un accès aux médicaments anti-rétroviraux dans des pays très différents, tant par leur niveau d'exposition à l'épidémie (prévalence) que par leur organisation économique (degré de développement).

Perspectives 2006

Soumission d'articles dans les revues à comité de lecture.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Partenaires

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

Bibliographie

Cf. Annexe page A14

48. Evaluation du programme camerounais d'accès aux Antirétroviraux : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH

Sigle : EVAL ARV CAMEROUN

Début : 2005

Objectifs

Le présent projet, intégré dans un programme concerté de recherches portant sur l'évaluation de l'accès au traitement antirétroviraux (ARV) au Cameroun, contribuera à répondre à ces questions. En particulier, ses deux objectifs sont d'évaluer :

- L'impact de l'accès différentiel au traitement antirétroviraux (ARV) sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de leurs caractéristiques médicales, socio-économiques, comportementales et de qualité de vie, et de leur accès au traitement. Cet objectif implique notamment une comparaison entre groupes de patients selon qu'ils ont ou non accès aux antirétroviraux (ARV) ;
- Les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des professionnels de santé, et leur éventuelle hétérogénéité, dans le contexte de changements rapides induits par la mise en œuvre du programme d'accès au traitement.

Problématique

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

1. La capacité de l'infrastructure sanitaire et des ressources humaines à assurer l'accès aux antirétroviraux (ARV) ;
2. L'efficacité médicale et l'efficience économique et de santé publique des programmes ;
3. L'équité d'accès aux traitements ;
4. L'impact sur la prévention ;
5. Sur le système de santé et sur le développement. L'évaluation de ces programmes implique nécessairement une approche multi-disciplinaire capable de mesurer leur impact sur ces différentes dimensions.

Méthode

Ce projet de « recherche opérationnelle » comprendra, en les adaptant à ce contexte nouveau, les méthodes déjà mises en œuvre en Côte d'Ivoire et au Sénégal :

- Une enquête quantitative transversale auprès d'un échantillon représentatif de patients infectés par le VIH (2500 à 3000 patients) suivis dans les structures de santé au Cameroun, avec un questionnaire administré en face à face par un enquêteur et si nécessaire un prélèvement sanguin pour réaliser la numération des CD4.
- Une enquête quantitative transversale par questionnaire anonyme auto-administré auprès de 600 soignants (médecins, pharmaciens, infirmiers, agents communautaires...) dans les mêmes structures.
- Des enquêtes anthropologiques qualitatives auprès de soignants et de patients, accompagnées d'observations dans les structures de santé, afin de préciser en amont les thèmes abordés dans les enquêtes quantitatives et d'apporter en aval un éclairage plus approfondi sur certaines thématiques (notamment sur les raisons d'interruption du suivi médical).

Echéancier

La phase préparatoire du projet est en cours. Nous avons demandé une enquête qualitative pour préciser les thèmes des questionnaires et une étude sur l'offre de soins qui permettra de réaliser l'échantillonnage. La collecte des données quantitatives et qualitatives aura lieu en 2006, pour des résultats préliminaires attendus pour la Conférence Mondiale de l'été 2006. Tout au long de l'année 2006-2007, l'analyse approfondie des données quantitatives et la collecte et l'analyse de données qualitatives complémentaires se poursuivront en parallèle. Les conclusions finales de l'étude seront rendues en juillet 2007.

Perspectives 2006

Les résultats du projet seront une analyse des conditions de vie des personnes infectées par le VIH en fonction de leur accès (ou non) au programme ARV camerounais, qui contribuera à l'évaluation de son efficience et de son équité, ainsi que de son impact en termes d'infrastructures sanitaires, de

ressources humaines et de système de santé. Ces résultats, élaborés en lien constant avec le Comité National de Lutte contre le Sida et le Ministère de la Santé Publique, donneront aux pouvoirs publics camerounais des éléments objectifs pour ajuster le programme et permettront, au plan international, de mieux comprendre les processus qui favorisent ou freinent la montée en puissance de l'accès aux antirétroviraux (ARV) dans les pays à ressources limitées.

En effet, la faisabilité de l'accès aux antirétroviraux (ARV) dans les pays à ressources limitées ayant été démontrée par des programmes-pilote dans des capitales africaines pour un nombre limité de patients, le défi posé à la communauté internationale est aujourd'hui celui de la montée en puissance rapide de cet accès, incarné, entre autres, par l'initiative « 3 by 5 » de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Cameroun, l'un des pays africains désormais les plus avancés dans ce domaine, a ainsi pour objectif de porter le nombre de patients sous traitement antirétroviraux (ARV) de 9 000 fin 2004, à 30 à 50 000 fin 2006.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Partenaires

Comité National de Lutte contre le Sida Cameroun ; Site Agence de Recherche sur le Sida Cameroun ; Equipe du professeur Abega, Institut de Recherche Socio-Anthropologiques (IRSA).

49. Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux : évaluation d'une stratégie de « suivi allégé » des patients au Cameroun

Sigle : EVAL INTERVENTION RANDOM CAMEROUN

Début : 2005

Objectif principal

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

Objectifs secondaires

Comparer entre les deux approches l'efficacité virologique, la survie, les arrêts de traitement, le nombre de perdus de vue, la progression clinique, la tolérance clinique et biologique, l'observance, l'émergence de résistances virales, l'impact sur la vie quotidienne des patients, l'acceptabilité par les patients et les soignants, et les performances coût-efficacité.

Problématique

L'accès au traitement ARV est encore très limité en Afrique (8 % des patients ayant une indication immédiate de traitement en 2004). L'OMS et l'ONUSIDA plaident pour une extension rapide de cet accès et visent un objectif de 3 millions de personnes traitées d'ici la fin de l'année 2005. Compte tenu de l'ampleur des besoins et des contraintes (indisponibilité et coût de la charge virale et des lymphocytes T CD4, manque de médecins...), une approche proposant un suivi allégé a été élaborée par l'OMS. Cette approche "allégée" limitant au maximum l'utilisation des examens complémentaires et donc les critères biologiques d'efficacité et de tolérance est controversée. Certains experts considèrent qu'il s'agit d'une stratégie dangereuse pour la personne sous traitement mais également pour la collectivité (émergence rapide de résistances) et qu'il serait préférable de traiter moins de personnes et seulement selon l'approche de référence. En pratique, cette approche "allégée" qui représente un enjeu majeur pour le "passage à l'échelle" n'a que peu ou pas été évaluée par rapport à l'approche de référence.

Méthodes

Développement en sciences sociales sur l'essai comparatif d'intervention, randomisé, sans insu sur l'intervention, de non infériorité dans les hôpitaux de district de la province du Centre au Cameroun, en vue de comparer l'approche "allégée" recommandée par l'OMS et le programme camerounais pour la prise en charge des patients par les antirétroviraux au niveau des hôpitaux de district à l'approche de référence. L'approche "allégée" ne devrait pas apporter de meilleurs résultats que l'approche de référence et un essai de non infériorité permettra de déterminer si cette approche est équivalente à l'approche de référence ou si elle lui est inférieure. L'approche utilisée (approche "allégée" ou approche de référence) sera déterminée par tirage au sort pour chaque patient. Le recueil de données quantitatives sera complété par une étude qualitative sur l'acceptabilité des deux approches.

Echéancier

L'étude a commencé en décembre 2005. L'inclusion des patients sera aussi rapide que possible, idéalement en 12 mois maximum. Les patients seront suivis pendant 24 mois. La durée totale de l'étude devrait donc être de 36 mois maximum.

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)

Partenaires

Equipe du Professeur Delaporte, Laboratoire VIH et Maladies associées à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

50. 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

Objectif(s)

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

Problématique

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

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

Méthodes

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

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

Echéancier

Le bilan des données recueillies au cours de l'année 2005 est prévu pour le mois de mars de l'année 2006. Un retour d'informations auprès des CDAG, des CES et de la DRASS est prévu sous la forme d'un document de quatre pages, deux fois par an.

Résultats de l'année 2005

Un premier document présentant l'analyse des données recueillies au cours de l'année 2004 a été rédigé ; il est en cours de validation par les membres du Comité de Pilotage. En 2004, la prévalence du VHC s'élevait à 2,3 % dans les CDAG et CES de la région PACA, soit 215 consultants VHC positifs sur les 9 177 testés. Elle était significativement plus importante dans les CDAG en prison (7,9 %). Plus d'un consultant testé sur 6 était toxicomane. La prévalence du VHC chez les UDVI testés était de 43,8 % ; elle était moins importante chez les UDVI qui pratiquent aussi le sniff que chez les UDVI exclusifs (39,4 % versus 58,5 %). Par ailleurs, la prévalence du VHC était d'autant plus importante que la période de début de la toxicomanie était ancienne.

Enfin, 4,2 % des consultants VHC + étaient séropositifs au VIH (versus 0,3 % des VHC -) et 1,4 % avaient une sérologie VHB positive parmi les consultants des CDAG (versus 0,7 % des VHC -).

Perspectives 2006

Le projet devrait se poursuivre au cours de l'année 2006. Un article pourrait être soumis au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH).

Commanditaire

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

Partenaires

Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ; Centre d'Examen de Santé (CES).

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

Sigle : HEPATITE C – EVAL ECO

Début : 2000

Objectif(s)

L'objectif principal de cette étude est de réaliser une évaluation médico-économique des stratégies de dépistage et des modes de prise en charge de l'hépatite chronique C en fonction de la prévalence, des schémas thérapeutiques et de l'histoire naturelle de la maladie.

Les objectifs secondaires sont :

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

Problématique

Ce projet de recherche est basé sur le constat qu'aucune étude en France n'a évalué, d'emblée, l'impact économique du dépistage et du traitement de l'hépatite C de façon associée. En s'appuyant sur la collaboration avec les deux Centres de Soins et de l'Immuno-déficience Humaine de la région PACA, l'analyse économique que nous proposons intégrera les informations issues des données réelles dans la modélisation théorique, permettant de mieux apprécier l'impact socio-économique du dépistage et de la prise en charge de l'infection à VHC.

Méthodes

Les données sont issues d'un Registre des Ponctions Biopsies Hépatiques (RPBH) incluant des informations clinico-biologiques et anatomo-pathologiques sur l'ensemble des malades atteints d'une hépatite chronique C et ayant eu une ponction biopsie hépatique entre 1997 et 2005 dans le département des Alpes-Maritimes.

Une analyse économique, basée sur une analyse coût-efficacité et la modélisation par modèles de Markov de l'histoire naturelle de la maladie, permettra d'évaluer les conséquences à long terme du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C, à la fois en termes d'efficacité (années de vie gagnés) et de coûts. L'analyse sera complétée par une analyse de sensibilité.

Echéancier

La collecte des données a été finalisée au cours de l'année 2005 et la base a été transmise fin octobre 2005. Le rapport final sera rendu au cours du second trimestre 2006.

Résultats de l'année 2005

La mise en place de la base a nécessité beaucoup de temps, le travail de récupération rétrospective de certaines variables indispensables pour l'analyse économique a été effectué pendant les 10 premiers mois de l'année 2005.

Dans un premier temps, nous avons effectué un contrôle de qualité des données.

Une analyse descriptive de la base est en cours de réalisation (facteurs de risques associés à la sévérité de la fibrose hépatique, impact de la coinfection VIH sur la vitesse de progression de la fibrose, étude des modes de prise en charge de l'hépatite C et de la réponse au traitement en fonction du statut VIH). Ces résultats nous permettent de mieux apprécier l'impact socio-économique de l'hépatite C et d'apporter des éléments pour une politique cohérente de prise en charge.

Perspectives 2006

Pendant l'année 2006, l'effort sera mis sur l'analyse coût-efficacité (création de l'arbre de décision, estimation des paramètres du modèle de Markov, estimation des ratios coût-efficacité en fonction des différents catégories de populations à risque pour l'infection à VHC).

Commanditaire

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (AC20-ANRS)

Partenaires

CISIH Marseille (Pr. Gallais) ; CISIH Nice (Pr. Dellamonica)

52. Etude transversale de la qualité de vie des patients co-infectés par le VIH et le VHC en région PACA

Sigle : COINFECTION VHC VIH – HEPA VIH
Début : 2005

Objectif(s)

Le projet HEPAVIH vise à regrouper des patients co-infectés par le VIH et le VHC en une cohorte nationale afin de mieux caractériser la prise en charge de ces patients: caractérisation épidémiologique, histo-pathologique, évaluation thérapeutique, aspects socio-comportementaux (accès aux traitements anti-VHC, observance et qualité de vie). L'étude transversale mise en place en région PACA a pour but de tester les outils de recueil socio-comportementaux dans le contexte de la coinfection, et de permettre de mieux orienter les analyses des problématiques socio-comportementales dans HEPAVIH.

Problématique

Environ 30% des patients infectés par le VIH sont également infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Les interactions entre le VIH et le VHC sont nombreuses et complexes. D'une part, l'infection par le VIH joue un rôle aggravant sur l'évolution spontanée de l'hépatite C, notamment en diminuant le délai de progression vers la cirrhose. Par ailleurs, si l'introduction des thérapies antirétrovirales hautement actives a transformé le pronostic de l'infection par le VIH, elle dévoile à présent les complications liées au VHC, qui apparaissent après une quinzaine d'années d'évolution. De plus, ces traitements antirétroviraux, métabolisés par le foie, sont responsables d'une toxicité hépatique. Les effets du VHC sur le VIH sont moins clairement documentés, mais certaines études suggèrent que l'infection par le VHC pourrait induire une moins bonne réponse immunologique au traitement anti-VIH.

Méthodes

Le recrutement pour HEPAVIH doit se dérouler sur une période de 1 an dans les cohortes existantes de l'ANRS (Aquitaine, Ribavir, Seroco/Hemoco) et dans quelques centres cliniques motivés. Il est prévu d'inclure 1200 patients, avec un suivi annuel ou semestriel (selon le stade de leur maladie VHC et leur réponse aux traitements) sur une durée de cinq ans renouvelable. Des données cliniques, démographiques et socio-comportementales (auto-questionnaires) seront recueillies à l'inclusion et tout au long du suivi.

Echéancier

Novembre 2005 : mise en place de la cohorte HEPAVIH ;
Début 2006 : Analyse des données socio-comportementales de l'étude transversale en région PACA.

Résultats de l'année 2005

L'étude transversale, mise en place dans deux centres cliniques (hôpital de la Conception à Marseille et hôpital L'Archet à Nice), a inclus au total 206 patients, dont 147 ont accepté de participer à l'étude. Les patients inclus sont séropositifs pour le VIH depuis en moyenne 15 ans, et séropositifs pour le VHC depuis en moyenne 11 ans. La plupart ont été contaminés par usage de drogues par voie intraveineuse. Près de 9 patients sur 10 sont traités pour le VIH, mais seulement 16% des patients reçoivent un traitement anti-VHC (en majorité, combinaison d'interféron pégylé et de ribavirine). Près de 8 patients traités pour le VIH sur 10 déclarent ressentir au moins un effet secondaire gênant. Les scores d'activité et de fibrose hépatique, indicateurs de l'état du foie, sont disponibles pour la moitié des patients et révèlent 13% de stade fibrotique F4. Les échelles socio-comportementales (dépression, fatigue, qualité de vie, irritabilité et colère) sont globalement bien remplies par les patients, avec des taux de réponse variant entre 71% et 90% suivant les échelles et les dimensions considérées. Près d'un patient sur 2 présente un score de dépression élevé.

Perspectives 2006

Les données de l'étude transversale réalisée sur les patients co-infectés en région PACA permettront d'analyser les déterminants de la qualité de vie chez ces patients, en particulier le poids relatif du VIH, du VHC, de la dépression, de la fatigue et des effets secondaires perçus. Les inclusions dans la cohorte HEPAVIH se poursuivront durant l'année 2006.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) ; Ensemble Contre le Sida – Sidaction (ECS).

Partenaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (U379, U593) ; Hôpital de la Conception, CHU Sainte Marguerite – Marseille ; Hôpital Archet – Nice ; Assistance Publique – Hôpitaux de Paris : CHU La Pitié-Salpêtrière, Tenon Cochin.

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

Sigle : GROG
Début : 2002

Objectif(s)

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.

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.

Méthodologie

Le GROG PACA coordonne un groupe de 16 médecins généralistes et de 3 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 2005

Les médecins ont participé activement à la surveillance (~ environ 75 %).

C'est une épidémie à virus A(H1N1), d'intensité moyenne qui a sévi cette année encore dans la région en décembre-janvier avec un pic franchi en fin janvier. Elle a touché des adultes jeunes et dans la moitié des cas, des enfants de moins de 15 ans et a circulé jusqu'en février. Puis le virus A(H3N2) a circulé jusqu'en avril. Quelques cas de virus B ont été isolés. L'épidémie de grippe a été précédée par le virus respiratoire syncytial chez les enfants.

Perspectives 2006

Nous avons demandé que le GROG soit repris par la CIRE. Le responsable du GROG devrait se mettre en contact avec le directeur de la CIRE pour la poursuite du GROG.

Commanditaire

Association ADD GROG.

Partenaires

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

Bibliographie

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'intégration 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 : Dr Bruno Spire, Pr Michel Morin, Patrizia Carrieri

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

- En consolidant les dispositifs d'analyse et d'évaluation qu'elle avait mis en place sur plusieurs terrains sensibles pour la progression, le contrôle et la prise en charge de l'épidémie : milieu carcéral, personnes infectées par voie toxicomane, personnes en situation de précarité ;
- en renforçant et en approfondissant les possibilités des démarches prospectives de suivi longitudinal des personnes atteintes et en focalisant une part croissante de ses activités sur l'impact des nouvelles stratégies thérapeutiques. En effet, l'arrivée des multithérapies en 1996 a complètement bouleversé la donne et modifié les questions posées aux chercheurs en santé publique et en sciences sociales.

L'infection à VIH est une infection progressive, qui attaque et détruit le système immunitaire. Elle se caractérise par une répllication virale extrêmement importante dès la primo-infection, puis partiellement contrôlée par le système immunitaire pendant la phase chronique. Cependant, à terme, cette répllication conduit presque toujours à la destruction finale du système immunitaire. L'apparition des multithérapies en 1996, combinant des inhibiteurs des enzymes clés de la répllication virale, a permis à une majorité de patients de maintenir la répllication virale à des taux résiduels et de récupérer en grande partie un système immunitaire efficace détruit par le virus. Dès lors, le contexte clinique de la prise en charge a radicalement changé, puisque il existait enfin des armes efficaces pour changer de façon spectaculaire le pronostic de cette infection [1].

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.

Tout d'abord, ces multithérapies ne permettent pas l'éradication virale, car certaines cellules potentiellement productrices de virus seraient à l'abri du traitement dans des sanctuaires [2]. De plus, le génome du virus est capable d'intégrer celui de cellules mémoires qui ne répliquent pas mais qui constituent des points de départ potentiels de répllication active en cas de stimulation.

Ensuite, les succès thérapeutiques diffèrent selon les patients. En France, on estime que seuls 66 % des patients traités bénéficient d'un succès virologique prolongé. Si l'accès aux soins n'est pas un facteur limitant en France, l'observance, c'est-à-dire la capacité à respecter les prescriptions médicales, est le facteur comportemental limitatif majeur du succès des traitements antirétroviraux.

L'observance a plus d'impact sur la réponse thérapeutique que certains facteurs non modifiables comme le fait d'avoir été exposé à des traitements sub-optimum avant les multithérapies ou un bas niveau de CD4 avant la mise sous traitement [3]. 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 [4-6]. 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% [7]. La non-observance a souvent été incriminée comme cause majeure de l'apparition des résistances virales [8].

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.

Enfin, les multithérapies font preuve d'une certaine toxicité à court terme et à long terme, bien qu'elles soient issues d'antiviraux s'adressant à des cibles rétrovirales prétendument spécifiques. Si les effets à court terme sont transitoires, les effets à long terme entraînent des préjudices esthétiques et sociaux importants: c'est le cas des lipodystrophies, très fréquentes [9], et de modifications métaboliques qui ont des conséquences néfastes sur le risque cardio-vasculaire. C'est toute la problématique de la qualité de vie qui prend une place de plus en plus importante au fur et à mesure de la constante augmentation de l'arsenal thérapeutique.

Les travaux antérieurs, essentiellement basés sur les analyses de cohortes multidisciplinaires de patients infectés par le VIH se sont intéressés à 3 problématiques: l'observance au traitement, la qualité de vie sous traitement ainsi que l'impact des multithérapies sur la prévention.

1) L'observance aux antirétroviraux

1. La problématique de l'étude de l'observance

Nous avons exposé largement cette problématique dans deux revues, une publiée dans un ouvrage Européen [10], l'autre dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique [11]. En résumé, dans la conception dominante, l'objectif reste d'identifier les facteurs prédictifs d'une moindre observance chez certaines catégories de patients. Cette approche "prédictive" débouche sur différentes formes d'intervention visant à réduire l'impact des facteurs censés favoriser la non-observance et à renforcer ceux qui peuvent faciliter un suivi adéquat du traitement [12]. Les recherches pharmacologiques pour simplifier les modalités d'administration des antiviraux, tout en garantissant une délivrance optimale du médicament dans l'organisme, comme certaines interventions de support psychologique et social [13-16] peuvent indéniablement bénéficier aux patients. Mais dès lors que ces facteurs "prédictifs" de non-observance sont utilisés dans la décision médicale de mise sous traitement, ils peuvent fournir des justifications au fait de retarder, voire de refuser, des traitements à certaines catégories de patients. Cette approche peut laisser le champ libre à l'interférence de préjugés, de jugements de valeurs, ou d'anticipations des comportements des patients reposant sur des stéréotypes dans la décision clinique, alors qu'il est quasi impossible de prédire la non-observance à partir de quelques caractéristiques individuelles simples des patients [17].

Certes, des travaux sur l'infection à VIH ont pu retrouver une moindre observance chez des patients plus jeunes, de sexe masculin, de statut socio-économique précaire, ou appartenant à une minorité ethnique, poursuivant une toxicomanie active, ou présentant une dépression ou des troubles de la personnalité [18, 19]. Mais, ces études transversales ne tiennent pas compte du facteur temporel qui joue un rôle important dans l'évolution de l'observance au cours du temps. C'est probablement pour cette raison que d'autres travaux ne retrouvent pas les mêmes résultats [20, 21] et surtout montrent que, dès lors qu'un effort est fait pour lever les barrières économiques ou culturelles dans l'accès aux soins, les patients appartenant à des groupes défavorisés ou stigmatisés sont susceptibles de niveaux de suivi du traitement tout à fait comparables aux autres [22, 23].

Nous préférons nous situer dans une approche plus "empathique" de l'observance, qui s'efforce de rompre radicalement avec la problématique traditionnelle de la "compliance", en se fixant pour objectif d'encourager tous les patients infectés par le VIH (médicalement éligibles) à adopter des plans de traitement individualisés à même de faciliter une prise adéquate de médicaments.

Nos priorités ont ainsi été d'étudier l'évolution de l'observance au cours du temps en optimisant la mesure par l'auto-questionnaire et dans un deuxième temps de rechercher les facteurs au cours du temps, susceptibles d'influencer la dynamique de l'observance.

2. Les principaux résultats obtenus sur l'observance

2.1 Nous avons 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 [24]. Par ailleurs, nous avons confirmé la validité de ces questionnaires en démontrant la relation entre observance et concentrations plasmatiques d'inhibiteurs de protéase (IP), y compris parmi les patients contaminés par usage de drogue [25, 26]. Nous avons pu montrer dans ces analyses que la mesure de l'observance était plus prédictive de la réponse que le dosage d'IP ; cependant, pour les patients classés hautement observants grâce au questionnaire, un dosage faible d'IP est prédictif d'une moins bonne réponse virologique [27].

2.2 Nous avons démontré que l'observance est un phénomène dynamique qui se modifie au cours du temps. Dès la période initiale de la cohorte APROCO, après l'initiation du traitement, nous avons pu démontrer les changements importants de comportements d'observance entre le premier et le quatrième mois de traitement (1999-3). Après 20 mois de suivi, seulement 31% des patients restent hautement observants, 52% ont parfois une observance élevée, et 17% jamais [24].

2.3 Nous avons pu démontrer que l'observance initiale a plus d'impact sur la réponse virologique et immunologique à long terme et que des déviations modérées de l'observance au cours du suivi ultérieur semblent avoir un impact moindre [28]. En effet, l'observance complète à M4 est associée à la fois à la suppression prolongée de la réplication virale et à un gain de CD4 $>200/\text{mm}^3$ au cours des 3 années de traitement. 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. Les interventions pour maximiser l'observance doivent être privilégiées au moment des 1ers mois suivant la mise sous traitement, même si une adhérence modérée est compatible à court terme avec de bons résultats immunologiques [29].

2.4 Nous avons mis en évidence le rôle négatif de la dépression sur la progression clinique et immunologique indépendamment de la non-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. Après ajustement multiple, un haut niveau de non-adhérence cumulée et un score élevé de dépression mesuré par l'échelle du CES-D après mise sous traitement sont indépendamment associés à la progression clinique [30]. Ce résultat obtenu l'année passée souligne le besoin de prendre en charge la dépression au moment des initiations de traitement antirétroviral pour garantir une réponse immuno-clinique. La prise en charge doit avoir un objectif différent de la simple amélioration de l'observance puisque l'effet de la dépression sur la progression immuno-clinique est indépendant de la non-observance.

2.5 Nous avons recherché les facteurs associés au comportement d'observance peu après la mise sous traitement. Les résultats de notre équipe, détaillés dans l'article publié en 2002 dans *Social Science and Medicine* plaident contre l'approche prédictive de l'observance visant à identifier a priori les facteurs expliquant une non-observance future [31].

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 [32] qu'à plus long terme pour expliquer les ruptures

d'observance [33]. Il est important de noter que les effets secondaires perçus par les patients ne se superposent que partiellement à la toxicité objective du traitement enregistré dans les données médicales. Cependant, ce n'est pas la toxicité objective qui est associée à la non-observance mais la toxicité subjective.

2.6 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 [34]. 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 [35]. 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 [36]. 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. Plus globalement, ils montrent l'intérêt d'avoir choisi en France la buprénorphine comme traitement principal de la dépendance aux opiacés en ce qui concerne l'observance des usagers de drogue infectés par le VIH, tout en soulignant la nécessité de renforcer la prise en charge globale. Bien sûr, des interrogations demeurent quant aux possibles interactions entre buprénorphine et traitements antirétroviraux mais nous avons pu cependant montrer au sein de la cohorte MANIF que les résultats virologiques semblaient peu modifiés par la prise de buprénorphine [37].

2.7 En particulier au cours de la dernière année, nous avons identifié les déterminants au long cours associés à l'observance après 5 ans de suivi grâce à des modélisations mathématiques complexes, [38]. Nous avons pu démontrer que les facteurs socio-démographiques semblent plus associés à l'attrition de la cohorte mais quand on tient compte des biais de sélection induits par les données manquantes, les facteurs socio-démographiques ne sont pas retrouvés significativement associés à l'observance. En revanche, les facteurs liés au traitement sont très clairement identifiés que l'on tienne compte ou non des biais induits par les données manquantes. La non-observance est indépendamment associée à un nombre élevé d'effets secondaires perçus, à la prescription d'une combinaison avec anti-protéase ainsi qu'un traitement ne se prenant pas en 2 prises par jour (3 prises par jour ou plus ou une seule prise par jour). De façon indépendante, un score élevé de dépression et l'absence de soutien du partenaire principal sont fortement associés à la non-observance. Ces résultats soulignent l'importance de tenir compte des effets indésirables perçus par les patients ainsi que de mettre en place des interventions pour lutter contre la dépression et mieux soutenir psychologiquement les personnes sous traitement. Ils démontrent également que la simplification du traitement en une seule prise par jour n'est pas la solution qui va résoudre les problèmes d'observance.

2.8 Enfin, nous avons pu évaluer et démontrer l'impact positif d'une intervention psychosociale visant à améliorer l'observance. L'intervention s'est déroulée sous forme d'un essai thérapeutique randomisé qui a inclus 244 patients afin de comparer un groupe (n=123) ayant accès à des consultations de " counseling " réalisées par des infirmières formées avec un groupe contrôle de 121 patients qui ont un accès différé à cette intervention. Cet essai a été conduit à Nice sous la responsabilité du Dr Pradier. Mon équipe s'est chargée d'analyser l'impact de l'intervention : les résultats démontrent qu'avant intervention, la proportion de sujets observants est égale dans les deux bras mais devient supérieure dans le groupe intervention 6 mois après son début (75% vs. 61%, p=0.04). La baisse moyenne de la charge virale est significativement supérieure dans le bras intervention (p<0.01, différence de 0.22 log. Il s'agit d'une rare intervention psychosociale qui ait pu montrer un effet significatif sur la baisse de la charge virale. [39].

L'observance est ainsi devenue un élément comportemental intégré à la problématique de la prise en charge. Les travaux que nous avons réalisés se sont centrés sur la première génération de patients mis sous traitement avec des combinaisons thérapeutiques qui ne sont pas celles que l'on utiliserait aujourd'hui.

En effet, la chronicisation de l'infection entraîne une évolution constante des thérapeutiques qui doivent prendre en compte le fait que les patients ne sont pas 100% observants. Le développement de

nouvelles stratégies thérapeutiques devra intégrer des méthodes permettant d'évaluer si l'innovation a pu diminuer l'impact de la non-observance sur son efficacité à long terme.

2) La qualité de vie des patients traités par multithérapies

2.1 Problématique

Avant l'arrivée des multithérapies, la qualité de vie des patients infectés par le VIH avait fait l'objet de quelques études qui montraient un lien très important entre les symptômes de la maladie sida et la qualité de vie [40]. La restauration du système immunitaire grâce au traitement antirétroviral pose donc la question de l'impact des multithérapies sur la qualité de vie. Bien que les multithérapies soient associées à une réduction massive de la mortalité et de la morbidité des patients, les traitements peuvent aussi dégrader la qualité de vie en raison des effets secondaires. De plus, le retour à une meilleure santé ne résout pas non plus un certain nombre de problèmes sociaux aggravés par la maladie. Les cohortes multidisciplinaires ont ainsi permis d'étudier la qualité de vie des patients traités par multithérapie et de mesurer l'impact du traitement. Pour cela, le SF-36 a été l'instrument choisi. Le SF-36 représente 8 des plus importants concepts de santé (activité physique, limitations dues à l'état physique, santé perçue, douleurs physiques). C'est une échelle générique qui explore 4 dimensions physiques (pouvant s'agréger en un score unique PCS) et 4 dimensions mentales (pouvant s'agréger en un score unique MCS) 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.

2.2 Résultats obtenus sur la Qualité de Vie

a) Amélioration générale de la Qualité de Vie

Nous avons démontré l'impact positif du traitement sur la qualité de vie puisque la proportion de patients avec une bonne qualité de vie allait de 36% avant traitement à 46% après un an de traitement ($p=0.001$). Toutes les sous-dimensions du SF-36 s'améliorent de façon significative à l'exception du score de capacité physique qui est stable et celui des douleurs physiques qui se dégrade significativement. Nous avons déterminé les facteurs associés à une bonne qualité de vie après un an de traitement : le rôle déterminant de la qualité de vie 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 [41].

b) Le rôle positif de la relation patient médecin

Dans la même cohorte, une analyse menée après 3 années de traitement centrée sur les scores agrégés de qualité de vie physique et qualité de vie mentale, a pu démontrer indépendamment des effets secondaires perçus et de l'efficacité thérapeutique, le rôle de la relation de confiance avec le médecin prescripteur sur la qualité de vie mentale et la satisfaction des explications fournies sur la qualité de vie physique [42].

c) Le rôle des croyances sur la santé

Le lien entre le locus de contrôle (LOC) et l'état de santé fait toujours actuellement l'objet d'un débat déjà ancien et controversé parmi les psychologues de la santé. Le LOC mesure la 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 ".

Cette dernière année, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques psychologiques des patients avant traitement pour tenter d'expliquer la qualité de vie après plusieurs années de traitement.

Pour cela, le locus de contrôle (LOC) recueilli lors de l'inclusion dans APROCO a été introduit dans un modèle explicatif de la qualité de vie chez des patients traités depuis 4 ans. Ce modèle démontre que qu'un locus externe " personnage tout puissant " élevé a une influence défavorable sur la qualité de vie mentale après 4 ans de traitement, après ajustement sur le nombre d'effets secondaires déclarés et le stade de la maladie.

En revanche, un locus interne élevé influence positivement la Qualité de vie physique après 4 ans de traitement après ajustement sur le nombre d'effets secondaires déclarés et les caractéristiques sociales [43].

3) Les comportements à risque des patients traités

3.1 Problématique

La qualité de vie dans le contexte de l'infection à VIH est indissociable de la question des prises de risque, tant sexuelles que concernant l'injection, et de la prévention secondaire. Les multithérapies, qui peuvent permettre un retour dans une vie sexuelle active mais aussi provoquer certains troubles des fonctions sexuelles [44], ont le mérite de faire sortir la question de la sexualité des personnes atteintes du déni qu'elles subissaient depuis les débuts de l'épidémie [45]. Leur diffusion suscite cependant l'inquiétude que la disponibilité de thérapeutiques efficaces favorise la recrudescence des comportements à risque [46]. De nombreuses enquêtes ont bien mis en lumière une telle recrudescence, tant parmi les homo et bisexuels masculins [47] qu'en population générale [48]. Au plan des attitudes et des croyances, les corrélations entre l'optimisme entretenu par l'existence des multithérapies et un moindre intérêt pour la prévention du VIH dans certains groupes fait l'objet de controverses [49]. Par contre, au plan des comportements à risque, il est difficile de faire la part de ce qui tient effectivement à l'impact des traitements, et de ce qui relève plutôt d'effets de générations ou de rendements décroissants, sur la longue durée, des efforts préventifs. De plus, la transmission du VIH au sein des couples sérodifférents a fait resurgir la question de la responsabilité partagée de la transmission sexuelle du VIH, un principe largement admis depuis le début de l'épidémie par les acteurs de santé publique [50]. Cependant, ce principe a été remis en question par la justice [51] en particulier lorsqu'il s'agit de transmission au sein d'un couple stable où l'usage du préservatif est rarement la règle et a fait l'objet d'une vaste médiatisation aussi bien en France qu'au Royaume-uni. Certains acteurs souhaitent aujourd'hui punir la transmission sexuelle du VIH au sein d'un couple en reconnaissant une vertu préventive à l'établissement d'un délit spécifique de transmission du VIH [52].

Une prise en charge efficace, prolongeant la vie des personnes atteintes, exige que le suivi médical s'intéresse à la prévention secondaire. En effet, le caractère chronique de la maladie et les contraintes du traitement pèsent sur la vie quotidienne de personnes séropositives, frappées par la maladie très tôt dans l'âge adulte, entravant les projets de vie dans leurs aspects les plus intimes. Or, en ce domaine, les études de cohorte sont incomplètes par le type de population étudiée (cohortes, MANIF2000), ou insuffisamment détaillées quant aux informations portant sur les prises de risque et sur leur contexte. C'est pourquoi nous nous avons mis en place l'étude VESPA, enquête transversale représentative de la population infectée par le VIH suivie en France en 2003 qui a eu comme objectif de décrire les conditions de vie et la situation sociale des personnes infectées par le VIH. Cette enquête a inclus près de 3000 patients.

3.2 Résultats obtenus

a) Impact des traitements sur les pratiques à risque d'injection

Les résultats de la cohorte MANIF 2000 indiquent que l'injection est le marqueur le plus significatif associé aux comportements de non-observance des patients toujours dépendants aux opiacés [35, 36]. Toutefois, nous avons pu montrer que la mise sous traitement permet en soi de faire diminuer les pratiques d'injection. En comparant les visites avec ou sans événement d'injection déclarée, nous avons pu démontrer une baisse significative des comportements d'injection au fur et à mesure du temps mais le risque d'injection reste plus important chez les patients les plus éduqués, ceux qui sont dans un réseau d'injecteurs et surtout ceux qui ne sont pas encore traités par multithérapies [53]. Ce résultat souligne l'importance de permettre aux injecteurs infectés par le VIH d'avoir accès aux multithérapies.

b) 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 des préservatifs avec des partenaires occasionnels chez les usagers de drogue séropositifs traités par multithérapie de la cohorte MANIF.

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 [54].

Le nombre d'effets secondaires perçus influence la non-observance, une faible qualité de vie mais aussi la prise de risque sexuel. Cette variable qui est un proxy de la perception de la toxicité du traitement pourrait en fait résumer un mal-être physique et psychique rendant l'individu plus vulnérable lors des rencontres sexuelles. Il est possible que cette vulnérabilité soit médiée par une plus grande difficulté à négocier la prévention avec le ou la partenaire.

c) Les facteurs associés à la prise de risque sexuel chez les homosexuels infectés par le VIH avec leurs partenaires occasionnels

Les prises de risque sexuel sont en constante augmentation dans la population homosexuelle depuis l'arrivée des multithérapies. L'analyse de l'enquête VESPA a permis de séparer les facteurs relevant de certains styles de vie spécifiques du monde homosexuel de ceux liés à la problématique VIH. L'analyse a porté sur un échantillon représentatif de 607 homosexuels infectés par le VIH ayant des partenaires occasionnels dans l'année. 20% d'entre eux déclarent des rapports anaux non protégés, et nous avons pu démontrer qu'un score bas de qualité de vie et la prise d'anxiolytiques était indépendamment associés à la prise de risque, indépendamment des facteurs liés aux style de vie gay comme le nombre de partenaires, la rencontre des partenaires dans les lieux dédiés au sexe et les prises d'alcool à usage festif. La faible qualité de vie dépend de la perception d'effets secondaires gênants, d'antécédents de discrimination au sein de la famille et de troubles de la sexualité. Ce résultat est cohérent avec ce que nous avons trouvé chez les toxicomanes (cf ci-dessus) puisque encore une fois des variables résumant un mal-être psychologique ou physique influencent négativement les comportements de prévention.

d) La criminalisation de la transmission du VIH n'est pas épidémiologiquement justifiée

L'enquête VESPA a été utilisée pour déterminer la fréquence et les caractéristiques des personnes qui dissimulent leur statut à leur partenaire principal et qui ne se protègent pas. Ainsi, nous avons pu déterminer que cette proportion de patients qui pourraient être concernés par des poursuites pénales est de 1% alors que 9% de l'échantillon concerne des couples sérodifférents qui ne se protègent pas en toute connaissance du statut sérologique. De plus, la dissimulation du statut est plus fréquente pour les femmes, les personnes nées hors de France, les personnes âgées de plus de 50 ans et pour les couples de moins de 5 ans [55].

• **L'équipe 4**

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

Coordonnateurs : Anne Lovell, Dr Yolande Obadia, Isabelle Feroni

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 progressivement le champ d'intérêt 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.

1) 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 :

1.1 Les 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 (notamment des automates à partir d'une enquête de rue), a 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. Ces résultats ont autorisé une approche plus informée et ciblée des publics vulnérables au niveau local et ont 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.

1.2 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.

1.3 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 ainsi 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.

2) Les projets terminés en 2005 prolongent l'ensemble de ces orientations.

2.1 L'analyse des déterminants contextuels des pratiques à risques d'injection, en lien avec la problématique des réseaux sociaux, a été approfondie par une recherche comparative sur les injecteurs jeunes et/ou récents.

Etudes réalisées

a) MARNY

En 2005, les deux volets de l'enquête comparative MARNY (en collaboration avec le Dr Alan NEAIGUS, du Center for Drug Use and HIV Research (CDUHR) du National Development and Research Institutes, Inc. (NDRI)), sur New York et Marseille, ont été terminées. Cette enquête étant menée auprès d'injecteurs jeunes et/ou récents (UDIJR), ils ont cherché à comprendre, par une analyse de réseau social et par une étude ethnographique, les variations inter-locales dans les prises de risques liées à l'injection.

Analyse de réseaux : Le taux de prévalence du VIH est nettement plus élevé dans le groupe de Marseille, tandis que le taux de prévalence du VHC est élevé sur les deux sites. Les UDIJR marseillais ont plus de chances d'avoir été impliqués dans des pratiques à risque. Pour mieux explorer les raisons des taux plus élevés de VIH à Marseille, une analyse a été menée sur des dyades (un sujet + partenaire d'injection). *Le network mixing* -- le contact entre personnes infectées et non-infectées à travers des pratiques à risque aux infections, telle l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par l'autre -- est importante pour comprendre la probabilité de transmission de l'infection dans un réseau. Or, pour les dyades séro-discordants, *le UDIJR marseillais a plus de chances de déclarer un partenaire d'injection qui, lui, est infecté* qu'UDIJR new yorkais (Neaigus, Gyarmathy, Lovell et. Frajzyngier, 2005) ce qui pourrait expliquer en partie le taux d'infection au VIH plus élevé à Marseille.

Analyse ethnographique : Le résultat le plus saillant porte sur le rapport entre pratiques à risques et *mobilité géographique*. Les *UDIJR mobiles*, numériquement plus importants que les sédentaires sur les deux sites, tendent à prendre *plus de risques* autour de l'injection et des rapports sexuels. Ceux qui voyagent peuvent « véhiculer » des infections, mais aussi des normes et pratiques (par ex, l'injection de méthadone, inconnue auparavant à Marseille ; une tendance à ne pas se protéger sexuellement, à Marseille comme à New York) (Lovell et Neaigus, sous préparation).

Ces résultats sont importants pour le développement d'interventions en santé publique, dans la mesure où le lien entre mobilité et pratiques d'injection à risques n'a pratiquement pas été étudié de façon systématique, malgré la présence en France des jeunes UDIJR venant d'autres pays.

Perspectives

Il reste à comprendre la relation spécifique entre mobilité et drogues : les UDIJR sont-ils des preneurs de risques en dépit du voyage ou est-ce la mobilité en soi qui crée des situations de risques (par exemple, à cause de la méconnaissance ou du manque de droit d'accès aux ressources dans un nouveau lieu). Des discussions sont en cours entre notre équipe et le NDRI, qui ont étendu leur recherche à Budapest. Une étape ultérieure pourrait être le développement de dispositifs de prévention culturellement « appropriés » orientés vers les réseaux des UDIJR mobiles, par opposition à des approches individuelles.

b) Automates

Depuis juin 1996, la municipalité de Marseille a développé une politique originale de réduction des risques liés à l'injection de drogue dont témoigne la mise en place de huit automates échangeurs-distributeur de seringues et de trois distribo, qui fournissent les usagers de drogues par injection (UDI) en matériel d'injection stérile. Si la vente libre en pharmacie et les programmes d'échange sont devenus des mesures standard de réduction des risques, en revanche les automates restent une initiative spécifiquement marseillaise. En 1997, ce dispositif avait été évalué par l'ORS PACA et l'INSERM-U379 par la réalisation d'une enquête auprès des utilisateurs de ce dispositif avec une procédure de recrutement direct, « au pied » des appareils. Les résultats de ce travail avaient permis de creuser des questions de recherche toujours actuelles dans le débat scientifique international, en mettant en relief les spécificités des UDI fréquentant les automates, et en soulignant la complémentarité de ces derniers avec les autres mesures de réduction des risques. Ce projet soutenu par ECS avait donc pour principal objectif de tester la permanence de ces résultats et de proposer de nouvelles pistes de recherche.

Au total, au cours des 749 d'heures d'observation effectives, 84 usagers de drogues éligibles ont pu être contactés par l'équipe opérationnelle, 62 ont accepté de répondre au questionnaire et 32 ont également accepté de se soumettre à un prélèvement sanguin. En moyenne, un usager de drogues a donc été contacté toutes les huit heures, un questionnaire administré toute les douze heures et un prélèvement réalisé toute les vingt-trois heures, avec de fortes disparités d'un site à l'autre. Le taux de participation est de 74% et le taux d'acceptation du prélèvement atteint 52%.

Des premiers résultats ressortent des analyses méthodologiques. Ils montrent l'importance de diversifier les moyens d'évaluation des pratiques à risques. Cette enquête a développé et testé un nouvel outil questionnant l'exposition à des situations d'exception susceptibles d'entraîner des comportements à risque. Testé auprès d'un échantillon de 62 usagers, il a permis de détecter d'autres prises de risques que les questionnaires habituels et de prendre en compte le contexte, y compris d'exception, dans lequel se déroulent les injections (Aubisson S, Carrieri MP, Lovell AM, Ben Diane MK, Peretti-Watel P, Spire, sous presse).

2.2 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.

a) La diffusion des traitements de substitution à la buprénorphine haut dosage en médecine de ville a été interrogée à partir d'une enquête par questionnaire réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône en 2002. Ses résultats ont été croisés avec les données de prescription de l'Assurance Maladie et des données INSEE. Cette étude soutenue par la MILDT et l'échelon local de l'Assurance Maladie visait à estimer la diffusion de la substitution auprès des médecins, le recours effectif aux dispositifs de soutien organisationnels promus par les pouvoirs publics ainsi qu'à apprécier les modalités de gestion médicales des situations cliniques courantes comme déviantes. Les résultats relativisent le constat d'une forte diffusion de cette pratique en montrant que si la prescription de BHD concerne un peu moins d'un tiers des médecins généralistes du département enquêtés, elle demeure très concentrée sur un petit nombre de praticiens, 20 % d'entre eux assurant la prise en charge de 75 % des patients. Les données invitent à souligner sous cet aspect l'impact de la demande de soins sur l'engagement des médecins dans cette activité thérapeutique.

C'est en effet le niveau de précarité socio-économique de la zone d'exercice du médecin et non les caractéristiques professionnelles ou d'activité des médecins qui explique le haut volume de prescription du traitement (Feroni I., Paraponaris A., Aubisson S., Bouhnik Ad. Masut A., Ronfle E., Coudert C.,

Mabriez J.C., (2004), *RESP*). Sous l'aspect de l'évaluation des dispositifs de soutien de la pratique médicale, l'analyse des pratiques met en évidence l'impact différencié de la formation et de l'appartenance à un réseau, la formation montrant son avantage relatif sous l'aspect du réajustement du traitement, des connaissances des propriétés pharmacologiques du produit comme de ses risques d'usage (Feroni I. P.Peretti-Wattel, Masut A., Ronfle E., Coudert C., Mabriez J.C , Obadia Y. (2005), *Addictive Behaviours*). L'opinion du médecin à l'égard de la substitution en médecine de ville constitue un autre facteur explicatif des pratiques et des modalités d'application des recommandations (Feroni I, Aubisson S., Bouhnik A.D., Paraponaris A., Masut A., Ronfle E., Obadia, (2005), *La Presse Médicale*). Enfin les résultats mettent en évidence la contribution de l'attitude thérapeutique à l'égard des demandes des patients au nomadisme de ces derniers. (Feroni I., Peretti-Wattel P., Paraponaris A., Masut A., Ronfle E., Mabriez J.C., Obadia Y., (2005), *Journal of Addictive Diseases*). Les publications issues de cette étude contribuent à alimenter le débat en cours sur les modalités d'encadrement renforcées de ce traitement et la requalification de son statut pharmacologique. Ces résultats plaident en faveur d'une meilleure prise en compte du contexte socio-économique du territoire d'activité du médecin, d'une systématisation de la formation médicale et d'une clarification des modalités d'accompagnement clinique des patients en difficulté ou en échec thérapeutique.

b) 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 est par ailleurs mal connue.

Une étude de faisabilité, menée en 2005 dans les Bouches-du-Rhône grâce au soutien de la MILDT, et dans le Vaucluse, en partenariat avec Ré Tox 84, a permis de tester les aspects méthodologiques d'une cohorte régionale de patients dépendants aux opiacés placés sous traitement de substitution et suivis en médecine générale. Un questionnaire téléphonique administré deux fois en l'intervalle de 6 mois auprès de 110 patients, a permis de renseigner tant les conditions d'entrée en traitement que les caractéristiques sanitaires, addictives, sociales et psychologiques des patients.

Le bilan montre l'adaptation de la méthode de recueil de données testée au mode de vie des patients enquêtés ainsi que la bonne réception de la démarche d'enquête par les patients. Le bon niveau de stabilité socio-économique des patients substitués en médecine ambulatoire invite néanmoins à doubler les cohortes ambulatoires futures par des dispositifs d'enquêtes spécifiques en direction des patients peu stabilisés dans leur traitement comme dans leur prise en charge médicale. L'année en cours permettra d'analyser les résultats de cette étude (notamment l'interaction entre les profils addictifs des patients d'une part, la qualification des médecins d'autre part et les caractéristiques de la prise en charge sous substitution). 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.

2.3 L'évolution du contexte global d'usage et de représentations des drogues dans leur ensemble a été abordée par l'étude des usages associés aux substances psycho-actives chez les différentes catégories de jeunes, adolescents et adultes

Etudes réalisées

En 2004-2005, nous avons étendu le domaine de nos études à ce qu'Alain Ehrenberg appelle des usages « intégratifs ». Ces manières d'utiliser les drogues visent souvent non plus à fuir la réalité, mais plutôt à l'affronter, pour mieux intégrer une société qui prône la performance.

Des recherches complémentaires ont été menées sur la thématique des usages « intégratifs » de produits psychoactifs, parmi les jeunes sportifs de haut niveau (Peretti-Wattel et alii 2004a,b; Peretti-

Watel et alii 2005;), mais aussi, en élargissant notre problématique, parmi la population générale adolescente (Peretti-Watel et Lorenté 2004), ou en interrogeant l'instrumentalisation des drogues récréatives à des fins de performance sportive ou universitaire (Lorenté F., Peretti-Watel P., Grélot L, 2005), ce qui nous a conduit à initier de nouvelles recherches au sein de la population étudiante (Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P., 2005 (sous presse)).

Concernant la mobilisation des outils de la sociologie de la déviance interactionniste pour mieux comprendre la construction sociale des usages de cannabis et d'ecstasy, entre le discours de rationalisation des usagers et le discours de stigmatisation des entrepreneurs de morale, un cycle de recherche a été achevé (Peretti-Watel P., 2005a). Il a notamment permis de questionner l'efficacité de certaines actions de prévention en milieu scolaire (Peretti-Watel 2005b, 2005c), et de poser des jalons pour un dialogue interdisciplinaire avec les économistes (Peretti-Watel 2006 (sous presse)).

Perspectives

Ce cycle de recherche lié à la sociologie de la déviance interactionniste débouche aussi sur une tentative de généralisation de cette approche à d'autres usages de produits psycho-actifs, et au-delà, à d'autres conduites à risque (Peretti-Watel et Moatti 2006 (sous presse)), avec pour l'instant un premier prolongement centré sur le tabagisme, financé par l'INPES et l'INCA.

• **L'équipe 5**

"Comportements des Acteurs et Régulation Economique des Systèmes de Santé "
Coordonnateurs : Alain Paraponaris, Bruno Ventelou, Dr Pierre Verger

Cette équipe apparue au cours de l'exercice quadriennal 1997-2001 regroupe des universitaires, chercheurs 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 en économie de la santé**, impulsées par l'unité 379 au plan français et européen, à la fois sur la définition d'indicateurs synthétiques d'état de santé et de consommations de soins (en lien avec le vieillissement démographique) et sur les conséquences économiques et sociales des différents systèmes de prise en charge médicale, notamment 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 (ou les avantages) rencontrées par les différents 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 :

1) 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 avec le vieillissement démographique ;

2) 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, l'exploitation et l'extension à un niveau national 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 de 1998 à 2001 auprès de 25 000 personnes résidant en France à domicile ou en institution, en vue de l'analyse des besoins des personnes dépendantes, ainsi que des données tirées de la même enquête en milieu carcéral.

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 au Plan, et depuis 1999, l'INSERM). Ce rapprochement trouve sa validation institutionnelle dans la création de l'IFR 134 : Sciences Humaines, Economiques 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 les grands instituts statistiques, voire en contribuant à la constitution de certaines de ces bases de données.

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 **décalage 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 même « détournés, » par des comportements adaptatifs stratégiques de la part des acteurs visés.

Trois thèmes sont déclinés :

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

Les recherches appliquées portent 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, suite au rôle joué par les membres de l'équipe dans le montage de l'**enquête décennale santé 2002-2003**, conduite sous l'égide de l'INSEE et de la DREES et en collaboration avec l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), l'IRDES et l'INSERM, de l'exploitation de ces données d'enquête aux niveaux régional et national. En outre, ces données permettent de mieux déterminer la mesure dans laquelle les consommations de soins réduisent les différences des états de santé mesurés ex ante, 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 1998 à 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.

Ces deux projets et ces deux bases de données seront liés dans un thème général : **dépense de santé et vieillissement des populations**, thème qui peut intéresser aussi bien les collectivités locales, le niveau national en charge de la régulation de la dépense maladie, les différents échelons de l'assurance maladie, que certaines structures privées décisionnaires en matière d'organisation des soins (mutuelles, URML, etc.). A ce propos, la construction d'un « **modèle de microsimulation** » (empruntant aux sciences économiques une méthodologie et des techniques informatiques) entend doter le site ORS PACA / INSERM U 379 d'un véritable outil de prévision des évolutions longues de la dépense maladie dues au vieillissement.

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 de la tarification à l'activité (T2A).

b) Les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques médicales en médecine générale de ville

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 sans responsabilité financière du prescripteur) et que les taux de remboursement sont élevés.

La mise en place, le fonctionnement et la pérennisation d'un **panel de 600 médecins libéraux en région PACA**, en collaboration avec l'URML-PACA ont largement permis de documenter les pratiques libérales en médecine générale de ville. Cette entreprise répondait 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. Les pratiques et représentations en matière de handicap, d'obésité et de dépression ont été traitées, croisant le cas échéant le regard des médecins avec celui des patients.

Les déterminants démographiques, sociaux, économiques, professionnels et individuels d'attitudes et de prises en charge différentes ont été considérés pour mettre en valeur les dimensions inter-individuelles et inter-temporelles dans les différences de comportements objectées par les professionnels de santé.

En 2006-2007, un projet national appuyé par la DREES, de constitution de quatre autres panels régionaux, en plus de celui de PACA, devrait voir le jour, animé par les membres de l'équipe 5 ayant participé à la formation et au fonctionnement du panel de PACA.

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.

Pour l'exercice à venir, après le guide méthodologique sur les démarches épidémiologiques à tenir après une catastrophe, la construction d'une échelle individuelle du comportement de prévention (score) basée sur l'EDS 2003 est projetée. 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 (CRECSS) ;
- Institut de Recherche pour le Développement, Socio-Anthropologie de la santé ;
- L'Observatoire Régional de la Santé PACA (ORS PACA) ;
- Canceropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme ;
- Institut d'Economie Publique (EDP).

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.

Le 1^{er} séminaire de l'IFR SHESS-AM « Regards croisés sur les maladies chroniques » s'est tenu du 7 au 9 mars 2005.

Programme du séminaire

7 mars 2005

▪ 9 h 00

Pr. Robert CHENORKIAN

(Vice-Président Université de Provence)

Pr Charles. OLIVER

Vice-Président du conseil scientifique de l'Université de la Méditerranée

Jean-Paul MOATTI (INSERM – U379)

Marc Eric GRUENAI (IRD)

Alain TRANNOY (IDEP)

Ouverture

▪ 9h 30 – 11 h 00

John WEINMAN

Medicine Institute of Psychiatry – Londres

- Discutant : Michel MORIN

(Laboratoire de Psychologie Sociale – Université de Provence)

Using the patient's perception of illness and treatment as a basis for predicting and improving outcome

▪ 11h30 – 13 h

Janine PIERRET CNRS – CERMES

- Discutant : Patrizia CARRIERI

(INSERM – U 379)

Un suivi qualitatif de malades : l'exemple de personnes vivant avec le VIH/sida

▪ 14h30-16h

Pierre-Yves GEOFFARD CNRS – PSE – IEMS

- Discutant Philippe MOSSE (LEST)

Assurance maladie publique et privées : modes de couverture du coût des maladies chroniques

▪ 16h30- 18

Karine LAMIRAUD (IEMS – Université de Lausanne)

- Discutant Bruno SPIRE (INSERM U379)

L'observance des traitements du VIH/sida : les apports de l'approche économétrique

8 mars 2005

▪ 9h 30 – 11 h 00

Laurent VIDAL (IRD)

- Discutant : Alice DESCLAUX (LEHA, Aix en Provence)

De la mise à l'épreuve à la réforme des pratiques médicales. L'exemple de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal

▪ 11h30 – 13 h

Pascale BREUIL (DRESS)

- Discutant : Stéphane LUCHINI (Greqam, Marseille)

Apports et limites d'analyses d'épisodes de soins à partir de l'enquête santé 1991-1992

▪ 14h30-16h

Marcel CALVEZ (Université de Haute Bretagne)

- Discutant : Michel SETBON (LEST, Aix en Provence)

L'accès tardif aux soins des malades du sida : une approche sociologique

▪ 16h30- 18

Pierre AIACH (INSERM – CRESP, Paris)

- Discutant : Anne-Maire ARBORIO (Université de Provence – LEST)

Les effets sociaux des maladies graves, différenciations et inégalités

9 mars 2005

▪ 9 h 00

Dominique MARANINCHI

Président du Cancéropôle PACA

Présentation de la journée

- 9h 30 – 11 h 00

Philippe BATAILLE (CADIS – EHESS, Paris et Université de Lille III)

- Discutant : Françoise BOUCHAYER (Shadyc –EHESS, Marseille)

Les relations médecins/malades. Approche sociologique

- 11h30 – 13 h

Marie MENORET (CERMES et LASMAS et Université de Caen)

- Discutant : Yannick JAFFRE (Shadyc –EHESS, Marseille)

Le concept de trajectoire à l'épreuve d'une « longue maladie »

- 14h30-16h

Marie-Odile CARRERE (GRESAC, LASS - CNRS FRE 2747 et Centre Léon Bérard)

- Discutant : A. SARRADON-ECK (LEHA, Aix en Provence)

Décision médicale partagée en oncologie

- 16h30- 18

Vincent LEVY (Hôpital Saint Louis, Paris)

- Discutant : Anne LOVELL (INSERM – U379)

Mesure de la qualité de vie en cancérologie

Les deuxièmes journées scientifiques de l'IFR SHESS-AM sur les « Risques multiples en santé : approches et apports des sciences humaines, économiques et sociales » se tiendront du 13 au 15 mars 2006 à la Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme, Aix-en-Provence.

Programme préliminaire

13 mars

9h. Introduction

9h 30-11h. Patrice Bourdelais (EHESS, Paris)

«La tuberculose, une étiologie sous contrainte sociale (France 1880-1930) »

Discutant : Paul Allard

11h-11h 15. Pause

11h 15-12h 45. Antoine Flahault (Inserm U707, Paris)

« Epidémiologie des risques multiples »

Discutant : Bruno Ventelou

12h 45-14h. Déjeuner

14h-15h 15. Claude Gilbert (CNRS)

«Crises sanitaires et ordre public. A propos de la grippe aviaire »

Discutant : Pierre Verger

15h 15-16h 30. Jack Dowie (London School of Hygiene and Tropical Medicine) : *"Decision Technologies in Health : balancing intuition and analysis"*.

Discutant: Valérie Seror

16h 30-16h 45. Pause

16h 45-18h. Jocelyn Raude (EHESS, Paris) *« Perception des Risques : experts vs profanes »*

Discutant : Marc-Eric Gruénais

14 mars

9h -10h 30. Patrick Zylberman (CERMES, Paris) *«*

« Histoire et fiction : les scénarios de la crise épidémique ».

Discutant : Roland Gori

10h 30-11h. Pause

11h -12h 30. Thierry Meyer (Université Paris X)

« Communication sur le risque et psychologie des risques : voies délibérées et voies automatiques »

Discutant : Robert-Vincent Joulé

12h 30-14h. Déjeuner

14h-15h 15. Archana Singh-Manoux (Inserm U 687)

"Fonctions cognitives et inégalités sociales de santé »

Discutant: Anne Lovell

15h 15- 16h 30 : Danièle Luce (Inserm U 687)

"Inégalités sociales et mortalité par cancer »

Discutant : Philippe Mossé

16h 30-16h 45. Pause

...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 et d'études

• L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE PACA) :

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

• Le Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS) :

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

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

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

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

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

• Association Félix Guyon des urologues du Sud-Est :

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

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

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, des médecins du travail et un médecin conseil de la DRSM ont collaboré, dans le cadre du Système Interactif Santé, Travail, Environnement,

pour sensibiliser les médecins praticiens aux problèmes de santé liés au travail en construisant un site Internet dédié aux médecins (<http://www.reseau-siste-paca.org>) et en organisant une dizaine de

rencontres d'échanges, type formation médicale continue sur le thème santé travail. Ces rencontres ont pour but de favoriser les échanges entre médecine de prévention et médecine de soins. Plusieurs bassins d'exercice ont été ciblés dans le Vaucluse, le Var et les Bouches-du-Rhône.

- **Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des 6 départements de la région et service de neurologie pédiatrique de l'hôpital de la Timone et les services de santé scolaire de l'Académie d'Aix-Marseille :**

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

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

- **Les services de scolarité des 6 universités et les 7 services de médecine préventive universitaires de la région :**

Les chargés d'études et l'équipe logistique de l'ORS collaborent avec les services de scolarité et ceux de la médecine préventive universitaires pour réaliser une enquête régionale auprès d'un échantillon représentatif d'étudiants inscrits en 1^{ère} année. Cette collaboration nous a permis d'adapter le protocole en fonction des attentes des étudiants. L'enquête est en cours.

- **Les associations sur les Soins Palliatifs Provence :**

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

L'APSP (Association Paca Soins Palliatifs) a comme but : de réunir les intervenants en soins palliatifs sur la région PACA ; de mener une action de promotion, d'information aussi bien vers les professionnels de santé, le grand public, les instances décisionnelles ; de participer au développement de la pratique des soins palliatifs au domicile et en institution; de promouvoir, développer et participer à une formation de qualité sur la région ; de partager une réflexion sur les pratiques et l'éthique en soins palliatifs, tels que définis dans le préambule des statuts de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs ; de participer à la mise en place des réseaux départementaux de soins palliatifs.

L'APSP et l'ASP participent au comité de pilotage du Programme de Recherches sur la fin de vie engagé par l'ORS PACA et l'INSERM U379 depuis 1999.

- **AMISTA Alzheimer :**

L'Association "3A" a pour objet de :

- Soutenir les Familles de Malades d'Alzheimer ou de pathologie assimilée, résidant dans le canton Aubagne, Cassis, Carnoux et La Ciotat et les communes avoisinantes ;

- Faciliter la mise en œuvre et le bon fonctionnement des Centres d'Accueil de Jour intercommunaux pour les malades présentant une maladie cognitive, et soutenu par les LIONS Club de la zone 22 ;

- Développer des actions en faveur des malades et de leurs familles, notamment pour informer sur la maladie, le maintien à domicile, les structures d'accueil et les possibilités d'aide financière.

- Favoriser par tous les moyens la connaissance sur les maladies cognitives.

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

- **L'Association AIDES :**

AIDES est la principale association de lutte contre le sida en France et en Europe de nature communautaire (c'est-à-dire composée de citoyens infectés ou affectés effectuant une démarche d'engagement personnel). AIDES est membre du TRT-5, groupe interassociatif qui s'intéresse aux

questions de recherche thérapeutique sur le VIH. Le TRT-5 est officiellement reconnu comme un partenaire par l'ANRS. AIDES équilibre ses activités entre du plaidoyer pour la prévention ou le soutien aux personnes touchées et des actions de santé innovantes. Reconnue d'utilité publique, AIDES bénéficie d'une convention pluri-annuelle avec la DGS. Elle a constamment besoin d'évaluer son activité et d'analyser les besoins des personnes qui bénéficient des actions de l'association.

L'équipe participe régulièrement aux enquêtes de AIDES ciblant sa file active, comme l'enquête AIDES et toi de type « une semaine donnée » réalisée en 2005.

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

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

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

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

Structures nationales

- . Conseil d'Administration de la Fédération Nationale des ORS (FNORS)
- . Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- . Action Coordonnée n°7 "Cohortes" de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- . 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 les Toxicomanies (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
- . Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection
- . PAREX : Retour d'expérience en Biélorussie sur la gestion des territoires contaminés après l'accident de Tchernobyl
- . 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 (DGS)
- . Conseil d'Administration de P.I.S.T.E.S. (revue Transcriptase)
- . Banque de Données en Santé Publique (BDSP)
- . Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail (AFSSET)
- . Conseil National de l'Information Statistique (CNIS)
- . Centre National de Recherche Scientifique (CNRS)
- . Centre National sur le Cancer à Lyon (CIRC)
- . Institut National des maladies infectieuses à Rome (Equipe épidémiologique Lazzaro Spalenzani)

Structures régionales

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

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

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

Activité de communication scientifique

Conférences auxquelles l'ORS a participé en 2005

Au niveau local et régional

- Journée de prévention du tabagisme en milieu scolaire et en entreprise : journée organisée par le CIRDD Paca - Marseille : 19 janvier 2005
- Séminaire IFR : maladies chroniques 'Regards croisés sur les maladies chroniques - Marseille : du 7-9 mars 2005
- Assises de la vie étudiante, Conseil Régional PACA - Marseille : 10 mars 2005
- Premières Assises Régionales de la vie Etudiante, Hôtel de Région - Marseille : 3 mai 2005
- Séminaire d'Anthropologie de l'EHESS-Aix Marseille 3 : l'intervention anthropologique dans les disciplines et pratiques médicales' - Marseille : du 09 au 12 mai 2005
- Colloque VIH et migrants-Conseil Régional PACA - Marseille : du 26, 27 mai 2005
- Troisième congrès national de l'Association Aides - Nice : du 10 au 12 juin 2005
- Séminaire Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille, Mission Sida toxicomanie et prévention des conduites à risque - Débat entre les professionnels de la prise en charge des problèmes de précarité et des professionnels de la prise en charge des addictions - Marseille : 23 juin 2005
- Troisième congrès international de Psychologie de la Santé - Aix-en-Provence : du 23 au 25 juin 2005
- Colloque sur les enquêtes réalisées auprès du Panel de Médecins Généralistes PACA, organisé par l'URML PACA - Marseille : 22 septembre 2005
- Séminaire 'Génopôle Marseille-Nice et Cancéropôle-Paca 'Approche prospective du développement des plates-formes de recherche' - Marseille, 5 octobre 2005
- Journée 'Réduction des risques : Bilan et perspectives ' - Ville de Marseille : 15 novembre 2005
- Consultation régionale de santé publique : 'Présentation du PRSP' 2^{ème} version, DRASS - Marseille : 9 décembre 2005

Au niveau national et international

- Séminaire 'Théories des conventions' - Rapport sur le livre de N.Dodier - Paris, France : 13 janvier 2005
- Séminaire de Recherche en Sociologie de la Santé, AFS - Paris, France : 14 janvier 2005
- Assises Nationales : Santé, Action Sociale et Territoires : pour un projet partagé de santé et d'action sociale et médico-sociale des territoires - Tours, France : 25, 26 janvier 2005
- Table ronde 'Réforme de l'assurance maladie', CES - Paris, France : 3 février 2005
- Colloque scientifique MILDT- INSERM, 'Recherche sur les enjeux sanitaires et sociaux des drogues' - Paris, France : 18 février 2005
- 12th conference on retrovirus and opportunistic infections - Boston, USA : 21-25 février 2005
- Table ronde sur le devenir des patients VIH au long cours - Paris, France : 1^{er} avril 2005
- 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection - Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005

- Commission de la population et du développement de l'ONU - New-York, USA : 4-8 avril 2005
- 9th International Workshop on HIV Observational Databases - Budapest, Hongrie : 21-24 avril 2005
- 7^{ème} séminaire de recherche clinique sur l'infection par le VIH, ANRS - Paris, France : 23-24 mai 2005
- Colloque 'Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé', DREES - Paris, France : 23-24 mai 2005
- 4^{ème} Colloque francophone sur les sondages - Québec, Canada : 24-27 mai 2005
- Journée Européenne publique, 'Images de la Santé'-EPAPSY - Ile D'Eubée, Grèce : 27 mai 2005
- 14^{ème} séminaire du Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie : éthique et bonnes pratiques : positionnement - Ile D'Eubée, Grèce : 28, 29 mai 2005
- Journée d'animation scientifique de l'ANRS "Recherches en santé publique sur les hépatites virales" - Paris, France : 1^{er} juin 2005
- 2^{ème} convention nationale de la lutte contre le Sida - Paris, France : 2, 3 juin 2005
- Conférence « Biostatistique et variables latentes-Mesure et analyse statistique de la qualité et des durées de vie » - Paris, France : 6 juin 2005
- Journée sur le thème 'Economies morales contemporaines' organisée par le Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé - Paris, France : 8 juin 2005
- Colloque 'vers de nouvelles formes d'action publique en matière de santé. De la production à l'institutionnalisation des savoirs médicaux' - Paris, France : 16, 17 juin 2005
- 3^{ème} conférence latine de réduction des risques liés à l'usage de drogues - Barcelone, Espagne : 30 juin-2 juillet 2005
- 5th world congress : investing in Health - Barcelone, Espagne : 10-13 juillet 2005
- 25^{ème} Congrès international de la population - Tours, France : 18-23 juillet 2005
- 3rd IAS Conference on HIV pathogenesis and treatment - Rio de Janeiro, Brésil : 24-27 July 2005
- The European Health psychology conference 2005 - Galway, Irlande : 31 août-3 septembre 2005
- Conférence « Phenomenology and psychiatry for the 21st century » - Londres, Grande-Bretagne : 5-6 septembre 2005
- Congrès International sur le Médicament « Conception, production, consommation : perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun », GEIRSO - Montreal, Canada : 30 août-2 septembre 2005
- 7^{ème} Congrès de l'Association Européenne de Sociologie - Torun, Pologne : 9-12 septembre 2005
- Congrès de l'Association Française des Sciences Economiques - Paris, France : 16 septembre 2005
- Congrès ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française) "Environnement et Santé" - Université Laval, Québec : 21-23 septembre 2005
- Séminaire de la Direction Régionale pour l'Environnement des risques sanitaires liés à la pollution de l'eau, ARE - Marseille : 29 septembre 2005
- Séminaire de recherche ANRS "Sexualité, relations et prévention du VIH/Sida chez les homosexuels masculins : nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions" - Paris, France : 6 octobre 2005
- Journées de veille sanitaire organisées par la Cité des sciences et de l'industrie - Paris, France : 29, 30 novembre 2005

- 2^{ème} Colloque international sur le financement de la santé dans les pays en voie de développement – Clermont-Ferrand, France : 1-2 décembre 2005
- Journée de santé publique 'Offre de soins et santé publique : tensions et convergences' organisée par l'ENSP – Rennes, France : du 14 au 16 décembre 2005

Conférences de presse auxquelles l'ORS a participé en 2005

- Conférence de presse sur l'Enquête Decennale Santé, ORS – Marseille : 29 mars 2005
- Conférence de presse Panel, URML – Marseille : 22 septembre 2005
- Conférence de presse Obésité, Hôtel de Région – Marseille : 4 octobre 2005
- Conférence de presse Personnes âgées dépendantes en PACA, INSEE – Marseille : 23 novembre 2005

Activités de valorisation

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

- 248 articles scientifiques (30 articles publiés en 2005 et 10 sous presse) ;
- 85 articles originaux (9 publications en 2005) ;
- 381 communications orales ou affichées (29 communications réalisées en 2005) ;
- 44 ouvrages ;
- 197 rapports.

Site internet

Le site Internet de l'ORS, qui a été mis en place en décembre 2000, propose de nombreuses données statistiques sur l'état de santé en région PACA. Rapports, diaporamas, interventions orales, articles sont disponibles sur le site et téléchargeables. 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.

L'ORS PACA

...Son activité d'enseignement et de formation

...Les activités d'enseignement

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

En 2005, l'ORS a participé à divers enseignements :

- Master de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Master d'Anthropologie (Institut de Formation d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie-IFEHA, Université Paul Cézanne)
- Licence et Maîtrise de Psychologie (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Licence et Maîtrise de Sciences Economiques (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- Licence Administration et Gestion Economique et Sociale – 1^{ère} et 2^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- Licence Economie et Management – 1^{ère} et 2^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- IUP Economie et Gestion des Organisations en Santé : Economie du médicament – 3^{ème} année (Faculté de Médecine, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- IUP Economie et Gestion des Organisations en Santé, Domaine Sciences de la Santé, Mention Ingénierie des Systèmes de Santé : Techniques quantitatives en épidémiologie et économétrie – 2^{ème} année (Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie - Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II)
- DESS de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Diplôme Universitaire d'enseignement de médecine tropicale du Service de Santé des Armées
- Diplôme Universitaire de Santé Publique (Université de Nice Sophia Antipolis)
- Diplôme Universitaire "Le syndrome immuno-déficitaire acquis" (Hôpital de la Conception, Pr Gallais)
- Formation des infirmiers : "Les sciences sociales et la santé" (IFSI Saint Joseph, Marseille)
- Formation de Cadres de santé : Introduction à l'économie de la santé (Institut de Formation des Cadres de Santé, Aix en Provence)
- Formation de Cadres de santé : Méthodologie de la recherche (Institut de Formation des Cadres de Santé, Marseille)

...Les activités de formation

Plusieurs étudiants ont été accueillis et encadrés en 2005 au sein de l'ORS :

THÈSES EN COURS

- Bérengère Davin, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 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)
- Julien Chauveau, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Econométrie. Date de soutenance : 2007
Thèse : "L'équité dans un plus large accès au cœur du paradigme du financement des antirétroviraux et des systèmes de santé dans les pays en développement" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II) – Bourse Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)
- Mohammad Abuzaineh, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2007/2008
Thèse : "Développer un modèle de financement efficient et équitable pour le système de santé palestinien : quelques réponses à partir de la première enquête sur les comptes nationaux de santé" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II) – Bourse doctorale régionale
- Sébastien Linnemayr, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2008
Thèse : "Santé et éducation : composantes du capital humain, complémentaires ou substituables ? Une application aux pays en développement touchés par le Sida" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II) – Bourse doctorale régionale
- Yann Videau, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2008
Thèse : "Qualité non contractualisable et gestion du système de santé" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II) – Allocation couplée, Bourse Ministère Education Nationale
- Sandrine Gravier, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences de Gestion. Date de soutenance : 2008
Thèse : "La participation du patient au service de soins" (directeur de thèse : Pr P. Eiglier, IAE Aix en Provence, Université Aix-Marseille III) – Allocation couplée, Bourse Ministère Education Nationale

INTERNES

- Julien Bouvenot, Interne en Médecine, Faculté de Médecine de Marseille (3^{ème} année)
- Gwenaëlle Iarmarcovai, Interne en Médecine du Travail, Faculté de Médecine de Marseille (3^{ème} année)

DEA, DESS (Ancien régime)

- Sandrine Gravier, DEA Sciences de gestion (IAE Aix en Provence)
- Elsa Orgiazzi, DEA Macro-économie (Université Paris I)
- Marie-Laure Saliba, Stage de DEA de Sociologie (Université de Provence)

MASTERS, LICENCES

- Caroline Bonnet, Master II - Spécialité "Statistique et économétrie" (Université de Toulouse I et III)
- Marika Chamailard, Master II - Recherche Econométrie (Université Aix-Marseille II)
- Fabienne Leroy, Elève ingénieur à l'Ecole Nationale Supérieure Agronomique (ESAM) de Montpellier
- Constance Meiners, Master II - Economie de la Santé (Université d'York, Angleterre)
- Vanessa Pauly, Master II - "Statistiques appliquées aux sciences sociales et à la santé" (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement – ISPED)
- Sophie Thiebaut, Master II - "Analyse économique et économétrique", Magistère Ingénieur-économiste (Université de la Méditerranée)
- Céline Vu, Master II - Ingénieur-économiste (Université de la Méditerranée)
- Amélie Waldteufel, Master II - "Sociologie, démographie" spécialité "Traitement des données quantitatives et démographie" (Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines)
- Perrine Balivet, Master I - Droit de la Santé (Université Aix-Marseille III)
- Pascale Gaboriaud, Licence Professionnelle en Santé spécialité Biostatistique (Université Joseph Fourier, Grenoble)

STAGES

- Lucas Duval, Stage de "Mise en situation professionnelle en entreprise" (Cabinet Conseil Blettery)
- Aurore Giacobbi, Stage de 3^{ème} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)
- Maylis Pedot, Stage de 1^{ère} année, IUP Ingénierie de la santé (Faculté de Médecine de Marseille)
- Willy Vidot, Stage de 3^{ème} année, IUP Ingénierie de la santé mention économie et gestion des organisations de santé (Faculté de Médecine de Marseille)

La vie administrative de l'ORS en 2005

En 2005, un Conseil d'Administration s'est tenu le mardi 05 avril.

Une Assemblée Générale Ordinaire s'est déroulée le mercredi 25 mai.

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 2006

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. André Cano, Directeur Régional

Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Dr Charles Chanut, Médecin Conseil Régional par intérim
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Mme Hugnette 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 Développement Economique, Affaires Internationales, Europe, Méditerranée du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur
- M. Roland Canovas*, Conseil 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. Jean-Jacques Romatet, 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
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
M. Jean-Pierre Van Eecke, Membre-Associé de la CCIMP
- 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. André Descamps, Union Régionale Force Ouvrière
Mme Maria-Isabel Léon, Union Régionale de la CFE-CGC Secteur Santé Action Sociale
M. Jean-Claude Pozzo Di Borgo, Union Régionale de la Confédération Française Démocratique du Travail
- 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, 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 Développement Economique, Affaires Internationales, Europe, Méditerranée du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

- **Secrétaire Général :**

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

Secrétaire Général Adjoint :

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

- **Trésorier :**

M. Bernard Malaterre, Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux, Directeur d'Hôpital

- **Membres du Bureau**

Dr Charles Chanut, Médecin Conseil Régional par intérim, 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 02 janvier 2006

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

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

MORACCHINI Christophe
Chargé de mission
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.61, E-mail : moracchini@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 : arzac@marseille.inserm.fr

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

BOUHNİK 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

MARCELLIN Fabienne
Statisticienne
CMIT, INSERM U379, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.78, E-mail : marcellin@marseille.inserm.fr

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

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

SALIBA Bérengère
Ingénieur statisticien
ORS PACA
tél : 04.96.10.28.69, E-mail : saliba@marseille.inserm.fr

VILLES Virginie
Ingénieur en mathématiques
NSERM U 379, ORS PACA
tél : 04.96.10.28.81, E-mail : viles@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
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 : 04.91.59.89.16, 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

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

L'ORS PACA...

Publications et communications réalisées dans le cadre des études 2005

La liste complète et les résumés en français des publications et communications sont disponibles sur le site internet de l'ORS : www.orspaca.org

OFFRE ET DEMANDE DE SOINS

Publications

- 06-01 PARAPONARIS A., DAVIN B., VERGER P. – Un acteur menacé de rupture. In Joublin H., *Proximologie : Regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*. – Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, ISBN n° 2-257-10187-1, Janvier 2006, pp. 1-21 (Enquête HID – Réseaux, Enquête HID – Analyses secondaires)
- 05-S6 VERGER P., AULAGNIER M., SOUVILLE M., RAVAUD J.F., LUSSAULT P.Y., GARNIER J.P., PARAPONARIS A. – Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(2) : 215-220 (Panel médecins)
- 05-S10 VENTELOU B., PARAPONARIS A., SEBBAH R., AULAGNIER M., PROTOPOPESCU C., GOURHEUX J.C., VERGER P. – Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2005, 1 : 127-160 (Panel médecins)
- 05-S14 BOCQUIER A., VERGER P., BASDEVANT A., ANDREOTTI G., BARETGE J., VILLANI P., PARAPONARIS A. – Overweight and obesity: knowledge, attitudes and practices of general practitioners in France. *Obesity Research*, 2005, 13(4) : 787-795 (Panel médecins)
- 05-S17 BOCQUIER A., PARAPONARIS A., GOURHEUX J.C., LUSSAULT P.Y., BASDEVANT A., VERGER P. – La prise en charge de l'obésité : attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA. Résultats d'une enquête téléphonique. *La Presse Médicale*, 2005, 34(11) : 769-775 (Panel médecins)
- 05-S21 PARAPONARIS A., SALIBA B., VENTELOU B. – Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Economics and Human Biology*, 2005, 3 : 241-258 (Enquête décennale santé)
- 05-S25 DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. – Facteurs démographiques et socio-économiques associés aux besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : une étude à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2005, 53 : 509-524 (Enquête HID – Analyses secondaires)
- 05-S26 AULAGNIER M., VERGER P., RAVAUD J.F., SOUVILLE M., LUSSAULT P.Y., GARNIER J.P., PARAPONARIS A. – General practitioners' attitudes towards patients with disabilities: the need for training and support. *Disability and rehabilitation*, 2005, 27(22) : 1343-1352 (Panel médecins)
- 05-S27 PARAPONARIS A., DAVIN B., VERGER P. – Handicap et dépendance à domicile en France : état du financement de la prise en charge. *Santé et Systémique*, 2005, 8 : 229-259 (Enquête HID – Analyses secondaires)
- 05-G3 VENTELOU B., SALIBA B. – Provence Alpes Côte d'Azur : des états de santé comparables avec la France, un recours aux soins plus fréquent. *Sud Insee Essentiel*, mars 2005, n° 79 (Enquête Décennale Santé)
- 05-G7 BRULON F., DAVIN B. – Provence Alpes Côte d'Azur : 80 000 personnes âgées dépendantes en 2015. *Sud Insee Essentiel*, octobre 2005, n° 85 (Enquête HID – Réseaux)
- 05-SY1 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. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 6, Mars 2005 (Panel médecins)
- 05-SY2 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. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 7, Mars 2005 (Panel médecins)
- 05-SY4 Disposition des médecins à prescrire en dénomination commune internationale : résultats du panel des médecins généralistes de ville de la région PACA en 2003. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 9, Septembre 2005 (Panel médecins)
- 05-SY8 Prévalence des problèmes de poids, habitudes alimentaires et activité physique en région PACA : résultats de l'enquête décennale santé 2002-2003. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 13, Octobre 2005 (Enquête décennale santé)
- 05-R2 Interruptions volontaires de grossesse : état des lieux en France et en Paca, revue des connaissances et recommandations pour des études-actions en 2005.- Marseille : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales PACA, ORS PACA, Février 2005, graph., tabl., carte, réf. Bibliogr. (IVG)

- 04-S5 AULAGNIER M., GOURHEUX J.C., PARAPONARIS A., GARNIER J.P., VILLANI P., VERGER P. – La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes en Provence Alpes Côte d'Azur, en 2002.
Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 2004, 47 : 98-104 (Panel médecins)
- 04-S19 PARAPONARIS A., VERGER P., DESQUINS B., VILLANI P., BOUVENOT G., ROCHAIX L., GOURHEUX J.C., MOATTI J.P., and the Panel MG PACA. – Delivering generics without regulatory incentives? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe international non-proprietary names.
Health Policy, 2004, 70 : 23-32 (Panel médecins)
- 04-S34 DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. – Les besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : facteurs associés et évaluation horaire.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2004, 52 : 1562 (Enquête HID – Réseaux, Enquête HID – Analyses secondaires)
- 04-G7 AULAGNIER M., DAVIN B. – 8 500 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 2030 dans les Bouches du Rhône.
Sud Insee Essentiel, septembre 2004, n° 73 (Enquête HID – Réseaux)
- 03-S15 VERGER P., GOURHEUX J.C., VILLANI P., DESQUINS B., BOUVENOT G., PARAPONARIS A., et le Panel de médecins généralistes libéraux de la région PACA. – Disposition à prescrire en dénomination commune internationale : évolution des attitudes des médecins libéraux en PACA en 2002.
La Presse Médicale, 2003, 32(22) : 1009-1056 (Panel médecins)
- 03-G8 DAVIN B., MOATTI J.P., PARAPONARIS A. – La dépendance : des besoins non satisfaits.
Risque, 2003, n° 55, pp. 71-80 (Enquête HID – Analyses secondaires)
- 03-G9 DAVIN B. – Bouches du Rhône : 91 000 personnes âgées ont besoin d'aide à domicile.
Sud Insee Essentiel, novembre 2003, n° 64 (Enquête HID – Réseaux)

Communications orales et affichées

- 05-C22 PARAPONARIS A. – Le panel comme outil de connaissance des médecins généralistes et de leur activité. – Colloque sur les enquêtes réalisées auprès du Panel de Médecins Généralistes PACA, organisé par l'URML PACA. – Marseille, France : 22 septembre 2005 (Panel médecins)
- 05-C23 VERGER P. – Les enseignements du panel en santé publique. – Colloque sur les enquêtes réalisées auprès du Panel de Médecins Généralistes PACA, organisé par l'URML PACA. – Marseille, France : 22 septembre 2005 (Panel médecins)
- 04-C3 MOATTI J.P., PARAPONARIS A., PROTOPOPESCU C., VERGER P. – Testing for selection bias in a simultaneous equations model of general practitioners' workload and prescription costs. – 3rd Journées d'Economie Publique Louis-André Gérard-Varet – Conférence ADRES 2004. – Marseille, France : 10-11 juin 2004 (Panel médecins)
- 04-C4 DAVIN B., JOUTARD X., MOATTI J.P., PARAPONARIS A., VERGER P. – La dépendance : une inégalité sociale de santé de plus ? Un modèle probit bivarié avec sélection d'échantillon pour identifier les déterminants de l'inadéquation de l'aide aux besoins des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. – XXVII^{es} Journées des Economistes Français de la Santé "Approches économiques des inégalités de santé". – Paris, France : 17-18 juin 2004 (Enquête HID)
- 04-S13 MOATTI J.P., PARAPONARIS A., PROTOPOPESCU C., VERGER P. – Testing for selection bias in a simultaneous equations model of general practitioners' workload and prescription costs.
Applied Health Economics and Health Policy, 2004, 3(1 Suppl) : S46 (Panel médecins)
- 04-C14a DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. – Les besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : facteurs associés et évaluation horaire. – Congrès ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française). – 15-17 septembre 2004. (Enquête HID - Réseaux)
- 04-C16a DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. – Déterminants et évaluation horaire des besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile. – Séminaire scientifique Retraite de la Caisse des Dépôts et Consignations. – Bordeaux, France : 8 octobre 2004 (Enquête HID - Réseaux)
- 03-C25 PARAPONARIS A., VERGER P., DESQUINS B., VILLANI P., BOUVENOT G., ROCHAIX L., GOURHEUX J.C., OBADIA Y., MOATTI J.P., et le Panel MG Paca – Comment contribuer à la délivrance de médicaments génériques en l'absence de mécanismes incitatifs ? Analyse des déterminants de la disposition des médecins généralistes libéraux français à prescrire en Dénomination Commune Internationale. – XIV Congrès de l'Association Latine d'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS). – Lugano, Suisse : 25-27 septembre 2003 (Panel médecins)

ENVIRONNEMENT ET HABITUDES DE VIE

Publications à paraître

- 05-SSP7 BOCQUIER A., BOULLU-CIOCCA S., VERGER P., OLIVER C. – Actualités sur l'épidémiologie, la clinique et la physiopathologie de l'obésité.
La Presse Médicale, 2005 (à paraître) (Stress obésité)

Publications

- 05-S31 BOCQUIER A., VERGER P. - Tableau de bord régional Santé-Environnement en Provence Alpes Côte d'Azur : retour d'expérience.
Environnement, Risques Et Santé, juillet-août 2005, 4(4) : 263-282 (TBR Santé-Environnement)
- 05-SY7 Tableau de bord régional Santé-Environnement en Provence Alpes Côte d'Azur : principaux résultats et retour d'expérience. - Regards Santé - Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 12, Octobre 2005 (TBR Santé-Environnement)
- 05-R1 Tableau de bord régional Santé-Environnement.- Marseille : Conseil Régional PACA, ORS PACA, 2005, graph., tabl., carte (TBR Santé-Environnement)

Communications orales et affichées

- 04-C16 VIAU A. - Cancers de la vessie d'origine professionnelle en Région PACA : quelques données épidémiologiques. - Journée de la Société Felix Guyon du Sud-Est 2004. - Nice, France : 08 octobre 2004 (Risques professionnels)

SANTE DES JEUNES

Publications

- 05-S05 PERETTI-WATEL P., PRUVOST J., GUAGLIARDO V., GUIBBERT L., VERGER P., OBADIA Y. - Attitudes à l'égard du dopage parmi les jeunes sportifs de la région PACA.
Science Et Sports, 2005, 20 : 33-40 (Jeunes et sport)
- 04-S10 PERETTI-WATEL P., GUAGLIARDO V., VERGER P., MIGNON P., PRUVOST J., OBADIA Y. - Attitudes toward doping, their correlates and their association with recreational drug use among French elite-student-athletes.
Sociology of Sport Journal, 2004, 21(1) : 1-17 (Jeunes et sport)
- 04-S11 PERETTI-WATEL P., GUAGLIARDO V., VERGER P., PRUVOST J., MIGNON P., OBADIA Y. - Risky behaviours among young elite-student-athletes : results from a pilot survey in South-Eastern France.
International Review for the Sociology of Sport, 2004, 39(2) : 233-244 (Jeunes et sport)
- 03-S17 PERETTI-WATEL P., GUAGLIARDO V., VERGER P., PRUVOST J., MIGNON P., OBADIA Y. - Sporting activity and drug use : alcohol, cigarette and cannabis use among elite-student-athletes.
Addiction, 2003, 98 : 1249-1256 (Jeunes et sport)
- 03-G3 GUAGLIARDO V., PERETTI-WATEL P., PRUVOST J., VERGER P., OBADIA Y. - Tabac, alcool, cannabis et sport de haut niveau à la fin de l'adolescence, Région Paca, 2002.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 15, 15 avril 2003, pp. 83-84 (Jeunes et sport)
- 03-SY3 Sport et Santé - Une étude sur les jeunes sportifs ayant une pratique intensive en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. - Regards Santé - Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 3, Septembre 2003 (Jeunes et sport)

Communications orales et affichées

- 03-P8 GUAGLIARDO V., PERETTI-WATEL P., PRUVOST J., MIGNON P., VERGER P., OBADIA Y. - Tabac, alcool, cannabis et sport de haut niveau chez les jeunes, Région Paca, 2002. - Xème Congrès International de l'Association des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives (ACAPS). - Toulouse, France : 30 octobre - 1er novembre 2003 (Jeunes et sport)
- 03-P9 DANY L., GUAGLIARDO V., PERETTI-WATEL P., PRUVOST J. - Regards Croisés sur la Performance : Représentations sociales de la performance chez des sportifs issus de pôles et de centres de formation en région PACA. - Xème Congrès International de l'Association des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives (ACAPS). - Toulouse, France : 30 octobre - 1er novembre 2003 (Jeunes et sport)

SANTE MENTALE

Publications

- 05-O18 Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Marseille : ORS PACA, DRASS, Conseil Régional PACA, 2005, 111 p. (Guide répertoire suicide)
- 04-S9 VERGER P., AULAGNIER M., PROTOPOPESCU C., VILLANI P., GOURHEUX J.C., BOUVENOT G., PARAPONARIS A. - Hypnotic and tranquilizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits.
Fundamental and Clinical Pharmacology, 2004, 18(3) : 379-385 (Panel dépression)

CONDUITES ADDICTIVES ET TOXICOMANIE

Publications

- 05-G9 AUBISSON S. – La difficile prise en charge des usagers précaires.
SWAPS, 2005, n° 40-41 : 28-30 (Accueil USP)

Communications orales et affichées

- 05-C19 AUBISSON S., BEN DIANE M.K., SALIBA M.L., OBADIA Y. – Evaluation des besoins des usagers de substances psychoactives en situation de grande précarité à Marseille. – Séminaire "Les besoins des usagers de substances psychoactives en grande précarité : regards croisés d'intervenants des champs des addictions et de la précarité". – Marseille, France : 23 juin 2005 (Accueil USP)
- 05-C25 AUBISSON S., BEN DIANE M.K., SALIBA M.L., OBADIA Y. – La prise en charge des usagers de substances psychoactives en grande précarité à Marseille. – Journée "Réduction des risques : bilan et perspectives" organisée par la Ville de Marseille. – Marseille, France : 15 novembre 2005 (Accueil USP)

SOINS PALLIATIFS

Publications

- 05-S4 PERETTI-WATEL P., BEN DIANE M.K., MOATTI J.P. – Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians
Social Sciences Et Medicine, 2005, 60 : 1781-1793 (Soins palliatifs)
- 05-S7 BEN DIANE M.K., GALINIER A., PEGLIASCO H., LAPIANA J.M., FAVRE R., PERETTI-WATEL P., OBADIA Y., et le Comité de Pilotage Soins Palliatifs PACA. – Deux points de vue des médecins sur les soins palliatifs.
Santé Publique, 2005, 17(1) : 75-85 (Soins palliatifs)
- 05-S8 BEN DIANE M.K., PERETTI-WATEL P., PEGLIASCO H., FAVRE R., GALINIER A., LAPIANA J.M., OBADIA Y., and the South-Eastern France Palliative Care Group. – Morphine prescription to terminally ill patients with lung cancer and dyspnea: French physicians' attitudes.
Journal of Opioid Management, 2005, 1(1) : 25-30 (Soins palliatifs)
- 05-S12 PERETTI-WATEL P., BEN DIANE M.K., OBADIA Y., LAPIANA JM, GALINIER A., PEGLIASCO H., FAVRE R., MOATTI J.P. – Disclosure of prognosis to terminally-ill patients: Attitudes and practices among French physicians.
Journal of Palliative Medicine, 2005, 8(2) : 280-290 (Soins palliatifs)
- 05-S22 BEN DIANE M.K., PERETTI-WATEL P., GALINIER A., FAVRE R., OBADIA Y., et le Comité de pilotage Soins Palliatifs Paca. – Prescription de morphine en cas de douleur intense en phase terminale de cancer : résultats d'une enquête nationale.
Bulletin du Cancer, 2005, 92(7-8) : 733-740 (Soins palliatifs)
- 05-SY6 Fin de vie et soins palliatifs en France : communication du pronostic, recours aux morphiniques et attitudes à l'égard des soins palliatifs. Résultats de l'enquête "Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs - 2002". – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 11, Septembre 2005 (Soins palliatifs)
- 04-S14 PERETTI-WATEL P., BEN DIANE M.K., GALINIER A., LAPIANA J.M., FAVRE R., PEGLIASCO H., OBADIA Y., and the South-Eastern France Palliative Care Group. – Opinions toward pain management and palliative care : comparison between HIV specialists and oncologists.
AIDS Care, 2004, 16(5) : 619-627 (Soins palliatifs)

MALADIES TRANSMISSIBLES – INFECTION A VIH

Publications à paraître

- 06-SSP3 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., PIERRET J., LERT F., OBADIA Y., and the VESPA group. – Management of HIV-related stigma and adherence to HAART : Evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA 2003).
Aids Care, 2006 (à paraître) (Vespa)
- 06-SSP4 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., SCHILTZ M.A., BOUHNIC A.D., HEARD I., LERT F., OBADIA Y., and the VESPA Group – Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients (VESPA/ANRS 2003).
Social Science Et Medicine, 2006 (à paraître) (Vespa)
- 05-SSP2 PREAU M., VINCENT E., SPIRE B., RELIQUET V., FOURNIER I., MICHELET C., LEPORT C., MORIN M., and the APROCO study group – Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients.
Journal of Psychosomatic Research, 2005 (à paraître) (Aproco)
- 05-SSP3 SPIRE B., BOUHNIC A.D., OBADIA Y., LERT F., and the VESPA study group (ANRS-EN12-VESPA). – Concealment of HIV and unsafe sex with steady partner is extremely infrequent.
AIDS, 2005 (à paraître) (Vespa)
- 05-SSP5 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., LERT F., OBADIA Y., and the VESPA group. – Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-infected patients: evidence from a large sample of French outpatients (ANRS-EN12-VESPA)

2003).

Drug and Alcohol Dependence, 2005 (à paraître) (Vespa)

- 05-SSP9 CARRIERI M.P., REY D., SERRAINO D., TREMOLIERES F., MECHALI D., MOATTI J.P., SPIRE B., and the MANIF-2000 study group – Oral contraception and unprotected sex with occasional partners in women HIV-infected through injection drug use.
Aids Care, 2005 (à paraître) (Manif 2000)

Publications

- 06-G1 VILLES V., ENEL P., BENTZ L., LAFEUILLADE A., BEN DIANE M.K., REY D. – Prophylaxie antirétrovirale après une exposition non professionnelle au VIH en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2001 et 2002.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 4, 24 janvier 2006, pp. 35-36 (PEP Europe)
- 05-S3 DUVAL X., MENTRE F., LAMOTTE C., CHENE G., SPIRE B., DELLAMONICA P., PANHARD X., SALMON D., RAFFI F., PEYTAVIN G., LEPORT C., and the APROCO study group. – Indinavir plasma concentration and adherence score are codeterminant of early virologic response in HIV-infected patients of the APROCO cohort.
Therapeutic Drug Monitoring, 2005, 27(1) : 63-70 (Aproco)
- 05-S15 BOUHNİK A.D., PREAU M., VINCENT E., CARRIERI M.P., GALLAIS H., LEPEU G., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., SPIRE B., and the Manif 2000 study group. – Depression and clinical progression in HIV infected drug users treated with Highly Active Antiretroviral Therapy.
Antiviral Therapy, 2005, 10(1) : 53-61 (Manif 2000)
- 05-S32 PERETTI-WATEL P., RIANDEY B., DRAY-SPIRA R., BOUHNİK A.D., SITTA R., OBADIA Y., et l'équipe de l'enquête VESPA. – Comment enquêter la population séropositive en France ? L'enquête ANRS-EN12-VESPA 2003.
Population, 2005, 60(4) : 525-550 (Vespa)
- 05-G8 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., LERT F., OBADIA Y., et l'équipe de l'enquête VESPA - Les personnes séropositives pour le VIH infectées par injection de drogues : une vulnérabilité persistante.
La revue du praticien, 2005, 55(19) : 2093-2100 (Vespa)
- 05-SY3 La santé des usagers de drogues infectés par le virus du sida. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 8, Mars 2005 (Manif 2000)
- 04-S8 REY D., CARRIERI M.P., SPIRE D., LOUBIERE S., DELLAMONICA P., GALLAIS H., CASSUTO J.P., GASTAUT J.A., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Factors associated with liver biopsy performance in HCV-HIV co-infected injecting drug users with HCV viremia: results from a five-year longitudinal assessment.
Journal of Urban Health, 2004, 81(1) : 48-57 (Manif 2000)
- 04-S12 ALMEDA J., CASABONA J., SIMON B.G., GERARD M., REY D., PURO V., THOMAS T. – Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe.
Eurosurveillance, 2004, 9(6) : 5-6 (PEP Europe)
- 04-S17 VINCENT E., BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., REY D., DUJARDIN P., GRANIER F., FUZIBET G., OBADIA Y., MOATTI J.P., SPIRE B., and the MANIF 2000 study group. – Impact of HAART related side effects on unsafe sexual behaviours in HIV infected injecting drug users : results from a 7-year follow-up.
AIDS, 2004, 18 : 1321-1325 (Manif 2000)
- 04-S18 BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., REY D., SPIRE B., GASTAUT J.A., GALLAIS H., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Drug injection cessation among HIV-infected drug users.
Addictive Behaviors, 2004, 29(6) : 1189-1197 (Manif 2000)
- 04-S24 COULON M., FERONI I., et le groupe d'étude MANIF 2000. – Devenir mère dans le contexte des multithérapies antirétrovirales.
Sciences Sociales et Santé, 2004, 22(3) : 13-40 (Manif 2000)
- 04-S25 PREAU M., LEPORT C., SALMON-CERON D., CARRIERI P., PORTIER H., CHENE G., SPIRE B., CHOUTET P., RAFFI F., MORIN M. – Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment.
AIDS Care, 2004, 16(5) : 649-661 (Aproco)
- 04-G5 LERT F., OBADIA Y., et l'équipe de l'enquête Vespa. – Comment vit-on en France avec le VIH/Sida ?
Population Et Sociétés, Novembre 2004, n° 406 (Vespa)
- 03-S1 CARRIERI P., SPIRE B., DURAN S., KATLAMA C., PEYRAMOND D., FRANCOIS C., CHENE G., LANG J.M., MOATTI J.P., LEPORT C., and the APROCO study group. – Health-Related Quality of Life after one year of Highly Active Antiretroviral Therapy.
Journal of AIDS, 2003, 32 : 38-47 (Aproco)
- 03-S7 CARRIERI M.P., CHESNEY M., SPIRE B., LOUNDOU A., SOBEL A., LEPEU G., MOATTI J.P., and the MANIF 2000 study group. – Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-positive injecting drug users.
International Journal of Behavioral Medicine, 2003, 10(1) : 1-14 (Manif 2000)
- 03-S10 MARIMOUTOU C., POISOT-MARTIN I., LOUNDOU A., CASSUTO J.P., OBADIA Y. pour le groupe d'étude Manif 2000. – Motifs d'hospitalisation et mortalité dans la cohorte MANIF 2000, composée de sujets infectés par le VIH contaminés par usage de drogues en intraveineux, 1995-1999.
La Presse Médicale, 2003, 32 : 587-594 (Manif 2000)

- 03-S21 CARRIERI P., RAFFI F., LEWDEN C., SOBEL A., MICHELET C., CAILLETON V., CHENE G., LEPORT C., MOATTI J.P., SPIRE B., and the APROCO study group. – Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response : a 3 year follow-up study.
Antiviral Therapy, 2003, 8 : 37-46 (Aproco)
- 03-S22 COULON M., REY D., LOUBIERE S., FUZIBET J.G., GASTAUT J.A., OBADIA Y., et le groupe d'étude MANIF 2000. – Perception de la co-infection par le VHC et de sa prise en charge chez les femmes infectées par le VIH après usage intraveineux de drogues.
La Presse Médicale, 2003, 32(35) : 1642-1648 (Manif 2000)
- 03-S25 CARRIERI M.P., REY D., LOUNDOU A., LEPEU G., SOBEL A., OBADIA Y., and the MANIF 2000 study group. – Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users.
Drug and Alcohol Dependence, 2003, 72(1) : 13-21 (Manif 2000)
- 03-S37 MARIMOUTOU C., CARRIERI M.P., POISOT-MARTIN I., LOUNDOU A., TREMOLIERES F., REY D., OBADIA Y. for the MANIF 2000 study group. – Hospitalization for depressive syndrome in a cohort of HIV-infected patients contaminated through injecting drug use. MANIF 2000 cohort, France, 1995-1999.
AIDS Care, 2003, 15(5) : 729-34 (Manif 2000)
- 03-S38 DURAN S., PEYTAVIN G., CARRIERI P., RAFFI F., ECOBICHON J.L., PEREIRA E., CASSUTO J.P., SPIRE B., LEPORT C., and the APROCO study group. – The detection of non-adherence by self-administered questionnaires can be optimised by protease inhibitor plasma concentration determination.
AIDS, 2003, 17(7) : 1096-9 (Aproco)
- 03-S42 CARRIERI M.P., RAFFI F., LEWDEN C., SOBEL A., MICHELET C., CAILLETON V., CHENE G., LEPORT C., MOATTI J.P., SPIRE B., and the APROCO study group. – Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3 year follow-up study.
Antiviral Therapy, 2003, 8(6) : 585-94 (Aproco)
- 02-S4 SPIRE B., DURAN S., SOUVILLE M., LEPORT C., RAFFI F., MOATTI J.P. and the APROCO cohort study group. – Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients : from a predictive to a dynamic approach.
Social Science & Medicine, 2002, 54, 10 : 1481-1496 (Aproco)
- 02-S6 BOUHNİK A.D., MOATTI J.P., VLAHOV D., GALLAIS H., DELLAMONICA P., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Highly active antiretroviral treatment does not increase sexual risk behavior among French HIV-infected injecting drug users.
Journal of Epidemiology and Community Health, 2002, 56 : 349-353 (Manif 2000)
- 02-S10 LE MOING V., CHENE G., CARRIERI M. P., ALIOUM A., BRUN-VEZINET F., PIROTH L., CASSUTO J.P., MOATTI J. P., RAFFI F., LEPORT C., and the Aproco Study Group – Predictors of virological rebound after early virological response in a cohort of HIV-1-infected patients initiating a protease inhibitor-containing regimen.
AIDS, 2002, 16(1) : 21-29 (Aproco)
- 02-S17 BOUHNİK A.D., CHESNEY M., CARRIERI M.P., GALLAIS H., MOREAU J., MOATTI J.P., OBADIA Y., SPIRE B., and the Manif 2000 study group. – Non-adherence among HIV-infected injecting drug users : the impact of social instability.
Journal of AIDS, 2002, 31(3) : S149-53 (Manif 2000)
- 02-G7 SPIRE B., DURAN S., MOATTI J.P. – L'observance au traitement antiretroviral : l'apport des études de cohorte.
Pyrexie, 2002, 6 : 41-44 (Aproco, Manif 2000)
- 02-R1 MANIF 2000 – Cohorte de personnes séropositives au VIH ayant été contaminées par usage de drogues intraveineuses : Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité 2001. – Marseille : ORS PACA, Janvier 2002, 11 p., tabl., graph. (Manif 2000)
- 01-S1 DURAN S., SPIRE B., RAFFI F., WALTER V., BOUHOUR D., JOURNOT V., CAILLERON V., LEPORT C., MOATTI J.P. and the APROCO cohort study group. – Self-reported symptoms after initiation of protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART.
HIV Clinical Trials, 2001, 2(1) : 38-45 (Aproco)
- 01-S4 MESSIAH A., LOUNDOU A., MASLIN V., LACARELLE B., MOATTI J.P. and the Manif 2000 study group. – Physician recognition of active intravenous drug use in HIV-infected patients is lower than validity of patient's self-reported drug use.
J Pain Symptom Management, 2001, 21(2) : 103-112 (Manif 2000)
- 01-S5 DURAN S., SOLAS C., SPIRE B., CARRIERI M.P., FUZIBET J.G., COSTAGLIOLA D., LACARELLE B., MOATTI J.P. and the Cohort MANIF 2000 study group. – Do HIV-infected injecting drug users over-report adherence to HAART ? A comparison between patients' self-reports and serum protease inhibitor concentrations in the French MANIF 2000 cohort study.
AIDS, 2001, vol. 15, n° 18, Research letters, pp. 1075-1077 (Manif 2000)
- 01-S6 PRADIER C., CARRIERI M.P., BENTZ L., SPIRE B., DELLAMONICA P. MOREAU J., MOATTI J.P., and the Manif 2000 study group. – Impact of short term adherence on virologic and immunologic success of HAART : a case-study among French HIV-infected IDUS.
International Journal of STD & AIDS, 2001, 12 : 324-328 (Manif 2000)

- 01-S10 CARRIERI M.P., CAILLETON V., LE MOING V., SPIRE B., DELLAMONICA P., BOUVET E., RAFFI F., JOURNOT V., MOATTI J.P., and the APROCO study group. – The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) : results from the French National APROCO cohort.
Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2001, 28 : 232-239 (Aproco)
- 01-S11 DURAN S., SAVES M., SPIRE B., CAILLETON V., SOBEL A., CARRIERI M.P., SALMON D., MOATTI J.P., LEPORT C., and the APROCO study group. – Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy : the role of lipodystrophy.
AIDS, 2001, 15 : 2441-2444 (Aproco)
- 01-S15 SPIRE B., DURAN S., RAFFI F., WALTER V., BOUHOUR D., JOURNOT V., CAILLETON V., LEPORT C., MOATTI J.P., et le groupe d'étude APROCO. – Symptômes ressentis après initiation d'une trithérapie avec inhibiteur de protéase et retentissement sur l'observance quatre mois après le début du traitement.
Médecine et Maladies Infectieuses, 2001, 31 : 678-80 (Aproco)
- 01-05 SPIRE B., DURAN S., SOUVILLE M., CHENE G., LEPORT C., RAFFI F., MOATTI J.P., et le groupe d'étude APROCO. – L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH : de l'approche prédictive à l'approche dynamique. – In Editions ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, "L'observance aux traitements contre le VIH/sida : Mesure, déterminants, évolution", ISBN n° 2-910143-18-X, Décembre 2001, pp 43-56, tabl., réf. bibliogr. (Aproco)
- 01-06 SPIRE B., DURAN S., CARRIERI M.P., CHENE G., LEPORT C., RAFFI F., OBADIA Y., MOATTI J.P., et les groupes d'études APROCO et MANIF 2000. – Les ruptures d'observance au cours du temps dans les cohortes APROCO et MANIF 2000. – In Editions ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, "L'observance aux traitements contre le VIH/sida : Mesure, déterminants, évolution", ISBN n° 2-910143-18-X, Décembre 2001, pp 87-98, tabl., graph., réf. bibliogr. (Aproco, Manif 2000)
- 01-R1 MANIF 2000 – Cohorte de personnes séropositives au VIH ayant été contaminées par usage de drogues intraveineuses : Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité 2000. – Marseille : ORS PACA, Janvier 2001, 11 p., tabl., graph. (Manif 2000)
- 00-S1 MOATTI J.P., CARRIERI M.P., SPIRE B., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., MOREAU J., and the Manif 2000 study group. – Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of Buprenorphine drug maintenance treatment.
AIDS, 2000, n° 14, pp. 151-155 (Manif 2000)
- 00-S7 CARRIERI M.P., VLAHOV D., DELLAMONICA P., GALLAIS H., LEPEU G., SPIRE B., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Use of Buprenorphine in HIV infected injection drug users : negligible impact on virologic response to HAART.
Drug and Alcohol Dependence, 2000, n° 60, pp. 51-54 (Manif 2000)
- 00-S9 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI M.P., GASTAUT J.A., PRADIER C., OBADIA Y., MOATTI J.P. and the Manif 2000 study group. – Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs.
Aids Care, 2000, vol. 12, n° 4, pp. 461-470 (Manif 2000)
- 00-S12 AMIRAYAN-CHEVILLARD N., TISSOT-DUPONT H., OBADIA Y., GALLAIS H., MEGE J.L., CAPO C. – Highly active antiretroviral therapy (HAART) and circulating markers of immune activation : specific effect of HAART on Neopterin.
Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, Sept. 2000, vol. 7, n° 5, pp. 832-834 (Manif 2000)
- 00-S17 ESCAFFRE N., MORIN M., BOUHNIC A.D., FUZIBET J.G., GASTAUT J.A., OBADIA Y., MOATTI J.P., and the MANIF 2000 study group. – Intravenous drug users' adherence to HIV antiretroviral treatments : physicians' beliefs.
AIDS Care, 2000, vol. 12, n° 6, pp. 723-730 (Manif 2000)
- 00-R1 MANIF 2000 – Cohorte de personnes séropositives au VIH ayant été contaminées par usage de drogues intraveineuses : Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité 1999. – Marseille : ORS PACA, Janvier 2000, 9 p., tabl. (Manif 2000)
- 99-S2 CARRIERI M.P., TAMALET C., VLAHOV D., YAHY N., CHESNEY M., MOATTI J.P. – Relationship between HIV-1 viral load and continued drug use in untreated infected injection drug users.
Addiction Biology, n° 4, 1999, pp. 197-202 (Manif 2000)
- 99-S3 CARRIERI M.P., MOATTI J.P., VLAHOV D., OBADIA Y., REYNAUD-MAURUPT C., CHESNEY M. Et the Manif 2000 study group. – Access to antiretroviral treatment among French HIV-infected injection drug users (IDUs) : the influence of continued drug use.
Journal of Epidemiology & Community Health, vol. 53, n° 1, January 1999, pp. 4-8 (Manif 2000)
- 99-R1 MANIF 2000 – Cohorte de personnes séropositives au VIH ayant été contaminées par usage de drogues intraveineuses : Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité 1998 et présentation au Conseil Scientifique AC7 "Cohortes" de l'ANRS. – Marseille : ORS PACA, Janvier 1999, 66 p., tabl. (Manif 2000)
- 99-03 BOUHNIC A.D., REY D., ESCAFFRE N., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., GALLAIS H., MOREAU J., OBADIA Y. et le groupe d'étude Manif 2000. – Pratiques sexuelles et risques associés chez des usagers et ex-usagers de drogues injectables infectés par le VIH. – Sciences Sociales et Sida. Collection ANRS "Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH", septembre 1999, pp. 59-70 (Manif 2000)
- 98-S11 GOLLUB E., REY D., OBADIA Y., MOATTI J.P. and the Manif 2000 study group. – Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history : the link between partner characteristics and women's higher drug-sex

risks.

Sexually Transmitted Diseases, October 1998, vol. 25, n° 9, pp. 483-488 (Manif 2000)

- 97-R15 MANIF 2000 – Etude longitudinale multicentrique chez des personnes séropositives pour le VIH contaminées par usage de drogue intraveineuse : une étude prospective à Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité. – Marseille : ORS PACA, INSERM unité 379, CAPS San Francisco (6^e appel d'offres Sidaction), Novembre 1997, 411p., tabl., graph., réf. bibliogr. (Manif 2000)
- 96-R1 MANIF 2000 – Etude longitudinale multicentrique chez des personnes séropositives pour le VIH contaminées par usage de drogue intraveineuse : une étude prospective à Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. Rapport d'activité. – Marseille : ORS PACA, INSERM unité 379, CAPS (1^{er} appel d'offres Sidaction), Février 1996, 41 p., ann., tabl., graph., réf. bibliogr. (Manif 2000)

Communications orales et affichées

- 05-C01 REY D., BEN DIANE M.K., VILLES V., CARRIERI M.P., ALMEDA J., CASABONA J., MOATTI J.P., SPIRE B. – Two years of non occupational HIV post-exposure prophylaxis requests and prescriptions in South Eastern France. – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (PEP Europe)
- 05-C02 PERETTI-WATEL P., LERT F., SPIRE B., BOUHNIAK A.D., OBADIA Y., and the VESPA team – Management of HIV related stigma and adherence to HAART. – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C03 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., LERT F., BOUHNIAK A.D., OBADIA Y., and the VESPA team – Prevalence and correlates of cigarette smoking among HIV+ people. – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C04 PREAU M., VINCENT E., SPIRE B., SOBEL A., DELLAMONICA P., MOATTI J.P., CARRIERI C., and the MANIF-2000 study group – Health related quality of life among HIV-infected injecting drug users. – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Manif 2000)
- 05-C05 PREAU M., FRANCOIS C., SPIRE B., RAFFI F., MORIN M. – Time perspective orientation and health related quality of life among HIV-infected patients. – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Aproco)
- 05-C06 SPIRE B., PERETTI-WATEL P., BOUHNIAK A.D., OBADIA Y., and the VESPA group – Unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (VESPA/ANRS 2003). – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C07 BOUHNIAK A.D., PERETTI-WATEL P., SPIRE B., OBADIA Y., and the VESPA group – Patterns of drug use and adherence to HAART: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (VESPA/ANRS 2003). – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C08 OBADIA Y., BOUHNIAK A.D., REY D., DRAY-SPIRA R., LERT F., SPIRE B. – Knowledge of postexposure prophylaxis in a population of HIV-positive outpatients: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (VESPA/ANRS 2003). – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C09 BOUHNIAK A.D., SPIRE B., DRAY-SPIRA R., PERETTI-WATEL P., SCHILTZ M.A., LERT F. – Unsafe sex with casual partners among HIV-infected homosexual men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (VESPA/ANRS 2003). – 7th International Aids Impact Conference. Aids Impact Biopsychological aspects of HIV infection – Cape Town, South Africa : 4-7 april 2005 (Vespa)
- 05-C11 BOUHNIAK A.D. – Comportements sexuels à risque chez les homosexuels séropositifs en France : résultats de l'enquête ANRS-EN12-VESPA. – 7^{ème} séminaire de recherche clinique sur l'infection par le VIH, organisé par l'ANRS. – Paris, France : 23-24 mai 2005 (Vespa)
- 05-C12 SPIRE B. – Facteurs associés à l'observance au long cours des patients de la cohorte ANRS-EP11-APROCO. – 7^{ème} séminaire de recherche clinique sur l'infection par le VIH, organisé par l'ANRS. – Paris, France : 23-24 mai 2005 (Aproco)
- 05-C13 PERETTI-WATEL P., RIANDEY B., DRAY-SPIRA R., BOUHNIAK A.D., SITTA R., SCHILTZ M.A., OBADIA Y., et le groupe Vespa – L'enquête VESPA/ANRS 2003 : enquêter à l'hôpital. – Colloque francophone sur les sondages. – Québec : 24-27 mai 2005 (Vespa)
- 05-C17 PREAU M. – Qualité de vie des patients dans la cohorte ANRS MANIF 2000. – Journée d'animation scientifique de l'ANRS "Recherches en santé publique sur les hépatites virales". – Paris, France : 1^{er} juin 2005 (Manif 2000)
- 05-C18 BOUHNIAK A.D. – Résultats de l'étude VESPA sur les conditions de vie des personnes infectées. – 2^{ème} convention nationale de la lutte contre le Sida. – Paris, France : 2-3 juin 2005 (Vespa)
- 05-C24 BOUHNIAK A.D. – Risque et prévention du risque chez les personnes atteintes. – Séminaire de recherche ANRS "Sexualité, relations et prévention du VIH/Sida chez les homosexuels masculins : nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions". – Paris, France : 6 octobre 2005 (Vespa, Manif 2000)

- 05-P1 CARRIERI M.P., LEPORT C., LEWDEN C., GARRE M., VILLES V., AL KAIED F., BOUVET E., BARRENES C., CHENE G., SPIRE B. – Impact of missing data in the analysis of longitudinal non-adherence behaviour: a risk factor analysis in the APROCO cohort. – 9th International Workshop on HIV Observational Databases. – Budapest, Hongrie : 21-24 april 2005 (Aproco)
- 05-P2 SPIRE B., BOUHNİK A.D., OBADIA Y., LERT F. and the Vespa study group (ANRS-EN12-VESPA) – Concealment of HIV and unsafe sex with steady partner is extremely infrequent. – 3rd IAS Conference on HIV pathogenesis and treatment. – Rio de Janeiro, Brésil : 24-27 july 2005 (Vespa)
- 05-P3 BOUHNİK A.D., SPIRE B., PREAU M., SCHILTZ M.A., OBADIA Y., LERT F. – Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected men who have sex with men (MSM): evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). – 3rd IAS Conference on HIV pathogenesis and treatment. – Rio de Janeiro, Brésil : 24-27 july 2005 (Vespa)
- 04-C1 BOUHNİK A.D., CARRIERI P., VINCENT E., GALLAIS H., LEPEU G., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., SPIRE B. – Depression and clinical progression in HIV infected drug users treated with Highly Active Antiretroviral Therapy. – 8th International Workshop on HIV Observational Databases. – Montreux, Suisse : 26-28 march 2004 (Manif 2000)
- 04-C2 SPIRE B., CARRIERI P., RAFFI F., JOURNOT V., LANG J.M., VILLE V., CASSUTO J.P., CHENE G., LEPORT C., MOATTI J.P. – Are moderate adherence and non adherence influenced by the same pattern of determinants ? Results from a 4-years assessment of the APROCO cohort. – 8th International Workshop on HIV Observational Databases. – Montreux, Suisse : 26-28 march 2004 (Aproco)
- 04-C5 PREAU M., VINCENT E., SPIRE B., FOURNIER I., MICHELET C., ROUGIER C., LEPORT C., MORIN M. – Locus of control beliefs and Health Related Quality of Life among HIV-infected patients. – 18th Conference of the European Health Psychology Society. – Helsinki, Finland : 21-24 June, 2004 (Aproco)
- 04-C6 VINCENT E., BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., REY D., DUJARDIN P., GRANIER F., FUZIBET G., OBADIA Y., MOATTI J.P., SPIRE B. and the MANIF-2000 study group. – Impact of HAART related side effects on unsafe sexual behaviours in HIV infected injecting drug users: 7 year follow up. – XV International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. (Manif 2000)
- 04-C7 BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., VINCENT E., GALLAIS H., LEPEU G., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., SPIRE B. – Depression, adherence and clinical progression in HIV infected drug users treated with Highly Active Antiretroviral Therapy. – XV International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. (Manif 2000)
- 04-C8 PREAU M., VINCENT E., TRAINAUD M.H., MAY T., PICARD O., SPIRE B., LEPORT C., MORIN M. – Health related quality of life and feeling of control among HIV-infected patients with highly antiretroviral therapy. – XVth International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. Abstract MoOrD1028. (Aproco)
- 04-C9 SPIRE B., CARRIERI P., LEPORT C., DERRIEN M.C., CHENE G., PERRONNE C., HERSON S., RAFFI F., MOATTI J.P. – Are moderate adherence and non adherence influenced by the same pattern of determinants? Results from a 4-year follow-up of the APROCO cohort of patients started on a protease inhibitor containing regimen. – XVth International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. Abstract WePeB5782. (Aproco)
- 04-C10 PERETTI-WATEL P., SPIRE B., OBADIA Y. and the VESPA study group. – Licit and illicit drug use, gender and adherence to HAART : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals. XVth International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. WePeB5838. (Vespa)
- 04-C11 SPIRE B., PERETTI-WATEL P., OBADIA Y. and the VESPA study group. – Risky sexual behaviours and non-adherence to HAART : evidence from a large representative sample of outpatients. XVth International AIDS Conference. – Bangkok, Thailand : July 11 - 16, 2004. WePeB5840. (Vespa)
- 04-C13 PREAU M., VINCENT E., SPIRE B., LEPORT C., MORIN M. – Qualité de vie et sentiment de contrôle chez les patients infectés par le VIH. – 5^{ème} Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française. – Lausanne, Suisse : 1-4 septembre 2004 (Aproco)
- 04-C14 BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., VINCENT E., GALLAIS H., LEPEU G., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., SPIRE B. – Dépression et progression clinique chez des patients infectés par le VIH par injection de drogue traités par multithérapie. – Congrès ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française). – 15-17 septembre 2004. (Manif 2000)
- 04-C15 VINCENT E., BOUHNİK A.D., CARRIERI M.P., REY D., DUJARDIN P., GRANIER F., FUZIBET G., OBADIA Y., MOATTI J.P., SPIRE B. – Impact des effets secondaires perçus des multithérapies sur les pratiques sexuelles non protégées chez des patients infectés par le VIH par injection de drogue intraveineuse : résultats après 8 ans de suivi. – Congrès ADEL (Association des Epidémiologistes de Langue Française) . – 15-17 septembre 2004. (Manif 2000)
- 04-C21 PREAU M., SPIRE B., RAFFI F., OBADIA Y., MOATTI J.P. – Health related quality of life among HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. – International conference on the future of statistical theory, practice and education. – Hyderabad, India : December 29, 2004 – January 01, 2005 (Aproco)
- 03-C4 REY D., CARRIERI M.P., TREMOLIERES F., MECHALI D., OBADIA Y., and the MANIF 2000 study group. – Determinants of inconsistent condom use with occasional partners in HIV-positive drug user women in south-eastern France. – 7th International Workshop on HIV Observational Databases. – Fuggi, Italy : 29-30 march 2003 (Manif 2000)
- 03-C5 CORNELY V., CARRIERI M.P., SPIRE B., LOUNDOU A., OBADIA Y., CHESNEY M., MOREAU J., DELLAMONICA P., and the MANIF 2000 study group. – The role of drug maintenance treatment in the decline of adherence in HIV-infected injecting drug users. – 7th International Workshop on HIV Observational Databases. – Fuggi, Italy : 29-30 march 2003 (Manif 2000)

- 03-C6 CARRIERI M.P., SPIRE B., CAILLETON V., MOATTI J.P., LEWDEN C., CHENE G., KATLAMA C., LANG J.M., CHOUTET P., RAFFI F., and the APROCO study group. – Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response : a 3 year follow-up study. – 7th International Workshop on HIV Observational Databases. – Fiuggi, Italy : 29-30 march 2003 (Aproco)
- 03-C7 SPIRE B. – Apport des enquêtes socio-comportementales pour la prise en charge clinique du patient VIH. – "Le VIH : un virus sous surveillance" 7^{ème} avancées VIH, 7^{ème} journée annuelle GlaxoSmithKline. – Paris, France : 15 mai 2003 (Aproco, Manif 2000, Vespa)
- 03-C9 PREAU M., PETIT C., REMY G., LEWDEN C., COSTAGLIOLA D., MORIN M., HERSON S., BARENNE C., SPIRE B., RAFFI F. – Evolution de la qualité de vie des patients infectés par le VIH durant les trois premières années sous multithérapies : le rôle de la prise en charge médicale. – "Qualité et Santé" 10^{ème} Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé. – Clermont-Ferrand, France : 15-16 mai 2003 (Aproco)
- 03-C14 PREAU M. – La qualité de vie des patients infectés par le VIH : le rôle de la prise en charge médicale. – 6^{ème} Colloque Jeunes Chercheurs. – Aix en Provence, France : 17-18 juin 2003 (Aproco)
- 03-C17 PREAU M., PETIT C., RAFFI F., PERRONNE C., JAUREGUIBERRY J.P., MORIN M., ARSAC P., ESTAVOYER J.M., BRUNSCHWIG O., SPIRE B., et le groupe d'étude APROCO. – La qualité de vie des patients infectés par le VIH durant les trois premières années sous multithérapies : le rôle de la relation au médecin. – 2^{ème} Congrès International de Psychologie de la Santé en langue française. – 26-27 juin 2003 (Aproco)
- 03-C18 COULON M., REY D., FERRONI I., GALLAIS H., OBADIA Y., and the MANIF 2000 study group. – Pregnancy among HIV-infected drug users : new perspectives since HAART. – 6th International Conference Aids Impact 2003 "Biopsychosocial aspects of HIV infection". – Milan, Italy : 7-10 july 2003 (Manif 2000)
- 03-C19 PREAU M., SPIRE B., RAFFI F., DARGERÉ S., LEWDEN C., CHOUTET P., PETIT C., MARION-BILLON A., CHENNEBAULT J.M., MOATTI J.P., and the APROCO study group. – Impact of the first three years of HAART on Health-Related Quality of life : role of the relation with the physician. – 6th International Conference Aids Impact 2003 "Biopsychosocial aspects of HIV infection". – Milan, Italy : 7-10 july 2003 (Aproco)
- 03-C22 PREAU M., PETIT C., CHENE G., BECQ-GIRAUDON B., CAULIN C., MORIN M., DEBORD T., DAVID F., RAFFI F., SPIRE B., et le groupe d'étude APROCO. – Evaluation de la qualité de vie des patients infectés par le VIH : le rôle des facteurs psycho-sociaux. – 6^{ème} Colloque International de Psychologie Sociale Appliquée. – Clermont-Ferrand, France : 1-3 septembre 2003 (Aproco)
- 03-C23 PREAU M., SPIRE B., LEPORTE C., GRANIER P., CHENNEBAULT J.M., PETIT C., VEYSSIER P., VUITTON D., CHENE G., MORIN M., and the APROCO study group. – Health-related quality of life of HIV-infected patients : role of the relationship with the physician. – 17th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS). – Kos, Greece : 24-27 september 2003 (Aproco)
- 03-P2 PREAU M., CARRIERI M.P., KATLAMA C., CHENE G., PEYRAMOND D., DURAN S., MICHELET C., CHARLOIS C., LEPORTE C., SPIRE B. – La qualité de vie des patients infectés par le VIH durant la première année sous multithérapies : le rôle des effets secondaires perçus. – "Qualité et Santé" 10^{ème} Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé. – Clermont-Ferrand, France : 15-16 mai 2003 (Aproco)
- 03-P5 PREAU M., BOUVET E., LE BERRE R., CHENE G., SIMON A., LEPORTE C., SPIRE B., and the APROCO study group – Impact of the first three years of HAART on health-related quality of life. – 2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. – Paris, France : 13-16 july 2003 (Aproco)
- 02-C14 COULON M., REY D., POIZOT-MARTIN I., GALLAIS H., OBADIA Y., and the MANIF 2000 study group. – Pregnancy outcomes and follow-up among HIV-infected drug users. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 july 2002 (Manif 2000)
- 02-C15 SIMON B.G., ALMEDA J., CASABONA J., REY D., PURO V., VAN DEN HOEK A., BERNASCONI E., BERGIN C., EVANS B., GERARD M., LAZANAS M., MARCUS U., MOTA MIRANDE A., TOMAZIC J., GERARD M. – Characteristics for demand and prescription of non-occupational post-exposure prophylaxis (NONOPEP) for HIV in Europa. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 july 2002 (PEP Europe)
- 02-C21 PREAU M., MORIN M., DURAN S., SPIRE B., and the APROCO Study Group. – Health related quality of life in patients treated for HIV-infection : impact of Highly Antiretroviral Therapies (HAART). – 16th Conference of European Health Psychology Society. – Lisbonne : 2-5 october 2002 (Aproco)
- 02-P1 POIZOT-MARTIN I., MARIMOUTOU C., BOUHNİK A.D., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., on behalf of the MANIF 2000 study group. – High alcohol consumption among co-infected HIV-HCV injecting drug users. The MANIF 2000 cohort study. – 6th International Workshop on HIV Observational Databases. – Sintra, Portugal : 21-22 mars 2002 (Manif 2000)
- 02-P2 CARRIERI M.P., CHESNEY M., SOBEL A., LEPEU G., SPIRE B., LOUNDOU A., MOATTI J.P., and the MANIF 2000 study group. – Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-infected injecting drug users. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 july 2002 (Manif 2000)
- 02-P3 DURAN S., KATLAMA C., JOURNOT V., SOBEL A., BESNIER J.M., LEPORTE C., SPIRE B., CARRIERI P., MOATTI J.P., and the APROCO study group. – Increase in Bodily pain among other markers of quality of life, in HIV-infected patients during the first year of HAART. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 july 2002 (Aproco)

- 02-P4 POIZOT-MARTIN I., MARIMOUTOU C., BOUHNİK A.D., GASTAUT J.A., MOATTI J.P., on behalf of the MANIF 2000 study group. – High alcohol consumption among co-infected HIV-HCV injecting drug users. The MANIF 2000 cohort study. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 July 2002 (Manif 2000)
- 02-P6 REY D., BEN DIANE M.K., MOATTI J.P., CASABONA J., SIMON B.G., ALMEDA J., BERNASCONI E., BERGIN C., EVANS B., GERARD M., LAZANAS M., MARCUS U., MOTA MIRANDA A., PURO E., SMITH E., TOMAZIC J., VAN DEN HOEK A., VETTER N. – Policy on non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV in 14 European countries. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 July 2002 (PEP Europe)
- 01-P7 ALMEDA J., CASABONA J., SIMON B.G., and for the NONOPEP Working Group : BERNASCONI E., GERARD M., MOTA MIRANDA A., PURO V., REY D., SONDER G., TOMAZIC J. – Non occupational post exposure prophylaxis (nonopep) for HIV in Europe : review of policies and implementation of an european registry. – 8th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-infection. – Athens, 28-31 October 2001 (PEP Europe)
- 02-P8 SPIRE B., CARRIERI P., CAILLETON V., MOATTI J.P., JOURNOT V., PORTIER H., CHAM V., LEPORT C., MASSIP P., RAFFI F., and the APROCO study group. – Dynamic of adherence to antiretroviral therapy and its impact on virological and immunological response after 3 years of treatment. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 July 2002 (Aproco)
- 02-P9 CARRIERI P., DURAN S., CAILLETON V., SPIRE B., MOATTI J.P., PEYTAVIN G., ECOBICHON J.L., RAFFI F., PEREIRA E., PORTIER H., SICARD D., and the APROCO study group. – Relation between patients' self-reports, physicians' assessment of adherence and Pis plasma concentration. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 July 2002 (Aproco)
- 01-C5 DURAN S. – Self-reported adherence is related with indinavir plasma concentration in HAART-treated patients – Preliminary results of Aproco cohort. – 2nd international workshop on clinical pharmacology on HIV therapy. – Noordwijk, Pays-Bas : 2-4 avril 2001 (Aproco)
- 01-C6 CARRIERI M.P., MARIMOUTOU C., POISOT-MARTIN I., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., DELLAMONICA P., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Multiple incarceration and polydrug use as main determinants of hospitalization for major depression disorder (MDD) among HIV-infected IDUs. – 5th International Workshop on HIV Observational Databases. – Monte-Carlo : 26-27 avril 2001 (Manif 2000)
- 01-C7 DURAN S., SOLAS C., SPIRE B., CARRIERI M.P., FUZIBET J.G., COSTAGLIOLA D., LACARELLE B., MOATTI J.P., and the Manif 2000 study group. – "Do HIV-infected injecting drug users over-report adherence to HAART ?" A comparison study between patients' self-reports and serum protease inhibitor concentrations in the French MANIF 2000 cohort study. – 5th International Workshop on HIV Observational Databases. – Monte-Carlo : 26-27 avril 2001 (Manif 2000)
- 01-C8 BOUHNİK A.D., CHESNEY M., SPIRE B., MOREAU J., DELLAMONICA P., CASSUTO J.P., FUZIBET J.G., MOATTI J.P., and the Manif 2000 study group. – Social instability as a predictor of limited access to HAART, poor adherence and risk behaviours. – 5th International Workshop on HIV Observational Databases. – Monte-Carlo : 26-27 avril 2001 (Manif 2000)
- 01-C9 CAILLETON V., CARRIERI M.P., LE MOING V., SOBEL A., SPIRE B., GAUTIER S., LEPORT C., MOATTI J.P., RAFFI F., and the APROCO study group. – The maintenance of an adherent behaviour over time to highly active antiretroviral therapy (HAART) is not achievable for a majority of patients : the example of the APROCO cohort. – 5th International Workshop on HIV Observational Databases. – Monte-Carlo : 26-27 avril 2001 (Aproco)
- 01-C14 CAILLETON V., CARRIERI M.P., LE MOING V., FROTTIER J., SPIRE B., ALLARD C., LEPORT C., MOATTI J.P., and the APROCO study group. – The maintenance of an adherent behaviour over time to highly active antiretroviral therapy (HAART) is not achievable for a majority of patients : the example of the APROCO cohort. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Aproco)
- 01-C15 BOUHNİK A.D., CHESNEY M., SPIRE B., MOREAU J., DELLAMONICA P., MOATTI J.P., and the Manif 2000 study group. – Social instability as a predictor of limited access to HAART, poor adherence and risk behaviours. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Manif 2000)
- 01-C16 DURAN S., SOLAS C., SPIRE B., CARRIERI M.P., FUZIBET J.G., COSTAGLIOLA D., LACARELLE B., MOATTI J.P., and the Manif 2000 study group. – "Do HIV-infected injecting drug users over-report adherence to HAART ?" A comparison study between patients' self-reports and serum protease inhibitor concentrations in the French MANIF 2000 cohort study. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Manif 2000)
- 01-C17 SPIRE B., CARRIERI M.P., FALLER J.P., CAILLETON V., SCHMIDT J.L., RAFFI F., SAVES M., MOATTI J.P., and the APROCO study group. – The patient's perception of modification of body shape is associated with adherence failure in the APROCO cohort. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Aproco)
- 01-C18 CARRIERI M.P., MARIMOUTOU C., POISOT-MARTIN I., LOUNDOU A., TREMOLIERES F., REY D., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Multiple incarceration and polydrug use as main determinants of hospitalization for major depression disorder (MDD) among HIV-infected IDUs. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Manif 2000)
- 01-P3 DURAN S., PEYTAVIN G., LE MOING V., SPIRE B., MICHELET C., ECOBICHON J.L., LAMOTTE C., HERSON S., BRUN-VESINET F., RAFFI F., and the Aproco cohort study group. – Self-reported adherence is related with indinavir

- plasma concentration in HAART-treated patients (poster 6,5). – 2nd international workshop on clinical pharmacology on HIV therapy. – Noordwijk, Pays-Bas : 2-4 avril 2001 (Aproco)
- 01-P4 SPIRE B., CARRIERI M.P., FALLER J.P., CAILLETON V., SCHMIDT J.L., SAVES M., MOATTI J.P., LEPORT C., and the APROCO study group. – The patient's perception of modification of body shape is associated with adherence failure in the APROCO cohort. – Journées Nationales d'Infectiologie. – Nantes, France : 14-15 juin 2001 (Aproco)
- 01-P5 REY D., CARRIERI M.P., SOBEL A., MECHALI D., LEPEU G., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Lack of condom use with occasional sexual partners among HIV-infected IDU women : role of other contraceptive methods. – Fifth International Conference of AIDS Impact 2001. – Brighton, United Kingdom : 8-11 July 2001 (Manif 2000)
- 00-C1 ESCAFFRE N., MORIN M., GALLAIS H., CASSUTO J.P., LEPEU G., OBADIA Y., et l'équipe de recherche Manif 2000. – Anticipation et évaluation de l'observance par les médecins : le cas de patients VIH infectés par usage de drogue – Cohorte Manif 2000. – Journée de recherche de l'Action Coordonnée 18.2 de l'ANRS. – Paris, France : 14 janvier 2000 (Manif 2000)
- 00-C3 ESCAFFRE N., MORIN M., GASTAUT J.A., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Anticipating and evaluating intravenous drug users' adherence to HIV antiretroviral treatments : evaluation process and physicians' beliefs. – 3rd European Conference on the methods and results of social and behavioral research on AIDS : "Towards better practice : european partnership in HIV/AIDS research, policy, prevention, and care". – Amsterdam : 13-16 february 2000 (Manif 2000)
- 00-C4 BOUHNİK A.D., MOATTI J.P., VLAHOV D., and the Manif 2000 study group. – Does HAART increase sexual risk behaviors among HIV-infected French injecting drug users ? – 3rd European Conference on the methods and results of social and behavioral research on AIDS : "Towards better practice : european partnership in HIV/AIDS research, policy, prevention, and care". – Amsterdam : 13-16 february 2000 (Manif 2000)
- 00-C9 REYNAUD-MAURUPT C., MOATTI J.P., CARRIERI M.P., SPIRE B., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., MOREAU J., GALLAIS H., DELLAMONICA P., and the Manif 2000 study group. – Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of Buprenorphine drug maintenance treatment. – 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. – Jersey : 9-13 april 2000 (Manif 2000)
- 00-C17 SPIRE B., DURAN S., RAFFI F., WALTER V., BOUHOUB D., JOURNOT V., CAILLERON V., LEPORT C., MOATTI J.P. and the APROCO group. – A high number of self-reported symptoms following HAART initiation is predictive of poor adherence at 4 months of treatment in HIV-infected patients. – XIII International AIDS Conference. – Durban, South Africa : 9-14 July 2000 (Aproco)
- 00-C18 BOUHNİK A.D., MOATTI J.P., VLAHOV D., GALLAIS H., DELLAMONICA P., OBADIA Y., and the Manif 2000 study group. – Impact of HAART on sexual risk behaviors among HIV-infected French injecting drug users. – XIII International AIDS Conference. – Durban, South Africa : 9-14 July 2000 (Manif 2000)
- 00-C26 SPIRE B., DURAN S., RAFFI F., WALTER V., BOUHOUB D., JOURNOT V., OBADIA Y., LEPORT C., MOATTI J.-P. et le groupe d'étude APROCO. – Un nombre élevé de symptômes peu après la mise sous trithérapie avec antiprotéase est prédictive d'une moins bonne observance (A high number of self-reported symptoms following HAART initiation is predictive of poor adherence at 4 months of treatment in HIV-infected patients). – 12th Mediterranean Congress of Chemotherapy. – Marrakech, Maroc : 11-14 november 2000 (Aproco)
- 00-C27 BOUHNİK A.D., SPIRE B., MOATTI J.P., VLAHOV D., GALLAIS H., DELLAMONICA P., OBADIA Y. et le groupe d'étude MANIF 2000. – Impact sur les comportements sexuels à risque de la mise sous antiprotéase (Does HAART increase sex risk behaviors among French HIV-infected injecting drug users ?) – 12th Mediterranean Congress of Chemotherapy. – Marrakech, Maroc : 11-14 november 2000 (Manif 2000)
- 00-C29 BOUHNİK A.D. – The MANIF 2000 cohort. – "Sida et Réduction des Risques : changement de paradigme de la politique des drogues", Séminaire Régional organisé par le Programme Sida Franco-Brésilien. – Salvador, Bahia, Brésil : 06-08 décembre 2000 (Manif 2000)
- 00-P1 BOUHNİK A.D., REY D., ESCAFFRE N., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., GALLAIS H., MOREAU J., OBADIA Y., et le groupe d'étude Manif 2000. – Impact de la mise sous antiprotéases sur la non-utilisation du préservatif. – Journées Scientifiques et Thématiques de l'ADELF "Les cohortes épidémiologiques : aspects méthodologiques, éthiques et pratiques". – Nancy, France : 12-14 janvier 2000 (Manif 2000)
- 00-P2 MOATTI J.P., CARRIERI M.P., SPIRE B., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., MOREAU J., et le groupe d'étude Manif 2000. – Observance aux antiprotéases chez des patients infectés par le VIH par voie toxicomane : la contribution de la substitution par la Buprénorphine. – Journées Scientifiques et Thématiques de l'ADELF "Les cohortes épidémiologiques : aspects méthodologiques, éthiques et pratiques". – Nancy, France : 12-14 janvier 2000 (Manif 2000)
- 00-P7 REY D., OBADIA Y., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., TAMALET C., MOATTI J.P. – Hepatitis B sero-status, risk behaviours and HBV seroconversion among HIV-infected intravenous drug users (IDUs). – XIII International AIDS Conference. – Durban, South Africa : 9-14 July 2000 (Manif 2000)
- 00-P11 DURAN S., CARRIERI M.P., SPIRE B., MOATTI J.P., LEPORT C., CHENE G., COSTAGLIOLA D., ESTAVOYER J.M., RAFFI F., et le groupe d'études APROCO – Déterminant de l'observance chez des patients initiant un traitement antirétroviral actif avec inhibiteur de protéase (IP) – Cohorte APROCO. – 1^{er} Congrès National sur l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques : vers de nouvelles stratégies. – Nantes, France : 6-7 octobre 2000 (Aproco)

- 99-C1 OBADIA Y. - MANIF 2000 - Etude longitudinale multicentrique chez des personnes séropositives pour le VIH contaminées par usage de drogue intraveineuse : une étude prospective à Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. - Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Conseil Scientifique AC 7 "Cohortes". - Paris : 15 janvier 1999. (Manif 2000)
- 99-C5 CARRIERI M.P., VLAHOV D., PRADIER C., MOATTI J.P., OBADIA Y. and the Manif 2000 study group. - Drug maintenance treatment do not influence protease inhibitors efficacy in HIV-infected IDUs (Manif 2000 cohort study). - 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. - Geneva : 21-25 march 1999 (Manif 2000)
In Actes, p. 90
- 99-C6 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI M.P., OBADIA Y., LOUNDOU A., MOATTI J.P. and the Manif 2000 study group. - Impact of drug maintenance treatment on injection practices among HIV-infected drug users in France (Manif 2000 cohort study). - 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. - Geneva : 21-25 march 1999 (Manif 2000)
In Actes, p. 92
- 99-C13 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI M.P., OBADIA Y., GASTAUT J.A., PRADIER C., MOATTI J.P., et le Groupe Manif 2000. - L'impact des traitements de substitution sur les pratiques d'injection des usagers de drogues par voie injectable infectés par le VIH. - 4^e Colloque International Toxicomanies, Hépatites, Sida : "Les toxicomanies, les hépatites et le sida (ths) : les temps changent !". - Draguignan / Ramatuelle, France : 2-6 juin 1999 (Manif 2000)
In Actes
- 99-C16 ESCAFFRE N., CASSUTO J.P., GALLAIS H., OBADIA Y., et le Groupe Manif 2000. - Impact de la représentation du toxicomane sur l'évaluation de l'adhésion thérapeutique par les médecins traitants. - 4^e Colloque International de Psychologie Sociale Appliquée. - Rennes, France : 18-19 juin 1999 (Manif 2000)
- 99-C18 ESCAFFRE N., BOUHNIC A.D., MASLIN V., LOUNDOU A., MOATTI J.P. - Physician's evaluation of adherence to treatment-patients HIV infected through intravenous drug use. - AIDS Impact, Biopsychosocial aspects of HIV infection. - Ottawa, Canada : 15-18 July 1999 (Manif 2000)
- 98-C1 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI M.P., MOATTI J.P., VLAHOV D., OBADIA Y., CHESNEY M. and the Manif 2000 study group. - Continued drug use, risk behaviors and access to antiretroviral therapy among French HIV-infected injection drug users (IDUs) : The Manif 2000 cohort study. - 2^eme Conférence Européenne sur les Méthodes et les Résultats des Recherches en Sciences Sociales sur le Sida : "Le Sida en Europe : Nouveaux enjeux pour les sciences sociales". - Paris : 12-15 janvier 1998 (Manif 2000)
In Actes, p. 121
- 98-C16 MOATTI J.P., ROTILY M., REYNAUD-MAURUPT C., PEZZOTTI P., CHESNEY M. - Injecting drug use, HIV and other infectious diseases : challenges for behavioral medicine. - The fifth international congress of behavioral medicine. - Copenhagen, Denmark : 19-22 August 1998 (Manif 2000)
- 98-C17 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI P., CHESNEY M., MOATTI J.P. - Impact of drug maintenance on risky behaviors among french HIV+ IDUS : some contradictory evidence. - The fifth international congress of behavioral medicine. - Copenhagen, Denmark : 19-22 August 1998 (Manif 2000)
- 98-C23 REYNAUD-MAURUPT C., CARRIERI M.P., CAVAILLER P., CHESNEY M., OBADIA Y. et le Groupe Manif 2000. - L'impact des traitements de substitution sur les pratiques d'injection des usagers de drogues injectables atteints par le VIH (Cohorte Manif 2000). - Journées d'animation scientifique de l'ANRS "Gestion du risque chez les personnes atteintes". - Paris, France : 19-20 novembre 1998 (Manif 2000)
- 98-C24 BOUHNIC A.D., MASLIN V., OBADIA Y. et le Groupe Manif 2000. - Facteurs associés à la non utilisation du préservatif chez des patients contaminés par le VIH par voie intraveineuse (Cohorte Manif 2000). - Journées d'animation scientifique de l'ANRS "Gestion du risque chez les personnes atteintes". - Paris, France : 19-20 novembre 1998 (Manif 2000)
- 98-C25 OBADIA Y. - Présentation de la Cohorte Manif 2000 : Etude prospective Marseille, Avignon, Nice, Ile de France. - Journées d'animation scientifique de l'ANRS "Gestion du risque chez les personnes atteintes". - Paris, France : 19-20 novembre 1998 (Manif 2000)
- 98-P7 CARRIERI M.P., REYNAUD C., PRADIER C., MOATTI J.P. and the Manif 2000 study group. - Compliance to multiple combination therapy with antiprotease inhibitors among HIV-infected IDUs in France (cohort Manif 2000). - 12th World AIDS Conference. - Geneva : June 28 - July 3, 1998. - Poster n° 32359. (Manif 2000)
- 98-P9 REYNAUD C., CARRIERI M.P., CHESNEY M., OBADIA Y. and the Manif 2000 study group. - Impact of drug maintenance treatment on HIV-related risk behaviours among HIV-infected drug users in France. - 12th World AIDS Conference. - Geneva : June 28 - July 3, 1998. - Poster n° 33413. (Manif 2000)
- 98-P14 CARRIERI M.P., REYNAUD-MAURUPT C., PRADIER C., MOATTI J.P. - Observance thérapeutique aux traitements antirétroviraux avec ou sans antiprotéase de patients UDVI infectés par le VIH (cohorte Manif 2000). - 8^eme Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé. - Montpellier, France : 26-27 novembre 1998. (Manif 2000)
- 97-C3 MESSIAH A., OBADIA Y., SANNINO N., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., DELLAMONICA P., et le groupe d'étude MANIF 2000. - Concordance entre l'usage intraveineux de drogues déclaré par des toxicomanes séropositifs et par les médecins qui les suivent. - 22^eme Congrès de l'Association des Epidémiologistes de langue Française. - Montpellier, France : 2-4 avril 1997. (Manif 2000)

- 97-C19 OBADIA Y. – MANIF 2000 – Etude longitudinale multicentrique chez des personnes séropositives pour le VIH contaminées par usage de drogue intraveineuse : une étude prospective à Marseille, Avignon, Nice et Ile de France. – Agence Nationale de Recherche sur le Sida. – Paris : 15 décembre 1997. (Manif 2000)
- 97-P1 MESSIAH A., OBADIA Y., SANNINO N., GASTAUT J.A., CASSUTO J.P., DELLAMONICA P., Groupe d'étude MANIF 2000. – Concordance entre l'usage intraveineux de drogues déclaré par des toxicomanes séropositifs et par les médecins qui les suivent. (PO 067). – 22nd Congress of the French Association of Epidemiology. Mars 1997 (Manif 2000)
In Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n° 45, suppl. 1, pp. S106-107
- 97-P7 CAVAILLER P., OBADIA Y., ROTILY M., MOATTI J.P. – Pratiques à risque chez les usagers de drogues intraveineuses séropositifs. – Réunion Scientifique de l'ADEF : "Epidémiologie et évaluation en toxicomanie". – Lausanne, Suisse : 25-26 septembre 1997. (Manif 2000)
- 96-C12 OBADIA Y. – Injected drug use and the natural history of HIV infection : the relationship between physiological, psychological, and social variables in a longitudinal multicentric study – MANIF 2000 (Marseille, Avignon, Nice, Ile de France). – Rome, Italie : 19-22 septembre 1996. (Manif 2000)
- 96-P4 CAVAILLER P., CASSUTO G.P., LEPEU G., GAMBY T., MOATTI J.P., MAYNE T. – HIV testing behaviour and beliefs of physicians treating HIV+ injected drug users (IDUs) in Southern France. – XIth International Conference on AIDS.Vancouver, juillet 1996. (Manif 2000)
- 96-P5 MAYNE T., SANNINO N., DUJARDIN P., MOREAU J., MOATTI J.P. – High risk of HIV and STD transmission among HIV+ injected drug users (IDUs) in Southern France. – XIth International Conference on AIDS.Vancouver, juillet 1996. (Manif 2000)

MALADIES TRANSMISSIBLES – INFECTION A VIH DANS LES PAYS DU SUD

Publications à paraître

- 05-SSP6 COUDERC N., VENTELOU B. – AIDS, economic growth and epidemic trap in Africa.
Oxford Development Studies, 2005, 33(3) (à paraître) (VIH macroéconomie Afrique)

Publications

- 05-SY5 Les déterminants des prix des médicaments antirétroviraux dans les pays du Sud : analyses économiques et implications pour les politiques publiques d'approvisionnement. – Regards Santé – Marseille : ORS PACA-INSERM U379, n° 10, Septembre 2005 (Etapsud)
- 03-S41 KIRMAN A.P., LUCHINI S., MOATTI J.P. – Can economic analysis contribute to the current debate on access to HIV/AIDS care in developing countries ?
Economie Publique – Etudes et recherches, 2003, 12, pp. 131-151 (Etapsud)
- 03-01 LUCCHINI S., CISSE B., DURAN S., DE CENIVAL M., COMITI C., GAUDRY M., MOATTI J.P. – Decrease in prices of antiretroviral drugs for developing countries : from policital "philanthropy" to regulated markets ? – In ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida "Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges", ISBN n° 2-910143-21-X, 2003, pp. 169-211, tabl., graph., réf. Bibliogr. (Etapsud)
- 01-010 MOATTI J.P., LUCHINI S. – Les traitements du VIH/SIDA dans les pays en développement : un nouvel enjeu majeur pour les relations nord-sud. – In, Rapport moral sur l'Argent dans le Monde en 2001, Enjeux d'une économie mondialisée, Grands dossiers d'éthique financière, Lutte contre la délinquance financière, Equité dans la politique économique et sociale, 2001, pp. 119-132 (Etapsud)

Communications orales et affichées

- 05-C10 MOATTI J.P., VENTELOU B. – The economic impact of HIV/AIDS in developing countries: to finish with systematic underestimation. – Commission de la population et du développement de l'ONU – New-York : 4-8 avril 2005 (VIH macroéconomie Afrique)
- 02-C13 LUCHINI S., COMITI C., DE CENIVAL M., DURAN S., MOATTI J.P., SOUTEYRAND Y. – Determinants of prices of ARV drugs in developing countries : The key-role of increased competition and decentralised negotiations. – XIV International AIDS Conference 2002. – Barcelona, Spain : 7-12 July 2002 (Etapsud)

MALADIES TRANSMISSIBLES – GRIPPE

Publications

- 00-R10 Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe, Réseau Provence-Alpes-Côte d'Azur : Bilan de la saison 1999/2000. – Lyon : Centre National de Référence Grippe France-Sud, Mai 2000, 7 p. (Grog)
- 99-R7 Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe : Rapport d'activité Saison 1998/1999. – Lyon : Centre National de Référence Grippe France-Sud, Mai 1999, p. 20 (Grog)
- 99-R8 Réseau GROG Provence Alpes Côte d'Azur : Bilan de la saison 1998-1999. – Marseille : ORS PACA, 14 juin 1999, 7 p. (Grog)