

RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

**RAPPORT
D'ACTIVITE**
2007-2008

Créé au début des années 80 dans le cadre de la décentralisation, l'Observatoire Régional de la Santé dirigé par le Docteur Yolande OBADIA et présidé par Monsieur Michel VAUZELLE, Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, est l'un des 26 Observatoires Régionaux de la Santé regroupés dans une fédération nationale, la FNORS. La principale mission de l'ORS est l'aide à la décision à travers l'observation et la mise à disposition d'informations sur la santé de la population régionale.

Les missions de l'ORS et de ses équipes...

Parce qu'on ne peut élaborer une politique de santé publique et établir des priorités à l'échelle d'un territoire sans connaître l'état de santé de la population qui y réside, parce qu'on ne souffre et ne meurt pas de la même manière selon son milieu de vie, il est indispensable de disposer d'informations précises sur les besoins et les problèmes de santé de la population. C'est à cette mission que répond l'ORS.

L'activité de l'Observatoire s'organise autour de deux pôles : l'un consacré à l'observation et à la valorisation des connaissances sur la santé de la population régionale ; l'autre aux activités de recherche et à la production de connaissances nouvelles.

En partenariat privilégié avec l'UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée et avec l'Institut Fédératif de Recherches « Sciences Humaines, Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (IFR SHESS-AM), l'ORS regroupe des chargés d'études, des chercheurs de l'INSERM ou du CNRS, des doctorants, soit au total une équipe de 70 personnes de formation pluridisciplinaire (médecins épidémiologistes, économistes, sociologues, statisticiens, démographes).

La valorisation des connaissances...

L'ORS collecte et analyse des données produites par de nombreux organismes partenaires pour élaborer des documents synthétiques (baromètres, tableaux de bord...) et mettre à disposition des données de cadrage sur la santé des habitants de la Région.

Afin d'être encore plus réactif et de rendre ces informations accessibles à un large public de professionnels de la santé et de décideurs, l'ORS a mis en place une banque de données originale qui offre une cartographie de l'état de santé régional par territoire : www.sirsepaca.org



La production de connaissances nouvelles...

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

L'animation de réseaux...

Sollicité pour animer des groupes de travail, l'ORS participe à de nombreux réseaux tant au niveau régional que national et européen, en particulier autour d'études sur le VIH, les hépatites, les toxicomanies, le cancer, les maladies professionnelles, la santé mentale...

Le partage de ses acquis...

Parce qu'il est indispensable de partager l'information, l'Observatoire diffuse largement ses données en multipliant les outils : tableaux de bord sanitaires généraux (à l'échelle de différents territoires, ex. ville de Marseille et ses arrondissements) ou thématiques (santé-environnement, santé-travail, santé mentale), annuaires de santé, édition d'ouvrages de référence, lettre de valorisation de ses travaux de recherche « RegardSanté » et bulletin d'information sur la santé de la population régionale « RepèreSanté », site spécifique dédié aux maladies professionnelles : www.sistepaca.org

L'ORS contribue également à la formation d'étudiants de MASTERS, de doctorats et organise des formations continues.

L'aide à la décision...

L'ORS a réuni autour de lui des cliniciens et des chercheurs dans un Conseil Scientifique présidé par le Pr Pierre-Jean Weiller, officiellement mandaté par l'ensemble des collectivités locales pour répondre aux attentes des politiques d'aujourd'hui et anticiper les besoins futurs de la santé publique régionale.

L'ORS représente aujourd'hui un outil indispensable de la santé publique régionale et
**une ressource objective et fiable,
reconnue par le monde de la santé
et de la recherche.**



Les thématiques étudiées...

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

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





RAPPORT D'ACTIVITE 2007 - 2008

SOMMAIRE

INDICATEURS SANITAIRES ET SYNTHESSES SUR LA SANTE OBSERVEE EN REGION	9
1. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : www.sirsepaca.org)	11
1a. SIRSéPACA volet 1 : analyse des causes médicales de décès par pays	12
1b. SIRSéPACA volet 2 : "consommation" de médicaments psychotropes	13
1c. SIRSéPACA volet 3 : prévalence du diabète traité et qualité de la surveillance médicale des patients diabétiques	14
2. Maintenance et évolution de SCORE-SANTE	15
3. Tableau de bord sur la santé mentale chez les jeunes résidant en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur	16
4. « RepèreSanté » : le bulletin d'information qui met en perspective les données statistiques sur l'état de santé régional	17
5. « RegardSanté » : la lettre de valorisation des travaux de recherche	18
6. Le site Internet et la base documentaire de l'ORS PACA (www.orspaca.org)	19
7. Congrès national des ORS sur «Les Inégalités de Santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques»	20
OFFRE ET DEMANDE DE SOINS	21
1. Observation des pathologies de la population régionale à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé	23
2. Influence de la dépression co-morbide sur les comportements de santé et la consommation de soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques	24
3. Extension de l'Observatoire des pratiques en médecine générale à cinq Régions françaises	25
4. Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes	26
5. 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	27
6. Vieillesse, santé et sociétés une approche micro/macroéconomique	28
7. Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile	29
8. Evaluation médico-économique de l'adaptation de la prescription d'hémodialyse en fonction des paramètres fonctionnels de la fistule artérioveineuse chez l'enfant dialysé	30
ENVIRONNEMENT, TRAVAIL ET HABITUDES DE VIE	31
1. Connaissance, attitudes et pratiques des médecins généralistes et spécialistes en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine des maladies liées au travail	33
2. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur	34
3. Synthèse nationale sur le thème Santé Travail	36
4. Baromètre 2007 santé-environnement de l'INPES : exploitation de l'extension régionale	37
5. Observation de l'organisation des acteurs et des outils pour la gestion des impacts post-accident des accidents industriels non nucléaires sur les populations et l'environnement	38
CONDUITES ADDICTIVES	39
1. Evaluation de la formation au sevrage tabagique de médecins généralistes de ville	41
2. Etude des déterminants du tabagisme en milieu populaire	42
3. La construction sociale des médicaments, singularité et représentativité du cas de la Buprénorphine haut dosage	43
4. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC	44



SANTE DES JEUNES	47
1. Evaluation de la mise en place d'un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants en maternelle	49
2. Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur	50
3. Etude de la survenue des blessures dans une cohorte de sportifs de haut niveau dans la Région PACA ; facteurs de risque et impact psychosocial	51
SANTE MENTALE	53
1. Définition et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes, une approche pragmatique	55
2. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre du panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la Région PACA	56
3. Mise à jour du Guide-répertoire suicide et élaboration d'un outil d'information pour le public	57
4. Etude exploratrice : violences en direction des personnes souffrant de troubles psychiques (patients et ex-patients)	58
5. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale : tableau de bord sur les problèmes de santé mentale à Marseille	59
6. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille. Enquête qualitative : « troubles de santé mentale : trajectoire de vie et de soins »	60
7. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale : Répertoire des structures confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales sur Marseille	61
CANCER	63
1. Représentations du cancer et des personnes atteintes, réactions face au message préventif et déni du risque : le cas du tabagisme	65
2. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer survenu il y a deux ans	66
3. Etude Longitudinale de l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de 40 ans et moins des Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	67
4. Etude Longitudinale sur l'Impact Psychosocial des Pathologies du SEin chez les femmes de 65 à 80 ans dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et le Var	68
5. Conséquences des maladies chroniques et chronicisation des maladies : continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer	70
6. Prévention, dépistage et déclaration des cancers professionnels : recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins du travail en région Paca	71
7. Etude des facteurs non médicaux relatifs au vécu du patient, aux représentations des soignants et à la relation soignant-patient intervenant dans la prise en charge de la douleur après traitement initial d'un cancer du sein	72
MALADIES TRANSMISSIBLES - INFECTION A VIH	73
1. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote)	75
2. La dynamique du tabagisme en population séropositive : analyse secondaire de la cohorte Copilote	76
3. Discrimination et maladies chroniques, quelle spécificité de l'infection par le VIH ?	77
4. MANIF 2, Suivi clinico-biologique à long terme des sujets VIH+ infectés par voie toxicomane et inclus dans la cohorte MANIF	78
5. Vie quotidienne et VIH au féminin	79
6. Analyse des questionnaires de qualité de vie dans le cadre de l'essai Monark Fran-03-001	80
7. Huitième Conférence internationale sur les aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH : conférence AIDS IMPACT	81
8. Evaluation médico-économique d'une stratégie thérapeutique innovante dans l'infection à VIH : lopinavir/ritonavir en monothérapie versus lopinavir/ritonavir associé à zidovudine et lamivudine chez des patients naïfs d'antirétroviraux	82



9. Conception d'un modèle d'évaluation des effets économiques à long terme de la réponse à l'épidémie de Sida (A long term economic model of the response to the HIV epidemic)	83
10. Revue de la littérature sur les alternances des tâches et systèmes de financement de l'OMS, de l'ONUSIDA et du PEPFAR en matière de VIH	84
11. Qualité de vie des patients vivant avec le VIH et avec l'hépatite B chronique	85
12. Projet expérimental de dépistage rapide peu médicalisé auprès des hommes gays	86
MALADIES TRANSMISSIBLES - INFECTION A VIH DANS LES PAYS DU SUD	87
1. Evaluation du Programme Camerounais d'Accès aux ARV : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH	89
2. Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé	90
3. Evaluation de l'impact de l'offre de soins du "Centro de Referência e Treinamento" (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo sur ses performances	91
MALADIES TRANSMISSIBLES - CO-INFECTION VIH-VHC	93
1. Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite C dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et dans les Centres d'Examens de Santé (CES) de la Région	95
2. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH)	96
PARTENARIAT SCIENTIFIQUE	97
Partenariat avec des équipes de recherche régionales en sciences humaines, économiques et sociales	99
Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique	100
Partenariat avec des équipes d'étude et de recherche-action	100
Contribution à des structures régionales et nationales, professionnelles et scientifiques	105
ACTIVITE DE COMMUNICATION SCIENTIFIQUE	107
Conférences auxquelles l'ORS a participé en 2007	109
ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION	113
Activité d'enseignement	115
Activité de formation	116
ACTIVITES ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE	119
Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé	121
Le Conseil d'Administration de l'Observatoire Régional de la Santé	123
L'équipe ORS-INSERM-IRD-Université de la Méditerranée	125





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

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





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

Sigle : SIRSE

Objectifs

SIRSé Provence-Alpes-Côte d'Azur est un système d'information dont l'objectif principal est de mettre à disposition de tous (décideurs, professionnels de santé, associations...), sur Internet, des informations sur l'état de santé de la population régionale et sur certains de ses déterminants (comportements, offre de soins, environnement...) à l'échelle de différents échelons territoriaux (grandes communes, cantons, zones d'emploi, territoires définis dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique).

Il vise à faciliter l'accès aux données sous forme de cartes interactives et de tableaux et fournit des informations sur les indicateurs et les sources des données (définitions, limites et précautions à prendre pour l'interprétation des résultats).

Problématique

Dans le contexte de la nouvelle loi de santé publique (2004) et de la mise en place des Plans régionaux de santé publique, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infrarégionale présente un intérêt croissant, tant pour la définition des priorités d'action que pour l'évaluation des actions mises en œuvre. L'Observatoire Régional de la Santé a souhaité développer un outil mettant à disposition de telles informations sur plusieurs territoires sous une forme interactive.

Méthodologie

Les indicateurs du SIRSéPACA sont définis à partir des indicateurs de suivi du Plan Régional de Santé Publique de la région PACA et des indicateurs recommandés en annexe à la Loi relative à la santé publique de 2004.

Ils concernent l'état de santé général, une cinquantaine de pathologies (les cancers, les maladies cardio-vasculaires, etc.), certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation et accidents de la vie courante, etc.), l'offre et la consommation de soins, les caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Les données proviennent de divers organismes nationaux et régionaux, partenaires de la Fédération Nationale des ORS (FNORS) et de l'ORS PACA.

Résultats

SIRSéPACA est accessible depuis octobre 2006 sur le site Internet « www.sirsepaca.org ».

Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan.

Partenaires

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM PACA) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)



1a. SIRSÉPACA volet 1 : analyse des causes médicales de décès par pays

Sigle : SIRSE/MORTALITE

Objectifs

L'objectif est de disposer, pour chaque territoire de santé et de proximité défini en région PACA dans le cadre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS-III), d'une description de la mortalité par cause permettant de caractériser le territoire par rapport à la moyenne régionale et nationale ; et de souligner les points essentiels sur chacun des territoires qui peuvent avoir un intérêt pour les programmes du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Problématique

La nouvelle loi de santé publique de 2004 a instauré des PRSP destinés, tout en tenant compte des plans nationaux, à déterminer les priorités et à mettre en œuvre les politiques de santé publique au niveau régional. Leur élaboration a conduit à la définition de territoires de santé et de proximité qui représentent un découpage commun à l'organisation hospitalière et aux actions de santé publique. Dans ce contexte, il paraissait indispensable de dresser un bilan des problématiques sanitaires de chaque territoire, en s'appuyant notamment sur l'analyse de la mortalité.

Méthodologie

L'analyse de la mortalité a été réalisée à partir de la statistique annuelle des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'INSERM et l'INSEE. Compte tenu de la taille des territoires géographiques étudiés et des données disponibles, l'analyse a été réalisée sur la période 1995-1999. L'analyse a porté sur la mortalité générale et prématurée ainsi que sur une cinquantaine de causes spécifiques de décès.

Par ailleurs, pour chaque territoire de santé, une synthèse des résultats a été rédigée afin de distinguer les caractéristiques de ce territoire.

Résultats

Globalement, la mortalité générale et prématurée est plus faible en PACA qu'en métropole. Certaines causes de décès y sont néanmoins significativement plus fréquentes : le sida quel que soit le sexe ; chez les hommes, les cancers de la plèvre et de la vessie ainsi que les pneumonies ou broncho-pneumonies ; chez les femmes, le cancer du poumon, les leucémies et la maladie d'Alzheimer. Ce constat couvre des disparités géographiques infra régionales. Les décès par sida sont par exemple significativement plus fréquents dans les territoires situés sur le littoral, de Menton à Marseille, plus urbanisé que l'arrière pays. L'excès de mortalité par cancer de la plèvre est quant à lui caractéristique des zones industrielles de la région et s'observe dans la zone de Toulon ainsi que dans le sud des Bouches-du-Rhône. La distribution spatiale des taux de mortalité par cancer du poumon semble opposer un tabagisme masculin et ouvrier des secteurs industriels de l'Ouest de la région à un tabagisme plus féminin dans les Alpes-Maritimes. Certaines disparités infra régionales doivent cependant être interprétées avec prudence, en raison d'une moins bonne qualité de certification des causes de décès dans certains territoires et principalement dans la zone de Nice.

Les résultats sont disponibles sur le Système d'information régional en santé (www.sirsepaca.org) sous forme de cartes interactives et sont exportables au format Excel. Ils sont également accessibles à partir du site Internet «Diagnostics territoriaux» de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) (<http://paca.sante.gouv.fr/territoires/accueil.swf>).

Commanditaire

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

Partenaires

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM PACA) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)



1b. SIRSÉPACA volet 2 : "consommation" de médicaments psychotropes

Sigle : SIRSE/CONSO PSYCHOTROPES

Objectifs

L'objectif est de disposer, au travers du Système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSÉPACA), d'indicateurs territorialisés sur les niveaux de «consommation» de médicaments psychotropes en région PACA.

Problématique

La consommation de médicaments psychotropes représente aujourd'hui un enjeu de santé publique en France : c'est une des plus élevées d'Europe et les ventes de médicaments antidépresseurs ont connu une très forte augmentation au cours de ces 20 dernières années. Par ailleurs, ces médicaments sont souvent prescrits ou utilisés de façon inadéquate : les médicaments antidépresseurs sont parfois prescrits à des personnes ne présentant pas une dépression caractérisée, tandis que nombre de personnes souffrant de cette affection ne sont pas traitées. Les traitements anxiolytiques et hypnotiques sont souvent consommés de façon chronique, ceci étant pourtant déconseillé en raison des effets secondaires de certains d'entre eux (risque de dépendance, accroissement du risque d'accidents de la circulation ou de chutes chez les personnes âgées).

Méthodologie

Les données sont issues des bases de remboursement de pharmacie du régime général de l'Assurance Maladie et ont été fournies par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région PACA. Les indicateurs ont été définis à partir des travaux déjà publiés dans ce domaine en France et dans d'autres pays.

Des indicateurs sur l'incidence et la «prévalence» de «consommation» de médicaments psychotropes en 2006 ont été calculés pour différents niveaux géographiques. Plusieurs types de médicaments psychotropes ont été étudiés : les anxiolytiques-hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques. Des indicateurs sur la part des remboursements prescrits par un psychiatre ou par médecin généraliste ont également été calculés.

Résultats

Les résultats sont disponibles sur le site du SIRSÉPACA, dans la partie «Consommation de soins». Pour chaque indicateur, une définition précise est fournie ainsi que certaines précisions sur la méthodologie. Il est notamment précisé que ces indicateurs ne sont pas des indicateurs de morbidité psychiatrique ni de consommation médicamenteuse, mais des indicateurs indirects des prescriptions médicales.

Au total, 19 % (taux standardisé sur l'âge) des assurés du régime général de la région PACA ont été remboursés au moins une fois pour un médicament psychotrope en 2006. Les femmes sont largement plus concernées que les hommes : respectivement 24 % et 15 %. Dans près de 80 % des cas, les psychotropes ont été prescrits par un médecin généraliste. Parmi les médicaments psychotropes, les anxiolytiques-hypnotiques sont les plus prescrits (16 %), devant les antidépresseurs (8 %). Leur utilisation chronique (plus de six remboursements par an) est très fréquente chez les personnes âgées de plus de 80 ans (prévalence de 25 % chez les femmes). De fortes variations géographiques sont observées au sein de la région. Le taux standardisé de remboursements pour anxiolytiques-hypnotiques varie de 4 % à 24 % selon les cantons.

Commanditaires

Groupeement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan.

Partenaires

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM PACA) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)



1c. SIRSéPACA volet 3 : prévalence du diabète traité et qualité de la surveillance médicale des patients diabétiques

Sigle : SIRSE/DIABETE

Objectifs

L'objectif est de disposer, au travers du Système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA), d'indicateurs territorialisés sur la prévalence du diabète traité et d'indicateurs de qualité de la surveillance médicale des patients diabétiques.

Problématique

Le diabète sucré est une maladie chronique dont les conséquences sur la santé humaine et l'économie sont considérables. En France comme dans d'autres pays, la prévalence du diabète traité est en forte augmentation, du fait, notamment, de la progression de la prévalence de l'obésité, facteur de risque majeur du diabète. Mal pris en charge, le diabète peut s'accompagner de graves complications (cardio-vasculaires, ophtalmologiques, rénales...) sources d'incapacités, de handicaps, d'une altération de la qualité de vie et d'une surmortalité. Le Plan Régional de Santé Publique de la région PACA vise à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique et comprend un programme visant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Méthodologie

Les données sont issues des bases de remboursement de pharmacie du régime général de l'Assurance Maladie et ont été fournies par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région PACA.

Les indicateurs suivis sont ceux qui ont été recommandés dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 et s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques publiées en 2000 par l'ANAES et actualisées en 2006 par l'HAS et l'AFSSAPS.

Une personne est définie comme diabétique si elle a eu au moins deux remboursements d'insuline ou d'antidiabétiques oraux au cours de l'année. Les indicateurs ont été comparés aux résultats régionaux de l'étude française ENTRED (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) afin de vérifier la validité des résultats.

Résultats

Les résultats sont disponibles sur le site du SIRSéPACA, dans les parties «Consommation de soins» et «Etat de santé et pathologies». Dans la région, la prévalence du diabète traité parmi les assurés du régime général était de l'ordre de 3 % en 2006. Comme ceci est précisé sur SIRSéPACA, ce chiffre ne prend pas en compte les personnes diabétiques traitées exclusivement par des mesures hygiéno-diététiques. Les résultats infra régionaux indiquent une plus forte prévalence du diabète traité dans les territoires du sud ouest de la région, une fois les différences d'âge de la population prises en compte. Conformément aux résultats nationaux, la qualité de la surveillance médicale des patients diabétiques peut être améliorée en PACA : par exemple, seuls 37,5 % des diabétiques traités ont eu au moins trois remboursements pour dosage de l'hémoglobine glyquée en 2006 et 40,9 % ont eu au moins un examen du fond d'œil ou une consultation d'ophtalmologie dans l'année comme le préconisent les recommandations. Ces indicateurs varient également selon les territoires infra régionaux.

Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan.

Partenaires

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM PACA) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) ; Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)



2. Maintenance et évolution de SCORE-SANTÉ

Sigle : VEILLE SANITAIRE

Objectifs

SCORE-SANTÉ est un site commun d'observation en santé qui met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population à l'échelle des Régions et des Départements français (www.fnors.org/Score/accueil.htm). Il a notamment pour objectif de faciliter le suivi des politiques régionales et nationales de santé publique.

Problématique

SCORE-SANTÉ a été créé en 2000 à l'initiative des différentes institutions impliquées dans la gestion du système de santé ; son développement a été confié au réseau des ORS, par l'intermédiaire de la FNORS. En 2006, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens (COM 2006-2008), SCORE-SANTÉ a été relancé avec une nouvelle dynamique : outre la mise à jour des indicateurs disponibles, une intégration de nouvelles données sera réalisée d'ici 2008 (indicateurs de la nouvelle loi de santé publique de 2004 en particulier). Afin d'améliorer l'information sur l'état de santé des populations, il est également prévu de mettre à disposition des indicateurs à des échelons géographiques différents. La nouvelle version de SCORE-SANTÉ donnera ainsi accès à une cinquantaine d'indicateurs à l'échelle des cantons. De plus, un module informatique, permettant à chaque ORS de développer une base de données infra régionale spécifique à sa Région, va être mis en place.

Méthodologie

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

Résultats

En 2007, l'ORS PACA a entrepris la réactualisation des thèmes « Usages de drogues illicites » et « Sida » dont il a la charge depuis 2000. Après une décennie de forte hausse de la consommation de cannabis, les dernières données semblent indiquer une stabilisation de sa consommation. Une diffusion croissante des consommations d'hallucinogènes et de stimulants (notamment la cocaïne et l'ecstasy) est observée. Chez les consommateurs d'opiacés et de cocaïne, le mode d'injection intraveineuse, à l'origine des principaux dommages sanitaires, semble aujourd'hui en régression. Concernant l'épidémie de sida, la diminution amorcée dès 1995, du nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année se poursuit. Parmi les nouveaux cas de sida, la part des contaminations par usage de drogues continue de diminuer. Celle des contaminations par rapports homosexuels est stable depuis le début des années 2000.

La réactualisation des thèmes « Usages de drogues illicites » et « Sida » sera achevée début 2008. Une réflexion sera menée sur les nouveaux indicateurs qui pourraient être intégrés dans SCORE-SANTÉ (cas de séropositivité notamment).

Commanditaires

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

Partenaires

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



3. Tableau de bord sur la santé mentale chez les jeunes résidant en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : TBSM JEUNES

Objectifs

Le tableau de bord sur la « santé mentale » des jeunes en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur a pour objectif général la réalisation d'un état des lieux des problèmes de santé mentale chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans de la Région.

Problématique

Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides, chez les jeunes notamment, constitue l'une des priorités du Plan régional de santé publique dans la Région PACA. La santé des jeunes préoccupe également le Conseil Régional qui a choisi d'axer sa politique et ses actions dans ce domaine.

Méthodologie

Ce tableau de bord s'appuie sur l'analyse de grandes enquêtes réalisées au niveau national et disposant d'extensions en région PACA (enquête décennale santé et enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance). Celles-ci fournissent des informations sur divers aspects de la santé mentale (souffrance psychologique, troubles psychiques) pour divers groupes de population (filles, garçons, adolescents, jeunes adultes...). Les analyses visent à déterminer la fréquence des troubles, l'existence de facteurs associés et les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et d'insertion sociale.

Le tableau de bord fera également un état des lieux sur la consommation de médicaments psychotropes chez les jeunes et sur l'offre de prise en charge en santé mentale en Région PACA (répartition des rôles entre les différents organismes et structures).

Avant publication, les résultats sont présentés et discutés avec un groupe de professionnels et d'experts dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes.

Le tableau de bord donnera lieu en 2008 à la publication de plusieurs numéros de « RepèreSanté », le bulletin sur la santé de la population régionale réalisé par l'ORS PACA.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan



4. « RepèreSanté » : le bulletin d'information qui met en perspective les données statistiques sur l'état de santé régional

Objectifs

L'objectif de cette publication est de valoriser et mettre en perspective les données statistiques sur la santé de la population régionale. Elle vise à améliorer la diffusion des connaissances sur l'état de santé régional auprès des acteurs locaux, des professionnels de la santé et de la population.

Problématique

En 2006, dans le cadre du développement de ses activités d'observation de la santé et de valorisation des données régionales, l'ORS PACA a créé un bulletin d'information sur la santé de la population régionale, intitulé « RepèreSanté ».

En complément de « RegardSanté » qui présente les résultats de travaux de recherche publiés dans des revues scientifiques, « RepèreSanté » fournit des informations chiffrées sur l'état de santé de la population régionale, avec des analyses descriptives, des comparaisons avec la situation nationale et l'étude des évolutions.

Méthodologie

Ce bulletin présente les résultats des travaux d'observation menés dans le cadre du réseau partenarial de l'ORS et de son partenariat avec l'unité 912 de l'INSERM. Les données proviennent de bases de données nationales ou régionales (système d'enregistrement des causes de décès, base de remboursement de l'Assurance maladie...) ou d'enquêtes menées auprès de la population.

Les résultats sont synthétisés et mis en perspective au regard des résultats nationaux et des problématiques actuelles.

Ce bulletin de 4 pages est imprimé en 2 000 exemplaires et diffusé aux professionnels de santé publique de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'à l'ensemble des partenaires régionaux. Il est également disponible sur le site Internet de l'ORS PACA.

Résultats

En 2007, 4 numéros de « RepèreSanté » ont été publiés :

- N°11 : Suicides et tentatives de suicide en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- N°12 : Obésité et précarité : un lien certain mais complexe.
- N°13 : L'épidémie de VIH/sida en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- N°14 : Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan.



5. « RegardSanté » : la lettre de valorisation des travaux de recherche

Objectifs

L'objectif de cette publication est de diffuser, en français, les principaux résultats des recherches du site ORS-INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (UMR 912) ayant donné lieu à publication dans des revues scientifiques.

Problématique

Les résultats des études réalisées dans le cadre du partenariat de recherche entre l'ORS PACA, l'UMR 912 et l'Institut Fédératif de Recherche « Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (IFR SHESS-AM) sont fréquemment publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture, essentiellement anglophones. Afin de diffuser les résultats de ces recherches auprès d'un public plus large (décideurs, acteurs), l'ORS PACA et l'UMR 912 publient une lettre de valorisation « RegardSanté ».

Méthodologie

« RegardSanté » est en général une lettre de 4 pages qui présente de manière synthétique les principaux résultats des études publiées par l'ORS. « RegardSanté » est imprimé en 2 000 exemplaires et diffusé auprès des 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.

Résultats

En 2007, cinq numéros de « RegardSanté » ont été publiés :

- N°14 : Vivre avec le VIH à l'ère des multithérapies : facteurs associés à l'adhérence aux traitements en population séropositive.
- N°15 : Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public.
- N°16 : Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- N°17 : Les comportements de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- N°18 : La qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Plan.



6. Le site Internet et la base documentaire de l'ORS PACA (www.orspaca.org)

Objectifs

L'ORS PACA rassemble et analyse des données produites par de nombreux organismes afin d'élaborer des synthèses (tableaux de bord...) et de présenter des données de cadrage sur la santé des habitants de la Région. Il réalise également des enquêtes sur divers problèmes de santé de la population régionale.

La valorisation et la diffusion de ces connaissances constituent un des objectifs de l'ORS PACA.

Problématique

Parce qu'il est indispensable de partager l'information, l'ORS PACA s'est doté depuis fin 2000 d'un site Internet permettant aux professionnels de santé et aux décideurs de disposer d'informations sur l'état de santé de la population régionale et de connaître ses particularités.

Résultats

En 2007, le site Internet de l'ORS a été mis à jour chaque mois afin de fournir aux utilisateurs des informations les plus récentes possibles sur les activités de l'ORS-UMR912 et ses publications (actualisation de la page d'accueil...).

La base documentaire informatisée contenant tous les travaux de l'ORS réalisés depuis 1990 a également été mise à jour mensuellement.

En 2007, un partenariat a été mis en place entre l'ORS et l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) dans le cadre de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP). Toutes les publications de l'ORS sont désormais référencées par la BDSP.

Partenaire

1 égal 2



7. Congrès national des ORS sur «Les Inégalités de Santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques»

Sigle : Congrès des ORS

Objectifs

Le 11^{ème} congrès national des Observatoires régionaux de la santé, organisé par l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur en collaboration avec la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS), aura lieu à Marseille les 16 et 17 octobre 2008. Il portera sur le thème des inégalités de santé. En réunissant des experts nationaux et internationaux en sciences sociales et épidémiologie, et les acteurs locaux et nationaux de la santé publique, ce congrès entend contribuer à la réflexion sur les dispositifs d'observation des inégalités de santé et sur les politiques et les interventions visant à les réduire en s'appuyant sur les travaux de recherche récents.

Problématique

De nombreux indicateurs montrent la dégradation de l'état de santé des catégories les plus vulnérables ainsi que l'aggravation des différences sociales en matière de morbidité et de mortalité. La *Loi relative à la politique de Santé publique de 2004* a placé la lutte et la prévention des inégalités de santé comme l'une de ses priorités. Le congrès se veut un moment ouvert aux *nouveaux savoirs* sur les inégalités de santé, notamment le rôle des contextes de résidence et celui des facteurs temporels dans la formation de ces inégalités. La FNORS propose également de réfléchir sur *les enjeux politiques nouveaux* de ces inégalités de santé, à savoir la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de prévention ou de correction des inégalités.

Méthodologie

Le congrès facilitera les apports de spécialistes nationaux et internationaux autour de conférences plénières auxquelles participeront Lisa Berkman, Anne-Marie Brocas, Yves Bur, Ana Diez-Roux, Didier Houssin, Bobbie Jacobson, Thierry Lang, Vincent Lorant, Nicole Maestracci, Jean-Paul Moatti, Dominique Polton, Victor G. Rodwin, Roger Salamon, Roland Sambuc, Erik Schokkaert, Alfred Spira, Alain Trannoy, Françoise Weber, John Wilkinson. Les débats se prolongeront dans le cadre d'ateliers, animés par Thémis Apostolidis, Florence Jusot et Jean-François Toussaint, où les acteurs de santé publique engagés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention présenteront leurs expériences et travaux autour des quatre thèmes suivants :

- Les dynamiques temporelles des inégalités de santé ;
- Les espaces et contextes sociaux ;
- Les méthodes d'observation et de mesure des inégalités de santé ;
- Les expériences et interventions locales de prévention.

Echéancier

Le programme préliminaire du congrès et l'appel à communication seront finalisés et diffusés début 2008. Les textes soumis pour une communication orale ou affichée dans le cadre des ateliers seront examinés par le comité scientifique.

Les communications orales et affichées sélectionnées par le comité scientifique donneront lieu à une publication dans un numéro spécial de la "*Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*". Un cd-rom comprenant le texte intégral de chaque communication sera produit et diffusé à l'issue du congrès.

Commanditaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) / Direction Générale de la Santé (DGS).

Partenaires

Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports ; Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Offre et demande
de soins**





1. Observation des pathologies de la population régionale à partir de l'exploitation régionale de l'Enquête Décennale Santé

Sigle : EDS PATHOLOGIES

Objectifs

L'objectif de cette étude est le recueil et l'observation des pathologies des résidents de la Région PACA, la comparaison avec la France et le lien avec la structure socioéconomique de la Région.

Problématique

L'enquête décennale santé 2002-2003 permet d'établir, de façon générale, un panorama social de la morbidité des populations. L'extension régionale autorise quant à elle des comparaisons interrégionales.

Méthodologie

Statistique d'enquête, économétrie.

Résultats

Les « maladies professionnelles » et les « troubles mentaux » ont été repérés comme des champs de recherche particulièrement intéressants pour des comparaisons PACA / France. En 2007, l'effet des contraintes physiques et mentales au travail (mesurées par auto-questionnaire) sur la santé mentale des personnes a été étudié : les contraintes professionnelles auto-déclarées sont, statistiquement, facteurs de la symptomatologie dépressive, notamment par un effet de cumul de contraintes.

Commanditaires

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

Partenaires

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



2. Influence de la dépression co-morbide sur les comportements de santé et la consommation de soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques

Sigle : EDS DEPRESSION CO-MORBIDE

Objectifs

Etudier l'impact de la dépression, chez des personnes souffrant d'une maladie chronique (obésité, maladie cardio-vasculaire...) sur leurs comportements de santé : consommation de tabac, habitudes alimentaires et pratique d'exercice physique.

Problématique

La dépression constitue aujourd'hui un problème majeur : elle figure parmi les troubles mentaux les plus fréquents avec, en France, une prévalence annuelle en population générale de 9%, plaçant notre pays parmi les plus touchés en Europe.

Les troubles dépressifs sont fréquemment associés à des pathologies somatiques, notamment les maladies cardiovasculaires. Cette co-morbidité augmente le risque de mortalité lié à ces maladies. Bien que ceci soit établi, l'importance de ce phénomène et les mécanismes sous-jacents restent encore mal connus. Parmi les hypothèses évoquées, la dépression co-morbide pourrait être associée à une modification des recours aux soins, des comportements de soins (moindre observance thérapeutique en particulier) et des comportements de santé (moindre respect de règles hygiéno-diététiques par exemple, usage accru de tabac,...) susceptibles d'avoir un impact négatif sur le pronostic des maladies somatiques.

Méthodologie

Ce projet est réalisé à partir de l'enquête décennale santé 2002-2003. La 1^{ère} étape consiste à définir les sous-échantillons sur lesquels les analyses seront effectuées (individus atteints de maladies cardio-vasculaires et ceux atteints de problèmes de poids) et les indicateurs qui seront utilisés afin de définir la présence probable de troubles dépressifs majeurs (on utilisera notamment l'échelle CES-D). Dans un deuxième temps, le recours aux soins, la consommation de médicaments (voire les remboursements de médicaments, si l'appariement avec les données de l'Assurance Maladie est réalisé), la consommation de tabac, les habitudes alimentaires, le degré d'activité physique seront comparés au sein de ces échantillons, entre personnes atteintes de dépression et celles non atteintes, par des analyses toutes choses égales par ailleurs.

Résultats

Des analyses ont été réalisées chez les personnes en surpoids, celles ayant une obésité ou celles de poids normal. Les résultats suggèrent que la dépression probable est associée, chez les personnes ayant des problèmes de poids, à une aggravation de comportements à risque en termes hygiéno-diététiques vis-à-vis de la santé, sachant que ceci est aussi observé chez les personnes de poids normal. De plus, les résultats de notre étude suggèrent parallèlement un effet modérateur du traitement antidépresseur sur les liens observés, ceci dans les sous-échantillons des femmes en surpoids et des personnes obèses, mais pas dans celui des hommes en surpoids. Ceci fournit un argument indirect en faveur de l'influence de la dépression sur les comportements à risque étudiés.

De nouvelles analyses vont être réalisées sur le sous-échantillon des personnes souffrant de maladie cardio-vasculaire mais aussi pour vérifier si, chez les personnes dépressives, des comportements de santé à risque sont plus fréquemment associés ou non que chez les personnes non dépressives (analyses de cluster).

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)/ Mission Recherche (MiRe).



3. Extension de l'Observatoire des pratiques en médecine générale à cinq Régions françaises

Sigle : PANEL MEDECINS - 5 REGIONS FRANÇAISES

Objectifs

A travers cinq vagues d'enquêtes menées de début 2007 à début 2009, selon un rythme d'une vague par semestre, ce panel a pour objectifs d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins d'une part, leurs pratiques de prise en charge d'autre part et d'en identifier les principaux déterminants.

Problématique

Ce projet s'inspire de l'expérience menée en Région PACA sur 600 médecins généralistes. Il étend l'expérience à quatre nouvelles régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire présentant des caractéristiques contrastées en termes de populations de médecins, de densités médicales et de caractéristiques sociodémographiques (taille de la population, degré d'urbanisation, part de la population âgée,...), ceci afin de percevoir les éventuelles différences d'organisation et de modalités de la pratique liées à ces environnements distincts.

Méthodologie

Le dispositif alterne enquêtes longitudinales et enquêtes transversales. Les premières portent sur l'activité des médecins généralistes, l'organisation de leur travail et les conditions d'exercice. Les secondes portent sur les attitudes et opinions des médecins dans la prise en charge de pathologies ou de populations particulières ou de thématiques spécifiques ainsi que sur leurs relations avec les autres professionnels de la santé.

Résultats

La collecte de données a débuté officiellement en mars 2007 grâce au concours des ORS et des Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) et en partenariat avec les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) des cinq régions.

La première vague d'enquête (mars-avril 2007) a permis d'établir que les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises, selon les régions du panel. Les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes dans les régions les plus rurales. Pour ceux qui exercent en groupe, pratique plus fréquente chez les jeunes médecins, cette durée moyenne est inférieure de 2 à 4 heures. Au total, un praticien sur deux s'est déclaré désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ. Les recommandations de bonnes pratiques constituent le premier outil d'aide à la prescription et à la prise en charge des patients. Globalement, 3 médecins sur 4 se sont déclarés satisfaits de leur activité professionnelle. Cette satisfaction décroît notamment avec l'âge et la durée de travail, elle augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2.

La deuxième vague d'enquête (octobre et novembre 2007) a porté sur le réseau formel et informel sur lequel les médecins généralistes libéraux s'appuient pour assurer la prise en charge globale de leurs patients. Les données de cette enquête sont en cours de traitement. Deux nouvelles vagues d'enquêtes auront lieu en 2008, la première au printemps, réinterrogera les médecins sur leur activité professionnelle et sur les changements intervenus depuis la première interrogation un an plus tôt, la seconde à l'automne sur l'épuisement et le stress professionnels.

Commanditaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) / Ministère de la Santé et des Solidarités - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Groupement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Haute Autorité de Santé (HAS)

Partenaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; ORS des régions Bourgogne, Bretagne, Centre, Pays de la Loire ; Unions Régionales des Médecins Libéraux et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie des cinq régions concernées.



4. Les médecins libéraux acteurs de santé publique : leur implication actuelle, les difficultés, les attentes

Sigle : SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE LIBERALE

Objectifs

L'étude consiste à analyser la « culture de santé publique » des médecins généralistes libéraux à l'aide d'outils statistiques et économétriques.

Problématique

Dans l'esprit d'une littérature nouvelle en économie publique, centrée sur les motivations « intrinsèques », on privilégiera une évaluation des *représentations* des médecins : Quelle est la *recevabilité*, auprès des médecins libéraux, de l'idée de « participation aux programmes de santé publique » ? Quelle était leur participation par le passé ? Quelle sera leur participation à venir, dans le cadre des « contrats de bonne pratique des soins » prévus par la loi (Article L162-12-20 du code de la Sécurité Sociale) ?

Méthodologie

L'étude comporte un protocole en deux parties :

- Phase 1

Enquête « Action de prévention, santé publique et opinions des médecins libéraux face aux réformes du système de santé » auprès du panel de 600 médecins généralistes libéraux de la Région PACA (Panel MG PACA, vague 6, KABP) : questionnaire, enquête, analyse.

Comparaison des résultats avec certaines des variables communes du Baromètre médecins généralistes 2003 de l'INPES.

- Phase 2

Réplication de l'enquête « Action de prévention, santé publique et opinions des médecins libéraux face aux réformes du système de santé » en population nationale de médecins généralistes (Baromètre Médecins de l'INPES) et analyse. L'intérêt d'une telle démarche est bien évidemment d'obtenir non seulement les chiffres (%) « d'adhésion » des médecins au principe de leur participation à la politique de santé publique, mais également de pouvoir rapporter cette « propension à adhérer » aux *caractéristiques personnelles et professionnelles* des médecins.

Résultats

Certaines actions de prévention ont été fréquemment mises en œuvre par les médecins généralistes (plus de 90 % ont déclaré proposer fréquemment une mammographie aux femmes, ou un sevrage tabagique aux fumeurs par exemple...), d'autres sont apparues peu intégrées à leurs pratiques quotidiennes (moins de 40 % ont déclaré prescrire une contraception d'urgence ou informer les patients sur les risques de l'automédication...). Les médecins généralistes présentant un score de prévention élevé accordaient une place plus importante aux préoccupations de santé publique, mobilisaient davantage de sources d'informations, réalisaient davantage d'actes gratuits et se sentaient plus efficaces vis-à-vis des actes préventifs que les médecins présentant un score faible. Un lien entre les comportements personnels des médecins généralistes en matière de prévention et les pratiques adoptées face à leurs patients a été retrouvé.

En 2008, le traitement secondaire des données déjà existantes portera sur une analyse plus détaillée de la « motivations des médecins », en utilisant une grille d'analyse nouvelle basée sur la décomposition « intrinsèque » et « extrinsèque ».

Commanditaires

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ; Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).



5. 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 : PANEL MG - POLITIQUE MEDICAMENT

Objectifs

L'objectif de ce projet est d'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 surtout consisté en France à responsabiliser les consommateurs, c'est-à-dire les patients avec des déremboursements. L'ORS PACA, aidé de l'outil que constitue le Panel MG PACA de 600 médecins libéraux, s'est proposé 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, pour ce qui concerne le bon usage des médicaments, recevable par la profession médicale et viable sur le plan économique ?

Méthodologie

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

Résultats

Les éléments les plus pertinents de l'enquête initialement passée auprès de 528 médecins en PACA ont été répliqués auprès des 1901 médecins du Panel MG 5 Régions. Tri à plat et premiers tris croisés sont disponibles.

L'année 2008 sera consacrée au traitement des données collectées en 2006 et 2007, ainsi qu'à la rédaction d'articles scientifiques en vue de leur soumission pour publication dans diverses revues.

Commanditaire

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

Partenaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).



6. Vieillesse, santé et sociétés une approche micro/macroéconomique

Sigle : EQUIPE AVENIR 2006-2009

Présentation

Les activités de recherche de l'équipe 3 de l'ORS sont liées à celles de l'UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée et du GREQAM (CNRS 6579) par un thème général : dépense de santé et vieillissement des populations.

La construction d'un "modèle de microsimulation" entend doter l'ORS PACA d'un outil de prévision des évolutions longues de la dépense maladie dues au vieillissement ; cet outil pourra être décliné au niveau régional.

Le modèle greffé sur l'enquête décennale santé partirait d'un vecteur d'états épidémiologiques individuels, états sur lesquels les agents évoluent de période en période par des simulations informatiques. La prise en compte de ces états épidémiologiques est la seule manière de dépasser les incertitudes économétriques sur le coût réel du vieillissement : vit-on vieux en bonne santé, ou bien, vit-on vieux en développant de multiples pathologies et de fréquents recours aux soins ? On parlera alors de « disease-oriented model », par opposition à des modèles qui ne prendraient en compte que le profil économique des dépenses par âge, sans les maladies sous-jacentes à celui-ci. A chaque état, on pourra ensuite associer un coût-type de prise en charge, calculé dans l'Enquête Décennale selon les caractéristiques individuelles des personnes (par exemple, la cohorte d'origine, le revenu du ménage ou le fait d'avoir une assurance complémentaire). On mettra bien sûr l'accent sur des pathologies liées au «grand âge » et qui engendrent une prise en charge longue de l'Incapacité et de la Dépendance.

Résultats

Les premiers travaux ont porté sur la méthode de prédiction des dépenses de santé, à partir de la base de données ESPS. Nous testons trois scénarios d'évolution épidémiologique. Ces scénarios sont basés sur la théorie du vieillissement de Robine and Michel (2004). Le premier scénario « benchmark case » représente la situation contemporaine, on utilise les taux de transition actuel. Ensuite, on expérimente un scénario de moindre morbidité ('healthy ageing': les probabilités de tomber malade sont plus faibles que celles observées de nos jours). Le troisième illustre à la fois une baisse de la morbidité et de la mortalité ('healthy ageing+un progrès médical en terme d'espérance de vie'). Les travaux ont été présentés dans divers colloques et séminaires : IHEA à Copenhague en juillet 2007 ; AFSE en Septembre 2007 ; Université de Paris-Dauphine en octobre 2007.

La fusion des travaux effectués sur HID, portant sur la mesure des besoins d'aide (satisfaits et non satisfaits) chez les personnes âgées, et des travaux de microsimulations épidémiologiques réalisés sur la base de données ESPS fait partie du programme 2008.

En outre, il est à prévoir la mise en œuvre des premiers travaux portant sur l'enquête santé 2008 de l'INSEE (fusion de HID et de EDS) : nettoyage de données, premiers tris-à-plat,...

Commanditaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Conseil Général des Bouches-du-Rhône ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur (sous financement de l'exploitation de l'Enquête Décennale Santé) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



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

Sigle : CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT

Objectifs

Pourquoi, à limitations fonctionnelles données et à pertes d'autonomie constantes, certaines personnes déclarent-elles un besoin d'aide pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne et d'autres non ? Quelle est l'étendue des besoins exprimés par les personnes âgées vivant en domicile ordinaire ?

La recherche entend évaluer de façon horaire puis monétaire l'aide humaine dont les personnes âgées vivant en domicile ordinaire déclarent avoir besoin et si ces besoins sont satisfaits. L'aide effectivement reçue par les personnes dépendantes est fournie par une multiplicité d'acteurs, au premier rang desquels les enfants et les familles qui apportent une aide qualifiée d'informelle, à la fois incontournable et déconsidérée. La recherche aura donc à expliciter la nature des motivations des aidants informels. Une valeur économique de cette aide informelle sera calculée, en la reliant par exemple à la composition de la famille, au statut socioéconomique et bien sûr à l'état de santé, à l'aide d'un ensemble de méthodes parmi lesquelles l'évaluation contingente.

La recherche entend aussi aborder les problèmes méthodologiques relatifs à la manipulation de données d'enquête et reposant sur les biais de participation et de sélection. En effet, dans les enquêtes en population, a fortiori portant sur la santé et le handicap des individus, il existe une forte présomption d'endogénéité de la manière-même dont les individus répondent (seuls ou aidés) à leur état de santé.

Problématique et méthodologie

La recherche comprend à la fois une modélisation de théorie économique et une partie appliquée.

Sur le plan théorique, elle a pour finalité d'expliquer les phénomènes de rationnement de la demande de services et de soins aussi bien que de construire des modèles d'utilité intergénérationnelle impliquant de l'altruisme ou de la rationalité économique pour appréhender la nature de l'aide fournie par les enfants à leurs parents.

Sur le plan empirique, les données utilisées sont en un premier temps tirées de l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), conduite de 1998 à 2001 par l'INSEE. Cette enquête a, en outre, examiné les conséquences des problèmes de santé sur le fonctionnement physique et psychologique des personnes vivant à domicile. La partie appliquée exploitera aussi les données de l'enquête Handicap-Santé (qui doit synthétiser à partir de 2007, les deux enquêtes nationales menées dans le passé par l'INSEE, l'enquête HID et l'Enquête Décennale Santé) et du module Aidants qui lui est associé, à l'élaboration desquels l'équipe de recherche a contribué.

Résultats

Les premiers résultats ont permis de déterminer que le recours à un répondant proxy aidant ou remplaçant le sujet interrogé n'ajoute pas de subjectivité à l'évaluation des besoins de la personne (au contraire de ce que les résultats de la littérature en la matière avait établi) alors qu'il en ajoute fortement lorsqu'il s'agit de déterminer si ce besoin est satisfait ou non (là encore au contraire des résultats de la littérature).

Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR - Programme jeunes chercheuses et jeunes chercheurs 2006) ; Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets 2007 IReSP-CNSA-INSERM-MiRe-DREES "Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique" ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



8. Evaluation médico-économique de l'adaptation de la prescription d'hémodialyse en fonction des paramètres fonctionnels de la fistule artérioveineuse chez l'enfant dialysé

Sigle : MATINNO EVAL MEDICO ECONOMIQUE

Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les retombées médico-économiques de l'adaptation de la prescription d'hémodialyse en fonction des paramètres de la FAV et de son retentissement cardiaque chez l'enfant dialysé.

Problématique

L'impact du monitoring non invasif par Transonic sur les coûts hospitaliers a été étudié dans deux études américaines (McCarley 2001, Goldstein 2003), mettant en évidence une réduction significative du nombre d'hospitalisations et du nombre de traitements des thromboses artérielles. Ces observations s'accompagnaient d'une réduction du coût total (hospitalisation, salle d'opération, cathéters, examens - angiogramme et angioplastie, et médicaments) avec le recours à la technique innovante comparé à l'absence de monitoring ou au protocole de surveillance antérieur. A ce jour, aucune étude n'a pris en compte les conséquences économiques pour le système de santé français et pour la société du nombre de patients nouvellement dialysés et pris en charge dans les services de néphrologie pédiatriques. Plusieurs questions émergent : l'impact sur les coûts hospitaliers sera-t-il le même que celui observé dans les deux études américaines ? Les répercussions pourront-elles être significatives pour d'autres catégories de coûts ? D'autre part, aucune étude n'a évalué les répercussions de cette innovation sur la qualité de vie du patient. On peut se demander si un meilleur contrôle de l'accès vasculaire pour l'hémodialyse ne participerait pas à l'amélioration de la qualité de vie chez l'enfant hémodialysé. L'amélioration du diagnostic prénatal, des techniques de prise en charge de l'épuration extra rénale, la réduction des délais de transplantation chez l'enfant grâce à une adaptation optimale de la prescription d'hémodialyse pourraient également contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des enfants insuffisants rénaux chroniques.

Méthodologie

Une cohorte prospective d'enfants hémodialysés et suivis avec le Transonic sera comparée à une cohorte rétrospective d'enfants hémodialysés et suivis par la stratégie de référence (échographie plus angiographie) pour l'analyse des coûts directs. Les coûts indirects seront collectés auprès des parents de la cohorte prospective lors des consultations, et le questionnaire RCMA-S (Revised children's Manifest Anxiety Scale) sera administré aux enfants pour évaluer leur qualité de vie à T0 et à chaque suivi. L'étude prospective de type coût-efficacité de l'implantation de la technique innovante Transonic à l'ensemble des unités de néphrologie pédiatrique associées au projet, permettra de confirmer les résultats obtenus dans la littérature, et cela à l'échelle d'un échantillon représentatif de la population pédiatrique en France, et d'informer sur le ressenti auprès des patients hémodialysés au travers d'une enquête de qualité de vie.

Résultats

Une période d'inclusions de 18 mois a été retenue et celles-ci ont débutées en Juillet 2007. Un suivi de 12 mois après inclusion sera réalisé. Les résultats de l'analyse médico-économique devraient être disponibles fin 2009 et donneront lieu à des publications courant juillet/août 2010.

Commanditaire

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM) / Direction Générale de la Santé (DGS)



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Environnement, travail
et habitudes de vie**





1. 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 MEDECINS DE VILLE SANTE TRAVAIL

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des médecins praticiens en santé-travail.

Les objectifs secondaires : étudier 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 ; évaluer leurs besoins et leurs attentes en santé-travail par rapport à leurs pratiques.

Problématique

La santé au travail constitue un problème de santé publique majeur 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 augmente continuellement depuis plusieurs années. Malgré cela, il existe une forte sous-déclaration des maladies professionnelles, 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.

Méthodologie

Une enquête qualitative a d'abord été conduite par une sociologue auprès de médecins et d'acteurs en santé-travail afin de soulever les hypothèses à tester dans la seconde phase, quantitative, de l'étude : enquête téléphonique par questionnaire de type auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux (400) et de spécialistes en Région PACA (environ 100 rhumatologues et 100 pneumologues).

Résultats

Les travaux ont montré la nécessité d'améliorer les connaissances des médecins praticiens sur les maladies professionnelles et les procédures de déclaration, le repérage du lien santé-travail même en présence d'autres facteurs de risque (par exemple le tabagisme pour les cancers) et de favoriser des pratiques collaboratives avec les médecins du travail et les médecins conseils pour œuvrer en faveur du maintien dans l'emploi. De plus, nos résultats indiquent que les médecins généralistes recommandent moins souvent aux patients atteints d'un cancer du poumon lié à une exposition professionnelle à l'amianté une déclaration de maladie professionnelle quand le patient est fumeur que quand il ne l'est pas. Ce résultat, non observé chez les pneumologues, est probablement lié à une méconnaissance de la part des médecins généralistes du principe de présomption d'imputabilité qui sous-tend le système de réparation des maladies professionnelles en France. Il fournit aussi une explication, ne fût-elle que partielle, à la forte sous-reconnaissance des cancers du poumon liés à l'amianté en France. Enfin, les résultats concernant la déclaration d'une lombosciatique professionnelle indiquent une préoccupation forte des médecins généralistes et des rhumatologues vis-à-vis de la crainte des patients de perdre leur emploi, en cas de déclaration.

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

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



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

Sigle : SISTEPACA

Objectifs

Le SISTEPACA a pour objectifs : d'améliorer les connaissances sur les pratiques des médecins généralistes ou spécialistes dans le domaine santé-travail au niveau régional ; de renforcer les échanges entre médecins praticiens et services de santé au travail ; de proposer des outils et des méthodes d'information et d'aide aux médecins praticiens.

Problématique

Devant la sous-déclaration des maladies professionnelles, l'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, de mettre en place un système d'information des médecins praticiens, pour les sensibiliser au repérage des maladies liées au travail et aider à leur prise en charge. A la demande des médecins, ce système a été élargi aux problèmes de santé liés à l'environnement.

Méthodologie

Les méthodes employées :

- Réunions mensuelles d'un groupe de travail composé de médecins du travail, d'un médecin conseil, de médecins inspecteurs régionaux et de représentants de diverses institutions régionales ;
- Site internet www.sistepaca.org ;
- Rencontres pluridisciplinaires de médecins praticiens, médecins du travail et médecins conseils, lors de séances de formation médicale ;
- Soutien aux médecins praticiens de spécialistes pour faire le lien entre maladie et travail,.

Résultats

En 2007, le SISTEPACA a mené des actions santé travail en ciblant trois thématiques : les tumeurs de vessie, les troubles musculo-squelettiques et l'amiante / cancers professionnels. L'élargissement et la consolidation du réseau SISTEPACA ont été poursuivis, tant au niveau du groupe de travail (représentants du régime agricole et des Collectivités territoriales) qu'au niveau des médecins praticiens (spécialistes, extension régionale des réunions d'échanges).

En 2008, en plus de la poursuite des thèmes traités au cours de l'année 2007, une nouvelle thématique sera développée : les risques d'exposition aux poussières de bois. Il est également prévu d'intégrer dans le site les informations relatives au fonctionnement du régime agricole et des collectivités territoriales.

Commanditaires

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

Collaborations

- Groupe de suivi technique :
DRTEFP : Dr C Kaltwasser
Médecins du travail : Dr P Armand (Société des Eaux de Marseille), Dr L Boulon (Conseil général 83), Dr D Charrier (AISMT 13), Dr K Coulibaly (Shell pétrochimie Méditerranée), Dr M Dussarat (AIST 83), Dr G. Gibelin (MSA 06), Dr F Hérault-Bardin (GIMS 13), Dr G Iarmarcovai (Centre anti-poison, Marseille), Dr B de Labrusse (AIST Avignon), Dr G Péguin (ASTBTP 13), Dr G Roux (MSA 13), Dr P Sabrou (MSA 13), Dr M Trani (ASTBTP 13), Dr A Viola (AIST 83)
Consultation de pathologie professionnelle : Dr MP Lehucher-Michel ;
Médecin conseil : Dr D Bevilacqua (DRSM)
Autre membre : Mme M Brohan-Sulzer, coordinatrice du Programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés des Bouches du Rhône (PDITH 13)
- Inspection médicale régionale du travail et de la main d'œuvre : Dr MH Cervantès, Dr JL Fumery ;
- Services de santé au travail : Dr S Etienne et le groupe « Souffrance morale au travail » de l'AIST83, Dr B Vigneron et Dr M Pelsler (APAMETRA06), la Société de médecine et de santé au travail PACA Corse, ASMAROM service de santé au travail de l'industrie des parfums et des arômes,
- CRAM Sud-Est, Service de prévention des risques professionnels : Dr C Landret (médecin du travail, conseiller en risques professionnels), M. L Evesque (ingénieur conseil), M. Bertrand Caubrière (ingénieur conseil), M. M Boulay (psychologue du travail) et Mme G Belinguier (technicienne de prévention) ;



- Services d'urologie : Hôpitaux de Marseille, Association française d'urologie et Société Félix Guyon du Sud-Est : 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 (Avignon) ;
- Services de pneumologie : Pr D Charpin (hôpital Nord), Pr P Astoul (hôpital Sainte Marguerite), Dr Pommier de Santi CH Toulon-La Seyne, Dr Guy René Boyer (Institut Arnault Tzanck 06), Association des pneumologues libéraux de Côte d'Azur (06) ;
- Services de dermatologie : Pr Bonerandi (hôpital de la Timone avant retraite), Pr JJ Grob (hôpital Sainte Marguerite), Dr M Castelain (hôpital Sainte Marguerite) ;
- Services d'infectiologie : Dr F Fenollar (hôpital de la Timone), Dr I Ravaux (hôpital de la Conception) ;
- Associations de FMC : AMIVAR (83), FMC des Iles d'Or (83), GroMATou (83), La Mandrée (83), Associations de Médecins Généralistes de La Ciotat Ceyreste (13), FMC des centres de santé (13), Association Médicale Intercontinentale (13), l'Association de Formation Médicale PI (13), l'Association de Garde et d'Enseignement du 5e et 10e (AGE.5.10) (13), l'Association des Jeunes Rhumatologues du Sud-Est (AJERS), l'Association des Médecins des Pennes-Mirabeau (13), l'Association des Omnipraticiens du 5e (AOC) (13), l'Association du Canton Vert (13), l'Association FORMED SUD (13), l'Association Phocéenne des Omnipraticiens (13), l'Association pour la Promotion de l'Informatique Médicale (13), l'Association Soins d'urgences Médecins Omnipraticiens (13), Groupe des Médecins de la Vallée de l'Huveaune (13), Groupe de Formation Post Universitaire Marseille 3e (13), Formation Médicale Continue du 12° (13), Femmes Caducée du Pays d'Aubagne (13), l'Escoleta (84), l'Association de FMC des spécialistes du Comtat (84), les associations de FMC Nice Nord (06), Nice Centre (06), Nice Ouest (06), Nice Est (06), Nice Littoral (06), Nice Azur (06), RAMBAM (06), AMFMC (06), Association niçoise de FMC (06), AFMON (06), Association grasseoise de FMC (06)
- SAMETH 13 : M. V Della Valle ;
- AGEFIPH : Mme P Marengo ;
- Association de malades : Mme Louisette Maret, Association Le Cap, Mme Monique Nowack, ARDEVA, M. Chappellet, ACAT 83, M. Michel Taquet et M. Georges Marchon Association SOS amiante 06.
- Département de formation médicale continue de la Faculté de Médecine de Marseille : Pr P Disdier.
- URML PACA : Mme Catherine Coker.



3. Synthèse nationale sur le thème Santé Travail

Sigle : FNORS-SANTE TRAVAIL

Objectifs

Dans le cadre du contrat d'objectifs entre la Fédération Nationale des ORS (FNORS) et la Direction Générale de la Santé (DGS), la FNORS réalise une synthèse sur les indicateurs nationaux et régionaux dans le domaine de la santé au travail.

Problématique

Avec le développement des risques périarticulaires et des risques psychosociaux, l'épidémie de cancers liés aux expositions professionnelles à l'amiante et la persistance des risques liés au bruit, la santé au travail est un problème majeur de santé publique. Un plan national Santé Travail a été mis en place en 2005 afin d'insuffler une nouvelle dynamique dans ce champ (avec notamment le renforcement de la prévention et une meilleure implication des entreprises).

Méthodologie

Revue bibliographique ; analyse des indicateurs documentés dans la base Score Santé (accidents de travail et maladies professionnelles) à partir des données de la CNAM et de la MSA ; utilisation des résultats des enquêtes nationales (SUMER, Décennale santé, ...).

Echéancier

Travail en cours.

Commanditaires

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



4. Baromètre 2007 santé-environnement de l'INPES : exploitation de l'extension régionale

Sigle : BAROMETRE SANTE-ENVIRONNEMENT

Objectifs

Le projet d'exploitation de l'extension régionale du baromètre santé-environnement a pour objectif général d'aider les pouvoirs publics à définir les actions prioritaires à mettre en œuvre au niveau régional, à cibler les campagnes de sensibilisation et à évaluer l'impact des politiques dans le domaine de la santé-environnement.

Problématique

Soucieux d'améliorer la santé des Français en lien avec la qualité de leur environnement, le gouvernement a mis en place en 2004 le premier Plan National Santé-Environnement (PNSE) pour une période de 5 ans. Afin de mieux appréhender les connaissances, attitudes, perception des risques et comportements de la population dans ce domaine, le PNSE prévoyait la réalisation d'un baromètre santé consacré aux relations entre l'environnement et la santé. Pour la première fois en France, en 2007, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a réalisé un baromètre santé-environnement. Plusieurs thématiques ont été abordées plus spécifiquement : la pollution des sols, la pollution atmosphérique, l'habitat, l'eau, le bruit, la légionellose, etc.

Méthodologie

Le baromètre santé-environnement repose sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de la population, obtenu par la méthode aléatoire. Sept régions ont bénéficié d'une extension régionale, dont la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Au total, 1 415 habitants de la région PACA ont répondu au questionnaire entre mi-février et fin mai 2007.

Une analyse descriptive sera tout d'abord réalisée afin d'étudier les disparités interrégionales d'attitudes et de pratiques pour chacune des grandes thématiques abordées dans ce baromètre. Cette étape est réalisée dans le cadre d'un groupe de travail inter-ORS. Dans un deuxième temps, une exploitation approfondie sur un ou plusieurs volets de l'enquête, définis en concertation avec les pilotes du Plan Régional Santé-Environnement sera menée.

Les résultats de l'exploitation régionale du baromètre santé-environnement seront publiés en avril 2008, après la diffusion des résultats nationaux par l'INPES.

Commanditaire

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



5. Observation de l'organisation des acteurs et des outils pour la gestion des impacts post-accident des accidents industriels non nucléaires sur les populations et l'environnement

Sigle : RISQUES INDUSTRIELS ET ENVIRONNEMENT

Problématique

Après des catastrophes telles que celle du site AZF de Toulouse (2001) on peut constater les insuffisances des mesures de suivi épidémiologique et de la prise en charge médico-sociale des effets sanitaires et psychosociaux.

On observe en particulier une absence de passage de relais entre la gestion de l'urgence pendant l'accident et la mise en place de dispositifs de suivis des populations et de l'environnement à plus long terme. Une analyse de cas montre que les dispositions (pré-accident) de gestion des risques prévues par la réglementation SEVESO et plus largement par la réglementation des Installations Classées, ne préparent peu ou prou la gestion des impacts post-accidentels : ce sont avant tout les risques immédiats (inférieurs à 2 h) et très graves (effets létaux ou irréversibles) sur l'homme seul qui sont pris en compte.

Méthodologie

Le projet de recherche s'attachera à mieux comprendre, voire résoudre, les hiatus entre la phase d'urgence et la phase post-accidentelle : il fera travailler ensemble différentes équipes, tant au niveau recherche (ORS PACA, INERIS, ASCONIT Consultants) que des acteurs. Il aboutira à une analyse commune et intégrée des outils, procédures, organisations, réflexes d'acteurs, et de leurs lacunes et freins vis-à-vis de la bonne gestion des impacts post-accidentels, et à un ensemble intégré de voies d'améliorations déclinées en propositions opérationnelles pour la gestion des impacts post-accidentels sur les installations industrielles non nucléaires.

Les voies d'amélioration et propositions testées et validées, seront diffusées auprès de la communauté scientifique et des acteurs opérationnels (services centraux et déconcentrés de l'état, collectivités locales, CLIC et S3PI, bureaux d'étude,...), éventuellement à travers leur intégration dans les référentiels existants et le développement ultérieur d'une offre de formation.

Commanditaires

Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable (MEDD)



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

Conduites addictives





1. Evaluation de la formation au sevrage tabagique de médecins généralistes de ville

Sigle : FORMATION TABAC MG - MARSEILLE

Objectifs

Evaluer les résultats d'une formation au sevrage tabagique auprès de médecins généralistes de ville, à Marseille.

Problématique

L'usage de tabac représente une des causes les plus importantes de mortalité prématurée et de morbidité en France. La loi de Santé Publique de 2004 a mis l'accent sur la nécessité de renforcer la prévention dans la politique de santé publique en France et d'impliquer, pour cela, les médecins généralistes de ville. La Direction de la santé publique de la Mairie de Marseille a, en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML PACA), amorcé un processus de formation des médecins généralistes de ville à Marseille sur le sevrage tabagique. Il s'agit, entre autres, de les initier à une technique recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et dite de conseil minimal.

Méthodologie

L'ORS PACA a réalisé une évaluation, lors d'une enquête qui s'est déroulée courant 2006 auprès des médecins du panel de Médecins Généralistes de ville de la Région PACA. La formation, sous la forme d'Evaluation des Pratiques Médicales (EPP), sera réalisée en 2008 par l'URML PACA auprès de 45 médecins recrutés dans le panel de médecins généralistes en PACA.

Résultats

Les résultats de la première évaluation ont montré que la très grande majorité des médecins demandent à leurs patients souvent à très souvent s'ils fument (96,8 %) et s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer (89,6 %) ; 29,4 % n'offrent pas de brochure d'aide à leurs patients pour arrêter de fumer, mais 73 % évaluent leur degré de dépendance lorsqu'ils les prennent en charge et la moitié utilise un outil de dépistage pour cela. Les médecins prenant en charge un patient pour sevrage tabagique travaillent sans le soutien d'une structure spécialisée le plus souvent.

Une fois la formation terminée, lors d'une vague ultérieure auprès des médecins du panel un second questionnaire (une dizaine de questions) sera proposé, aux médecins résidant à Marseille, ayant suivi la formation ou non, afin d'évaluer si les pratiques de sevrage tabagique ont évolué de façon différente chez ceux ayant suivi la formation et chez ceux ne l'ayant pas suivie.

Commanditaires

Ville de Marseille ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).

Partenaires

Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).



2. Etude des déterminants du tabagisme en milieu populaire

Sigle : TABAGISME MILIEU POPULAIRE

Objectifs

Trois objectifs spécifiques sont proposés :

- analyser en milieu populaire la relation entre les comportements tabagiques et divers déterminants qui repèrent des situations de précarité objective ou subjective ;
- décrire « l'histoire naturelle » du tabagisme en milieu populaire, c'est-à-dire l'articulation entre la carrière tabagique et la trajectoire biographique ;
- explorer la spécificité de la « carrière morale » des fumeurs issus des milieux populaires, et en particulier leurs attitudes à l'égard des messages préventifs, ainsi que les relations éventuelles de cette carrière avec les indicateurs de précarité.

Dans un contexte marqué par une différenciation sociale croissante du tabagisme, nous pensons que la poursuite de ces objectifs est à même de permettre une meilleure évaluation des outils actuels de lutte contre le tabagisme en milieu populaire, et de nourrir la réflexion des préventeurs pour parvenir à une meilleure prise en compte de la spécificité de cette population dans l'élaboration des politiques de prévention futures.

Méthodologie

Dans un contexte marqué à la fois par une différenciation sociale croissante du tabagisme, et par une efficacité avérée mais relative de la lutte antitabac, en particulier en milieu populaire, ce projet de recherche articule un volet quantitatif (analyse de trois enquêtes quantitatives existantes réalisées en 2005 : Baromètre santé, Enquête Cancer INPES, Baromètre Santé & Environnement INPES) et un volet qualitatif (entretiens semi-directifs approfondis avec une quarantaine de fumeurs de milieu populaire), afin de mieux comprendre les déterminants de la pratique tabagique dans ce segment de la population.

La recherche est structurée par deux hypothèses opératoires centrales. D'une part, le tabagisme peut être compris en mobilisant les outils de la sociologie de la déviance, pour s'intéresser à la façon dont le fumeur construit sa « carrière morale », afin de justifier sa pratique, malgré le discours préventif et malgré la condamnation morale qui stigmatise aujourd'hui de plus en plus les fumeurs. D'autre part, la précarité matérielle, professionnelle, familiale ou affective, aurait une incidence sur le tabagisme lui-même, mais aussi sur les croyances et les discours qui y sont associés, en particulier du point de vue de la distanciation à l'égard du discours préventif émanant des autorités de santé publique.

Echéancier

L'année 2007 a été consacrée au recueil intégral, à la retranscription et à l'analyse du matériau qualitatif, ainsi qu'à l'obtention des bases statistiques (finalement plus nombreuses que prévues) nécessaires au volet quantitatif du projet.

Les trois premiers articles reposant sur l'analyse du matériel qualitatif devraient être soumis à publication au printemps 2008.

Le volet quantitatif du programme sera quant à lui réalisé en cours d'année. En projet également, après publication d'un nombre suffisant d'articles dans des revues scientifiques et à comité de lecture, une publication de synthèse dans une collection de l'INPES.

Commanditaires

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) / Institut National du Cancer (INCa) / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - Appel à projet de recherche 2006 ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



3. La construction sociale des médicaments, singularité et représentativité du cas de la Buprénorphine haut dosage

Sigle : BUPREMED

Objectifs

- Mettre à l'épreuve le postulat de la spécificité de la buprénorphine haut dosage (BHD) en tant que médicament, fondé sur les caractéristiques de la pathologie addictive, par sa comparaison avec d'autres médicaments ;
- Appréhender la construction de la buprénorphine comme problème de l'action publique en identifiant les différents cadres cognitifs de lecture du médicament, leurs transformations successives et leur stabilisation réglementaire ;
- Interroger les modalités de construction de l'exemplarité du 'modèle français' de substitution fondé sur la BHD en resituant les conditions de sa genèse et en le contextualisant dans l'espace mondial de l'industrie pharmaceutique, de la médecine de l'addiction.

Problématique

Analyser la politique publique d'encadrement d'un médicament de traitement de l'addiction, dans la perspective d'une compréhension globale des régulations contradictoires et des intérêts croisés à l'œuvre dans la politique du médicament aujourd'hui. Le médicament de l'addiction est défini comme un objet frontière, c'est-à-dire relevant d'usages et de significations différents selon les « mondes sociaux » dans lesquels il se trouve et qui participent à son encadrement : pratique médicale, sécurité publique, économie informelle du trafic de drogues, régulation des médicaments.

Méthodologie

Travail de terrain conjuguant entretiens historiques approfondis réalisés auprès des acteurs clés de la genèse et de la régulation du médicament ; analyse du corpus de textes réglementaire et des comptes rendus de débats publics. L'analyse s'appuiera sur la reconstitution de la carrière publique du médicament et sur une comparaison internationale.

Résultats

Les premiers résultats ont permis de mettre en évidence l'évolution du modèle global de régulation public du médicament. Centrée à ses débuts autour de la définition des caractéristiques stupéfiantes du médicament et de l'appel à la mobilisation volontaire des professionnels de santé, la régulation publique du médicament et de ses mésusages s'inscrit aujourd'hui dans le cadre d'une surveillance étendue et multi niveaux des risques médicamenteux. Elle s'accompagne par ailleurs de dispositifs de contractualisation thérapeutique des patients et de leurs professionnels par les organismes d'assurance maladie, permettant l'individualisation de la prévention et la gestion des mésusages dans une perspective d'un contrôle global des coûts économiques du traitement.

En 2008 est prévu, d'une part l'achèvement du travail de terrain par la rencontre des principaux acteurs -publics, industriels et médicaux- de la genèse du médicament (50 entretiens) et l'analyse du corpus de débats publics; d'autre part l'engagement de la comparaison internationale avec le Canada.

Commanditaires

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) / Institut National du Cancer (INCa) / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - Appel à projet de recherche 2006.



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

Sigle : METHAVILLE

Objectifs

Les objectifs de ce projet sont :

- comparer, en terme d'équivalence, le recours à l'injection de drogues après un an de traitement, chez des patients dépendant aux opiacés ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST).
- comparer après un an de traitement, chez des patients dépendants aux opiacés ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone (médecine de ville versus Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) : 1/ la prévalence des autres pratiques à risque de transmission du VHC (partage du matériel d'injection ou de sniffing, autres pratiques à risque de contamination par voie cutanée, comportement sexuel ...) ; 2/ l'efficacité du traitement mesurée en termes d'observance au traitement, de prévalence des pratiques addictives, d'évolution du niveau d'insertion sociale, de qualité de vie, de prévalence des comorbidités psychiatriques, de criminalité, de satisfaction à l'égard du traitement et de coût efficacité.

Problématique

Aujourd'hui, les deux traitements de substitution disponibles sont la buprénorphine et la méthadone, cette dernière devant obligatoirement être initiée dans un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) du fait du risque important d'overdose lors des deux premières semaines de traitement. Malgré les succès obtenus sur la réduction de l'incidence du VIH, l'incidence du VHC reste élevée chez les usagers de drogues (UD) avec 9 nouveaux cas pour 100 personnes-années. Bien qu'ayant une indication de traitement par la méthadone, de nombreux UD ne peuvent pas être suivis en CSST soit par choix soit du fait de difficultés d'accès. Ils doivent donc se résoudre à prendre un traitement par la buprénorphine, que beaucoup s'injectent, ou à ne rien prendre du tout et continuer à recourir à l'injection. Ils contribuent de ce fait à la circulation du VHC. En réponse à une demande du Ministère de la Santé, le projet « Méthaville » se propose d'évaluer si, à l'image de ce qui se passe avec la primo prescription en CSST, l'initiation de la substitution par la méthadone en médecine de ville permettrait de réduire les pratiques à risque de transmission du VHC toute en assurant la sécurité et le maintien en traitement.

Méthodologie

Le projet Méthaville consiste en une recherche biomédicale sous la forme d'un essai randomisé à deux bras, multicentrique et sans insu comparant deux stratégies de prise en charge par la méthadone. Les patients seront randomisés selon le lieu de prescription initiale de la méthadone : en centre de soins spécialisés pour la toxicomanie (CSST) ou en médecine de ville. La méthadone pourra être dispensée par des pharmacies internes (CSST) ou des pharmacies de ville. L'évaluation de la sécurité sera assurée par une procédure spécifique de surveillance des Evénements Indésirables Graves, tout particulièrement des overdoses fatales et non fatales.

Critère de jugement principal : Prévalence des injecteurs quotidiens après un an de traitement par la méthadone.

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



Echéancier

L'essai débutera au cours du deuxième semestre 2008 et durera 2 ans (1 an d'inclusion et 1 an de suivi de traitement). Un recueil de données sera engagé auprès des patients, des médecins et des pharmaciens, à l'inclusion et après 3 mois, 6 mois et 12 mois de suivi. Afin de pouvoir identifier le plus rapidement possible la survenue éventuelle d'effets secondaires graves, la mise en œuvre de cet essai prévoit un renforcement sur les villes concernées de la surveillance opérée par les CEIP (Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance).

Les résultats de l'essai « ANRS-Méthaville » seront disponibles début 2010. Les autorités de santé décideront alors, sur la base de ces résultats, d'élargir ou non la prescription initiale de méthadone à la médecine de ville.

Commanditaire

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





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

Santé des jeunes





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

Sigle : EVAL MATER

Objectifs

Afin de suivre la montée en charge du bilan standardisé Eval Mater au sein de la Région PACA, l'ORS a proposé de recueillir divers indicateurs selon un protocole établi avec le concours notamment des services de PMI, et d'étudier la faisabilité d'un système d'information régional sur la santé des enfants en maternelle afin d'améliorer la gestion du suivi de ces enfants et l'exploitation territoriale et régionale des données recueillies.

Problématique

Au cours des années 2000 à 2005, un nouveau bilan de santé standardisé (nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs) a été élaboré par un groupe de travail composé des médecins responsables des 6 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'ORS. Ce bilan de santé, pour des enfants de 3,5 à 4,5 ans et intitulé "Eval Mater", a été mis en place dans le cadre du Programme Régional de Santé «Santé des enfants et des jeunes» pour améliorer le dépistage précoce des troubles du langage et psychomoteurs. La mise en place d'un système d'information régional sur la santé des enfants en maternelle constituait un des objectifs de ce programme.

Méthodologie

Pour le suivi de la montée en charge d'Eval Mater : élaboration d'une grille de recueil d'indicateurs 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.

Pour le système d'information régional : il s'est agi d'identifier les contraintes vis-à-vis du développement d'un tel système à partir d'une analyse de l'existant dans les Conseils Généraux des départements des Alpes Maritimes et Bouches-du-Rhône ; cette étape a été réalisée avec la société 1=2.

Résultats

Concernant la montée en charge d'Eval Mater : depuis la rentrée scolaire 2006, tous les médecins du Vaucluse et des Alpes-Maritimes et environ 80% des médecins des autres départements utilisent Eval Mater. Une analyse des grilles d'indicateurs recueillies dans les Alpes-Maritimes a été effectuée en 2007 ; elle a montré que le nombre d'enfants vus en 2005-2006 en utilisant Eval Mater était équivalent à celui observé en 2004-2005 sans utiliser Eval Mater. Par contre, le nombre d'enfants à surveiller pour un trouble du langage était plus élevé en 2005-2006 qu'en 2004-2005 (respectivement 16,8% contre 12,3%) ; il en est de même pour les troubles psychomoteurs (respectivement 8,8% contre 3,6%).

Concernant le Système d'information régional : l'ORS et la société 1=2 ont préconisé à court terme : 1) de généraliser le système mis en place par le service de PMI des Alpes-Maritimes, permettant un suivi ciblé des élèves dépistés positifs ; 2) de vérifier l'avancement du projet «base élèves» de l'Education Nationale en Région PACA (le recours des médecins de PMI et de santé scolaire à ce système permettrait de remédier au problème des perdus de vue grâce à un référentiel unique) ; 3) de réaliser des enquêtes épidémiologiques régulières sur des échantillons d'enfants inscrits dans les écoles maternelles afin de recueillir des données sur leur santé. A plus long terme, il faudrait tenir compte de l'évolution du dossier médical partagé au plan national.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; 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 égal 2.



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

Sigle : BAROMETRE CONDITIONS DE VIE ETUDIANTS - REGION

Objectifs

Les objectifs de ce baromètre sont de décrire les conditions et mode de vie des étudiants de la région, d'évaluer certains de leurs comportements de santé, d'étudier les facteurs associés à ces comportements, d'évaluer la fréquence de la détresse psychologique et celle de différents troubles mentaux (épisodes dépressifs caractérisés, troubles anxieux et troubles liés à la consommation d'une substance).

Problématique

La santé des étudiants préoccupe les instances décisionnelles du monde de l'éducation. Cependant les décideurs publics et les professionnels manquent de données pour guider et suivre, aux niveaux régional et local, les politiques de santé adaptées aux étudiants. Ainsi le Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur a pris l'initiative, en mai 2005, des premières assises régionales de la vie étudiante. Celles-ci ont fait émerger la nécessité de disposer d'un «Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur».

Méthodologie

Une première enquête a été réalisée en 2005-2006 auprès d'un échantillon représentatif d'étudiants âgés de 18 à 24 ans, primo-inscrits en première année dans l'une des six universités de la région. Les étudiants ont été interrogés à l'aide de questionnaires auto-administrés ou par téléphone. Le taux de réponse a été de 72%. Les analyses portent sur 1 723 étudiants dont 998 filles et 725 garçons âgés en moyenne de 19 ans et demi.

Résultats

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 25% des étudiants en première année d'université fument quotidiennement. Les consommations régulières d'alcool et de cannabis sont moins fréquentes, mais 31% des garçons et 17% des filles ont déclaré une ivresse au moins une fois dans le mois précédant l'enquête. La maigreur est plus fréquente chez les étudiantes (16%) que chez les étudiants (6%) alors que 14% des garçons sont en surpoids ou obèses (9% chez les filles). Enfin, 26% des étudiants ont exprimé une souffrance psychologique : ceux-ci consomment des médicaments psychotropes huit fois plus souvent que les autres ; 3% de l'ensemble des étudiants ont déclaré un antécédent de tentative de suicide au cours de leur vie.

Les résultats de cette première enquête ont fait l'objet d'un colloque, réalisé en collaboration avec le Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) en épidémiologie psychiatrique (réseau national), qui s'est tenu le 7 décembre 2007 à l'Hôtel de Région à Marseille. Ces résultats sont également consultables sur le site internet de l'ORS et dans le "RepèreSanté" n°14.

L'année 2008 sera consacrée à la poursuite de la valorisation scientifique des résultats de l'enquête sous la forme d'articles scientifiques supplémentaires qui auront pour objectifs d'approfondir les points suivants : prévalence des troubles de santé mentale en fonction de leur sévérité, comparaison avec des jeunes de même âge non étudiants, et, enfin, prévalence et déterminants des besoins non satisfaits de recours aux soins pour trouble de santé mentale.

Commanditaires

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

Partenaires

Services de Médecine Préventive Universitaire Provence-Alpes-Côte d'Azur (SMPU PACA) ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Université de Provence, Université de la Méditerranée, Université Paul Cézanne, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse, Université de Nice Sophia-Antipolis et Université du Sud Toulon Var.



3. Étude 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 ET BLESSURES

Objectifs

Les principaux objectifs de cette étude sont d'évaluer l'incidence 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, et plus particulièrement la prise de médicaments.

Méthodologie

L'ORS a mis en place une cohorte de 146 sportifs inscrits dans les pôles France et Espoirs de la Région durant une saison sportive (d'octobre 2006 à juin 2007).

Cette cohorte est constituée de tous les athlètes âgés de 15 à 30 ans inscrits dans les pôles d'athlétisme, de gymnastique, de handball, de judo et de volley de la Région PACA. Plusieurs outils ont été proposés au sportif durant l'année : à l'inclusion, à l'occasion d'une blessure, tous les 3 mois et à la fin du suivi (fin de la saison sportive ou sortie de la cohorte). Les données ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires ou par téléphone et, pour les blessures, par le médecin ou le kinésithérapeute du pôle.

Résultats

L'analyse des données a débuté durant le dernier trimestre 2007, parallèlement à un recueil complémentaire d'informations auprès des médecins et des entraîneurs des pôles.

Les premiers résultats montrent que près d'un sportif sur deux (45,9%) s'est blessé durant la saison sportive, parmi eux 29,9% ont subi plus d'une blessure (90 blessures ont été enregistrées pour 67 sportifs blessés). Avec respectivement 37,8% et 24,4%, les lésions ligamentaires et tendineuses sont les plus fréquentes. Le siège de la blessure concerne majoritairement les membres inférieurs ou supérieurs, respectivement 46,7% et 37,8%. Des analyses sont en cours pour déterminer l'incidence des blessures ainsi que leurs facteurs de risque.

Les données recueillies à l'inclusion ont permis d'étudier la consommation de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires et les facteurs associés ; sujet sur lequel peu d'éléments ont été publiés jusqu'à présent. Ainsi, 53,1% des sportifs suivis ont pris au moins une fois ce type de médicaments durant les quatre dernières semaines pour des douleurs liées à leur pratique sportive. Indépendamment des douleurs et des antécédents de maladie grave, la prise d'antalgique était d'autant plus fréquente que les sportifs avaient une faible estime d'eux-mêmes.

Ces premiers résultats feront l'objet d'une présentation en mai 2008 à Athènes, dans le cadre de la « 4th International Conference on Health, Fitness & Active Living ».

L'analyse des données se poursuivra au cours du premier semestre 2008 ; la restitution des résultats étant prévue pour le second semestre.

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 ; Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (MJSVA) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.

Partenaires

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





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

Santé mentale





1. Définition et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes, une approche pragmatique

Sigle : DEFINITION HANDICAP PSYCHIQUE

Objectifs

L'objectif de ce projet est d'appréhender le «handicap psychique» et les notions et approches connexes utilisées dans d'autres pays, sur 3 volets : revue de la littérature ; recherche de terrain sur l'appréhension et la perception de ce retentissement ; esquisse d'un projet ultérieur de comparaison aux niveaux politiques et des pratiques.

Problématique

Nous faisons l'hypothèse que les manières dont sont pensés et traités les retentissements dans la vie quotidienne des troubles mentaux et l'interaction avec l'environnement des personnes qui en souffrent, reflètent les philosophies de justice, les modèles d'inclusion et/ou de solidarité sociales et les notions de la personne à l'œuvre, une société donnée. En même temps, la notion de handicap psychique étant récente, nous nous efforçons d'identifier à quoi elle correspond dans la vie des personnes. Les sujets «en situation de handicap psychique» sont-ils émergents ? Quelles représentations ont-ils des conséquences de leur maladie ? Que signifie pour eux l'égalité des chances ? Enfin, quels sont les enjeux d'une notion de politique par rapport à une autre notion ? Les modes d'appropriation pratique de la notion de handicap psychique sur le terrain reste pour nous une question empirique.

Méthodologie

Revue de la littérature : identification des notions connexes, comparaison par rapport aux enjeux et aux contextes (national, système de soin psychiatrique et socio-médical, paradigmes de protection sociale, inclusion/solidarité, équité-égalité-participation, «personne»).

Sur deux terrains contrastés de la psychiatrie (un centre hospitalier psychiatrique et des groupes d'entraide mutuel), 7 focus groupes usagers/patients et 7 focus groupes de professionnels.

Résultats

Le handicap reste une notion polysémique, peu appropriée, auprès usagers/patients comme des professionnels en psychiatrie. Ceci reflète la lenteur avec laquelle la spécificité du psychique a pu être reconnue comme ayant une place dans le domaine des handicaps (reflet aussi des débats français entre particularisme et universalisme). Si les professionnels psychiatriques ne partagent pas une représentation unique du handicap, ils incluent, dans leur travail quotidien, des gestes et des pratiques non-codifiés semblables aux techniques formelles de la réhabilitation sociale. L'hôpital apparaît dans les discours professionnels comme étant à la fois obstacle et nécessité à la bonne gestion du handicap. Pour les usagers/patients, l'handicap est une notion pratique qui leur permet de sortir de l'invisibilité, d'être reconnu, tout en leur attribuant des statuts qui renforcent leur non-intégration sociale, par exemple au niveau du travail. Enfin, les discours sur l'accompagnement vers l'autonomie, et les débats autour de ce qui constitue une autonomie possible dans le cas de handicap psychique, soulèvent la difficulté de l'impossibilité de trancher entre politiques du « care » et approches axés sur la théorie des capacités, entre politiques d'inclusion et d'exclusion, au moins au niveau des représentations des plus concernés.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques/Mission Recherche (Appel à projets MiRe-DREES "Handicap Psychique et troubles psychiatriques") ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



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

Sigle : PANEL MG - BURN OUT

Objectifs

La dernière vague d'enquête conduite au sein du panel de médecins généralistes de ville de la région PACA (mis en place en 2002) dans le cadre de l'étude de la prise en charge de la dépression avait pour objectifs :

- d'évaluer la prévalence du burn out chez les médecins ;
 - d'étudier les facteurs individuels et professionnels favorisant le burn out ;
 - et de vérifier si la présence d'un burn out a des répercussions sur la consommation de médicaments psychotropes ou celle de substances psychoactives par le médecin.
- Celle-ci a été mise en œuvre à la demande de l'URML face à plusieurs suicides de médecins survenus en 2007 et parce que la présence d'un burn out chez un médecin est susceptible d'avoir un impact sur la qualité des soins délivrés aux patients.

Méthodologie

Divers indicateurs relatifs à la santé mentale ont été étudiés : détresse psychologique, suicidalité, consommation de médicaments psychotropes, dépendance vis-à-vis de l'alcool...). Le burn out est défini comme un syndrome comprenant 3 dimensions symptomatiques : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation qui correspond à un manque d'intérêt pour le travail et à des attitudes professionnelles impersonnelles et, enfin, la réduction de « l'accomplissement personnel ». Il a été étudié à partir d'un instrument international de 22 questions traduit et validé en français.

Résultats

L'enquête a été conduite auprès de 511 médecins installés en médecine générale de ville en région PACA (taux de réponse de 96,4%). Les résultats indiquent que près d'un médecin de ville sur quatre en région PACA présente un épuisement professionnel élevé, et un sur cinq un score de « dépersonnalisation » élevé. Dans le même temps, 70% des médecins ont déclaré un accomplissement professionnel élevé. Un syndrome de burn out complet (à la fois un score élevé d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation et un score bas d'accomplissement personnel) était présent chez 1% des médecins, prévalence plus faible que celle observée dans une étude similaire réalisée dans la région Pays de Loire (prévalence du burn out de 5%).

Un travail est en cours pour analyser les facteurs favorisant la présence d'un burn out, vérifier l'association de ce syndrome avec la consommation de psychotropes et vérifier également si, en présence d'un stress au travail, le fait de fumer a un effet modérateur sur la survenue d'un burn out.

Commanditaires

Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA)/ Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ; Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES)/ Mission Recherche (MiRe) ; Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

Partenaire

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



3. Mise à jour du Guide-répertoire suicide et élaboration d'un outil d'information pour le public

Sigle : GUIDE REPERTOIRE SUICIDE - REGION

Objectifs

Destiné aux professionnels de la région, l'objectif du guide-répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire 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, lorsque cela est nécessaire.

Méthodologie

Dans le cadre de la déclinaison régionale du Programme National de Prévention du Suicide a été établi en 1998, l'ORS PACA a réalisé, en 2005, un guide-répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire. La partie "guide" donnait quelques repères épidémiologiques sur la crise suicidaire en France et en PACA ainsi que des éléments pour détecter les signes précurseurs du suicide et réagir au mieux face à une personne présentant des signes suicidaires. La partie "répertoire" recensait les coordonnées des personnes et des structures ressource de la région.

Ce guide-répertoire a été diffusé via les médias (conférence de presse du 7 février 2006), via divers sites internet et par un envoi auprès des personnes ou structures concernées.

En 2006, le comité de pilotage régional "Dépression et suicide" ayant insisté pour que le guide-répertoire suicide soit régulièrement mis à jour, mais émettant aussi l'idée de diffuser auprès du public un outil d'information sur les signes dépressifs et/ou de risque suicidaire et les adresses utiles, un comité de pilotage (comprenant les anciens membres du comité de pilotage du guide-répertoire suicide élargi à de nouveaux experts) a été réuni par la DRASS en décembre 2006 pour discuter de ces éléments.

L'ORS PACA a ainsi été chargé d'un travail de réflexion et d'élaboration sur les outils d'information du public et plus spécifiquement, à destination des patients de médecins généraliste ; ces outils portent sur la souffrance psychique, en particulier la dépression, sur la crise suicidaire et sur les recours possibles dans de telles situations.

Résultats

En 2007, l'inventaire des outils existants et des campagnes d'informations mises en place en France ou à l'étranger ainsi que la recherche bibliographique sur l'efficacité des différents modes d'information ont été réalisés. Ils ont permis de dégager des pistes de réflexion opérationnelles.

La mise à jour du guide-répertoire a également été effectuée.

En 2008 sont prévus la diffusion de la version mise à jour du guide répertoire suicide ; la préparation d'un cahier des charges de la construction d'un outil d'information à destination du public, des modalités de sa mise en œuvre ou de sa diffusion ; la mise en place d'un protocole d'évaluation de l'efficacité de l'outil ; ainsi que la soumission à publication d'une revue de la littérature des campagnes de sensibilisation sur le suicide et les maladies mentales.

Commanditaires

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



4. Etude exploratrice : violences en direction des personnes souffrant de troubles psychiques (patients et ex-patients)

Sigle : VIOLENCES ET TROUBLES PSYCHIQUES

Objectifs

L'objectif principal est de combler les lacunes en matière de connaissances de la violence en direction des personnes souffrant de troubles mentaux.

Les objectifs spécifiques : réaliser une revue de la littérature scientifique ; déterminer s'il existe en France des statistiques pouvant indiquer la fréquence et la nature des violences subies par des patients et ex-patients psychiatriques ; identifier des réseaux d'acteurs susceptibles de participer à une recherche en la matière ; déterminer la faisabilité des recherches et/ou études dans ce domaine ; développer les bases d'un protocole de recherche.

Problématique

Les personnes souffrant de troubles mentaux ont beaucoup plus de risques d'être victimes de la violence que le reste de la population. Pourtant, ces violences et leurs conséquences restent invisibles, et les mécanismes peu connus. Les recherches françaises sont inexistantes.

Méthodologie

Revue de la littérature scientifique sur la violence en direction des personnes souffrant de troubles psychiques ; examen des bases de données ; entretiens avec les acteurs (Marseille, Ile de France).

Résultats

La grande probabilité que les personnes affligées de troubles mentaux graves subissent des violences physique, sexuelle et verbale et des atteintes à leurs possessions est confirmée au niveau international, comme l'est la relation étroite entre conditions de vie et victimation. Cependant, les connaissances qui permettraient de comprendre le réseau d'interactions qui produisent la victimation nous manquent encore. Les traumatismes et les préjudices spécifiques aux lieux de soin nécessitent la compréhension des logiques sous-jacentes et de leur relation aux autres types de violence. Le rapport entre auteur et victime de violence reste à élucider.

Pour traiter ces questions, l'entrée par le judiciaire nous a paru peu prometteuse. Pour avoir une idée générale de l'envergure du phénomène en France, l'analyse secondaire des données recueillies dans le cadre du Baromètre Santé (INPES) poserait l'avantage de représentativité, mais sans garantir l'inclusion de la population cible. Les données recueillis dans les enquêtes incluant la victimation de personnes vulnérables (le suivi ONPMP, l'enquête nationale HID, le système national Prisme (Prévention des Risques, Inspections et Signalements de Maltraitements dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux) pourraient être explorées. Nous avons également identifié les données (limitées) qui recensent la violence dans le contexte psychiatrique. En outre, des recherches ethnographiques sur les conditions de vie et les réseaux sociaux dans le cas de troubles mentaux, la micro-sociologie des processus d'interaction dans leurs contextes et une perspective longitudinale pourraient y apporter des éclaircissements.

Commanditaires

Ministère de la santé et des solidarités/ Direction Générale de la Santé (DGS) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



5. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale : tableau de bord sur les problèmes de santé mentale à Marseille

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - TBSM

Objectifs

Ce tableau de bord visait à établir un état des lieux sur les problèmes de santé mentale et l'offre de prise en charge dans ce domaine à Marseille.

Problématique

La Ville de Marseille est quotidiennement confrontée à des problématiques très diversifiées touchant à la santé mentale. Afin de développer, dans un esprit partenarial, une politique d'action en la matière, elle a souhaité s'appuyer sur une démarche d'état des lieux faisant notamment la synthèse des données statistiques (tableau de bord) existant dans ce domaine à Marseille.

Méthodologie

Ce tableau de bord rassemble, analyse et met en perspective les données statistiques disponibles, autour de cinq grandes parties : 1/ Données épidémiologiques ; 2/ Indicateurs médico-sociaux des problèmes de santé mentale (affections de longue durée, invalidités...); 3/ Mortalité par troubles mentaux ; 4/ Ressources et organisation du système de prise en charge (offre hospitalière publique et privée, offre libérale...); 5/ Utilisation du système de soins (hospitalisations, consommation de médicaments, visites de spécialistes...). Une synthèse des faits marquants accompagnée de préconisations a été réalisée. Cette démarche a été suivie par un groupe de suivi technique.

Résultats

Les données disponibles sur les problèmes de santé mentale à Marseille sont limitées et ne permettent pas de connaître la situation épidémiologique avec précision. Elles montrent toutefois que ces problèmes sont fréquents : dans les quartiers du nord de la commune, près d'un habitant sur 10 a ou a eu un trouble dépressif majeur au cours de l'année ; 1 personne sur 4 a consommé des médicaments psychotropes dans l'année ; 15 000 habitants ont été pris en charge par la psychiatrie publique en 2003. Certains résultats traduisent aussi l'importance accrue de ces problèmes dans les populations précaires. Les recours aux médicaments psychotropes et aux psychiatres libéraux semblent plus fréquents à Marseille que dans d'autres grandes villes régionales. En revanche, il existe à Marseille une sous-mortalité par suicide par rapport au reste de la France.

Concernant l'offre de prise en charge, celle des services d'hospitalisation temps plein est plus élevée qu'en France en raison d'une forte implantation du secteur sanitaire privé ; mais les services de psychiatrie restent saturés. L'offre en hospitalisation à temps partiel a diminué ces dernières années, mais devrait à nouveau se développer, notamment dans le secteur sanitaire privé. Bien qu'il existe un certain nombre d'initiatives dans le domaine de l'hébergement/logement thérapeutique et social en santé mentale, le nombre de places disponibles ne couvre pas les besoins. Il existe aussi un déficit de places dans les structures d'accueil des personnes handicapées (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés...). De fortes disparités infra communales marquent l'offre de soins et en particulier la psychiatrie libérale, concentrée dans le centre ville.

Commanditaire

Ville de Marseille

Partenaires

CMP Belle de Mai ; Association de réadaptation sociale ; Habitat alternatif et social ; Les sentinelles Egalité ; Armée du Salut ; Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS 13) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) ; Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions ; Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) ; Fédération Nationale des Associations de Patients et (Ex) Patients «Psy» (FNAPPSY) ; Solidarité et réhabilitation ; UHU Saint Jean de Dieu.



6. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale à Marseille. Enquête qualitative : « troubles de santé mentale : trajectoire de vie et de soins »

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - ENQUETE QUALITATIVE

Objectifs

L'objectif général de cette enquête est d'analyser le fonctionnement du système d'aide et de prise en charge à Marseille, au niveau du soin ou du social, pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Problématique

La Ville de Marseille est quotidiennement confrontée à des problématiques très diversifiées touchant à la santé mentale. Afin de développer, dans un esprit partenarial, une politique d'action en la matière, elle a souhaité s'appuyer sur une démarche d'état des lieux qui incluait une enquête qualitative auprès des usagers et des professionnels impliqués.

Méthodologie

Cette enquête a été réalisée en deux étapes : 1/ des récits de vie ont tout d'abord été recueillis auprès de personnes en souffrance psychique ou ayant un trouble de santé mentale afin de reconstituer des éléments de leurs trajectoires de prise en charge : 7 « situations type » ont été retenues et étudiées ; 2/ deux réunions de focus groupe ont ensuite été organisées, l'un composé de professionnels du champ social et l'autre d'acteurs du champ sanitaire. Lors de ces réunions, les résumés des récits recueillis lors de la première étape ont été présentés et discutés avec les professionnels. Les éléments recueillis ont été retranscrits puis analysés. L'enquête a été suivie par un groupe de suivi technique et a donné lieu à la rédaction d'un rapport et d'une synthèse.

Résultats

Pour certaines personnes interviewées, notamment celles qui ne sont pas entrées dans un circuit de prise en charge dans le secteur public via une hospitalisation, le caractère chaotique dans les ressources mobilisées pour la construction de leur prise en charge était frappant. Les éléments recueillis suggèrent que ce constat est lié 1) aux inégalités considérables en termes de savoirs relatifs aux maladies mentales et aux options thérapeutiques ; 2) à la méconnaissance, par les usagers et les professionnels de première ligne, des structures existantes et des professionnels spécialisés.

Certains professionnels et usagers ont par ailleurs témoigné de l'existence de nombreuses barrières administratives et financières à l'accès et à la continuité des prises en charge (impossibilité d'accès à la CMUC pour les personnes percevant l'AAH, refus de certains spécialistes de suivre des personnes sous CMU...).

Les résultats des focus groupes mettent en évidence des difficultés dans la relation entre acteurs du soin et acteurs sociaux. Les professionnels du social ont notamment insisté sur la nécessité de collaborations avec la psychiatrie (meilleure reconnaissance et prise en compte de leur parole et partage de certaines informations sur la santé mentale des personnes afin de mieux déterminer les conduites à tenir).

Commanditaire

Ville de Marseille

Partenaires

CMP Belle de Mai ; Association de réadaptation sociale ; Habitat alternatif et social ; Les sentinelles Egalité ; Armée du Salut ; Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS 13) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) ; Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions ; Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) ; Fédération Nationale des Associations de Patients et (Ex) Patients «Psy» (FNAPPSY) ; Solidarité et réhabilitation ; UHU Saint Jean de Dieu.



7. Etat des lieux sur les problèmes de santé mentale : Répertoire des structures confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales sur Marseille

Sigle : SANTE MENTALE MARSEILLE - REPERTOIRE

Objectifs

L'objectif de ce projet est de repérer les structures « interstitielles » sociales et médico-psychologiques sur le territoire de Marseille pouvant être amenées à accueillir et/ou prendre en charge des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale dans le cadre de leur activité et de décrire leurs missions et modes de fonctionnement.

Problématique

La Ville de Marseille est quotidiennement confrontée à des problématiques très diversifiées touchant à la santé mentale. Afin de développer, dans un esprit partenarial, une politique d'action en la matière, elle a souhaité mieux connaître les structures « interstitielles » intervenant plus ou moins directement dans ce domaine sur son territoire.

Méthodologie

Les structures dites « interstitielles » ont été identifiées à partir de plusieurs bases de données, sites Internet et annuaires. Celles-ci ont ensuite été interrogées par questionnaire postal. L'enquête a été suivie par un groupe de suivi technique.

Résultats

Lors de cette enquête, 338 structures ont été recensées et sollicitées. Parmi elles, 141 ont renvoyé le questionnaire (taux de réponse : 42 %). Les structures interstitielles sont nombreuses à Marseille et forment un ensemble hétérogène, aux missions et activités variées. Près de 9 structures interrogées sur 10 ont déclaré accueillir des personnes en souffrance psychique et près de 8 sur 10 des personnes ayant une maladie mentale et la plupart a admis être « parfois » ou « souvent » en difficulté dans ces situations. Une structure sur 2 a déclaré accueillir les usagers sous certaines conditions (âge, arrondissement, ressources, papiers...) et des délais d'attente ont été fréquemment rapportés. Les principaux obstacles à la prise en charge des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale évoqués par les structures étaient le manque de qualification du personnel, les difficultés de communication avec les personnes en souffrance, les refus de prise en charge ou encore les comportements violents. La majorité des structures (8 sur 10) est amenée à demander un avis ou à orienter les personnes auprès, notamment de centres médico-psychologiques, véritables structures pivots. De nombreuses pistes ont été avancées pour améliorer la situation de ces personnes : proposer plus d'actions de proximité, faciliter l'accès aux soins, augmenter le nombre de lieux d'accueil et d'écoute (notamment informels), développer le travail en réseau et l'emploi de personnel spécialisé.

Commanditaire

Ville de Marseille

Partenaires

CMP Belle de Mai ; Association de réadaptation sociale ; Habitat alternatif et social ; Les sentinelles Egalité ; Armée du Salut ; Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille - Hôpital de la Timone ; Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA) ; Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS 13) ; Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) ; Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions ; Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) ; Fédération Nationale des Associations de Patients et (Ex) Patients «Psy» (FNAPPSY) ; Solidarité et réhabilitation ; UHU Saint Jean de Dieu.





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

Cancer





1. Représentations du cancer et des personnes atteintes, réactions face au message préventif et déni du risque : le cas du tabagisme

Sigle : TABAC ET CANCER

Objectifs

Les objectifs de ce projet sont d'étudier les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes en population générale ; d'étudier les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes comme ressource cognitive pour le déni du risque parmi les fumeurs ; de déterminer quel est l'impact du discours préventif sur les représentations du cancer et des personnes atteintes, y compris la possibilité d'effets inattendus.

Problématique

Explorer les représentations sociales du cancer et des personnes atteintes au sein de la population générale, en mettant l'accent sur le caractère fonctionnel de ces représentations, et sur les matériaux cognitifs qu'elles mobilisent, et en combinant pour cela des matériaux empiriques qualitatifs et quantitatifs.

Méthodologie

Outre un travail bibliographique en cours, ce projet s'appuie sur une enquête quantitative téléphonique réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 4000 personnes, représentatives de la population française des 16 ans et plus. Cette enquête, financée par l'INPES, et dont le terrain s'est déroulé au printemps 2005, aborde les représentations du cancer sous les divers angles listés plus haut dans le premier objectif (relations avec les médecins, chances de guérison, attitudes à l'égard des proches, causes du cancer...). Au regard du second objectif, cette enquête explore aussi le déni du risque de cancer, pour le tabac et pour l'alcool.

Résultats

La revue bibliographique est achevée, l'analyse secondaire des données quantitatives de l'INPES est en cours.

Trois articles ont été rédigés, deux en anglais (paru dans *Social Science & Medicine* et *Tobacco Control*) et un en français (accepté par *Promotion & Education*), pour aborder d'un point de vue général la question des représentations du risque, du déni du risque et des effets éventuellement contre-productifs de certaines actions de prévention, puis en se centrant sur la question du tabagisme. L'enquête de l'INPES a aussi donné lieu à la rédaction de quatre chapitres dans l'ouvrage collectif qui en présente les résultats (« Ce que la population pense du cancer » (pp. 30-52), « Tabac et cancer » (pp. 57-76), « Alcool et cancer » (pp. 80-97), « Soleil et cancer » (pp. 101-115). Cette analyse montre notamment qu'une partie non négligeable de la population pense que le cancer peut avoir des causes psychologiques (amertume, déception, fragilité de caractère...), et que ces causes perçues ont tendance à se cumuler avec d'autres facteurs perçus comme cancérigènes (environnementaux et comportementaux). Les personnes qui correspondent à ce profil de cumul semblent faire preuve d'un certain fatalisme dans leurs comportements de santé.

Des analyses complémentaires restent à réaliser, qui pourront donner lieu à des publications scientifiques, prévues courant 2008 (modélisation économétrique des interactions entre consommation et déni tabagiques, représentation des causes du cancer et comportements de prévention/dépistage en population féminine).

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCA) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.



2. Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer survenu il y a deux ans

Sigle : CANCER ALD - DREES-INSERM

Objectifs

L'objectif est de documenter les conditions de vie et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer en France après la phase initiale de leur maladie.

Méthodologie

Cette enquête statistique de grande ampleur sur les conditions et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer est une première en France. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 4460 personnes correspondant aux critères de définition de la population cible (ayant déclaré une affection de longue durée (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 ALD.

Résultats

A l'issue de l'enquête plusieurs analyses ont été réalisées par des chercheurs en sciences sociales, médecins, économistes, sociologues, psychologues. Elles concernent :

- le vécu de la maladie et du traitement et les relations avec les professionnels de santé (annonce de la maladie, accès à l'information, participation au choix de traitement, soutien psychologique) ;
- la qualité de vie deux ans après le début de la maladie ;
- les conséquences sur la vie sociale : activité professionnelle, ressources, discrimination ;
- les conséquences sur la vie privée : relation de couple, vie sexuelle, parentalité, aide des proches.

Les résultats ont été discutés par des experts internationaux lors d'un séminaire qui s'est déroulé à Paris en mars 2007 afin de préparer l'édition d'un ouvrage ainsi que des publications scientifiques.

Cet ouvrage, couvrant les différents chapitres de l'enquête, est destiné d'une part, aux acteurs de terrain, professionnels, membres des associations de malades et malades eux-mêmes et d'autre part, au monde de la recherche en sciences humaines.

Un colloque de présentation des principaux enseignements de l'ouvrage et de débats avec des représentants de ses différentes cibles se tiendra le 27 mars 2008 à Paris au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La sortie de l'ouvrage devrait avoir lieu dans le courant du mois de mai 2008, des épreuves seront cependant distribuées lors du colloque.

Commanditaires

Ministère de la Santé et des Solidarités/ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.

Partenaires

Le régime général des travailleurs salariés, le régime agricole, le régime social des indépendants, et la Ligue Nationale contre le Cancer.



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

Sigle : CANCER - ELLIPSE 40

Objectifs

L'objectif principal de décrire les conséquences d'un cancer du sein sur la qualité de vie et la survie à long terme (5 à 10 ans) chez les femmes âgées de 40 ans ou moins. Trois thématiques seront étudiées : impact du cancer sur la vie professionnelle et le retour à l'emploi, projets d'enfants et possibilités d'adoption, accès aux prêts et assurances.

Méthodologie

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 depuis juillet 2005 en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Les femmes sont contactées par courrier par leur Caisse d'Assurance Maladie. Celles qui acceptent d'être incluses dans la cohorte répondent à un questionnaire postal succinct et sont ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10 et 16 mois du diagnostic, puis une fois par an pendant cinq ans. En parallèle, une fiche médicale annuelle est collectée auprès des médecins traitants désignés par les patientes.

Résultats

Au 1er novembre 2007, le taux de participation est de 66% (75,4% après 3 relances), et 247 femmes de 40 ans ou moins ont été incluses (questionnaire P0). Nous avons également enregistré 193 questionnaires à 10 mois du diagnostic, 138 questionnaires à 16 mois et 14 questionnaires à 28 mois. Parmi les femmes incluses, 30% ont moins de 36 ans ; 16% n'ont pas d'enfant au moment du diagnostic. Plus de 80% des femmes interrogées travaillaient à la découverte de la maladie ; 16 mois plus tard, moins de 1 sur 5 a repris le travail. Dans la majorité des cas la découverte de la maladie a été précédée de signes (grossein, anomalie du mamelon, signes généraux), découverts dans 85% des cas par la femme elle-même. Près d'un tiers des femmes a attendu plus d'un mois entre la découverte des signes et la première consultation. Les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein ou ayant de jeunes enfants ont consulté plus rapidement que les autres. Pour 1 femme sur 5 le délai entre la première consultation et le début du traitement a été supérieur à 3 mois. La majorité des tumeurs sont de type canalaire infiltrant (82%) et 46% sont au stade II de la classification TNM. Les 3/4 des femmes ont eu un traitement comportant chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. Dans 61% des cas la décision chirurgicale a été prise par le médecin en concertation avec les femmes. Plus de 40% des femmes interrogées considéraient que l'information fournie par leurs médecins sur les traitements (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) a été insuffisante. Suite à la première série de traitements, 48% des femmes sont sous hormonothérapie ; 50% sont insatisfaites de l'information qu'elles ont reçue sur ce type de traitement et plus de 40% ont oublié de prendre leur traitement au moins une fois au cours du dernier mois.

L'inclusion sera poursuivie au moins jusqu'à l'obtention des 350 femmes nécessaires à l'étude (prévision : 1^{er} semestre 2009).

Commanditaires

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

Partenaires

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



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

Sigle : CANCER - ELLIPSE 65

Objectifs

L'objectif principal 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. Plusieurs thèmes sont étudiés : la place des co-morbidités par rapport à la maladie du sein, l'importance de l'image du corps chez la femme âgée, l'observance aux traitements adjuvants et aux chimiothérapies orales, l'adéquation entre les besoins perçus et les aides existantes. 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.

Méthodologie

ELLIPSE 65 a commencé en janvier 2007 dans les trois principaux départements de la région PACA (Bouches-du-Rhône, Var et Alpes-Maritimes) auprès de toutes les femmes de 65 à 80 ans ayant fait l'objet d'une déclaration d'ALD pour un cancer du sein depuis octobre 2006.

Les femmes âgées sont interrogées en face à face à 12 mois du diagnostic puis par téléphone à 2 ans et 5 ans. Ces entretiens sont réalisés par des enquêteurs de l'ORS PACA tenus contractuellement au respect du secret professionnel. Une fiche médicale succincte est également adressée tous les ans au médecin traitant de chaque patiente récapitulant les événements pathologiques majeurs liés au cancer ou à d'éventuelles co-morbidités, ainsi que les hospitalisations et éventuels changements de domicile.

Parallèlement des données sur les hospitalisations, consommations de psychotropes et antidépresseurs, hormonothérapie et consultations médicales sont collectées dans le fichier de consommation médicale de l'assurance maladie.

Résultats 2007

Au 1er novembre 2007, le taux de participation est de 52% (68,5% après 3 relances) et 211 femmes âgées ont accepté de participer à l'étude et renvoyé le questionnaire postal initial (P0).

L'âge des femmes se répartit de la façon suivante : 46% ont entre 65 et 69 ans au moment du diagnostic, 32% ont entre 70 et 74 ans et 22% ont entre 75 et 80 ans. 87% sont à la retraite, 60% sont mariées et 21% sont veuves. Concernant plus spécifiquement la maladie, 145 femmes (87%) savent que leur maladie du sein est un cancer. Les autres évoquent des maladies bénignes ou ne savent pas ce qu'elles ont.

Dans trois quart des cas la maladie a été découverte lors d'une mammographie de routine. Dans 20% des cas, la femme ou son compagnon/conjoint ont découvert un signe clinique (boule dans le sein, anomalie du mamelon) et dans 4% c'est le médecin traitant ou le gynécologue qui ont découvert des signes cliniques. Pour 58% des femmes le délai entre la découverte de la maladie et le diagnostic précis n'a pas excédé 15 jours. Dans 13% des cas le délai a dépassé un mois.

Dans 92% des cas le diagnostic a été annoncé à la femme en face à face et dans 8% l'annonce a été faite par téléphone.

Seize femmes (9,6%) considèrent que leur maladie leur a été annoncée de façon trop brutale. Pour 41% des femmes, la consultation d'annonce a duré de 15 à 30 minutes. Dans 18% des cas elle a duré moins de 15 minutes et dans 18% plus d'une heure. 12% des femmes considèrent qu'elles n'ont pas pu poser toutes les questions qu'elles auraient souhaité poser lors de cette consultation. Lors de la consultation d'annonce, une consultation avec un psychologue a été proposée à seulement 28% des femmes.



D'autre part, 80 femmes ont été interrogées à domicile par une enquêtrice de l'ORS. Le rendez-vous est pris au préalable par téléphone et la durée moyenne d'entretien est d'une heure. Les femmes répondent à des questions sur leur prise en charge médicale, la place de la maladie du sein par rapport aux co-morbidités, l'observance thérapeutique, leur vie affective, conjugale et familiale, leur perception de l'image du corps, leur qualité de vie, leur vie quotidienne et sociale ainsi que les aides dont elles bénéficient. Elles réalisent également une mini évaluation gériatrique incluant notamment un test de rétention mnésique, une échelle de dépression gériatrique et un test de l'horloge.

Le fichier est en cours de constitution. Les premières analyses seront réalisées lorsque 150 femmes auront été interrogées à 12 mois du diagnostic.

L'inclusion sera poursuivie au moins jusqu'à l'obtention des 800 femmes nécessaires à l'étude (prévision : fin 2009).

Commanditaires

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

Partenaires

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



5. Conséquences des maladies chroniques et chronicisation des maladies : continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer

Sigle : CONSEQUENCES SOCIOECO DES CANCERS

Objectifs

Les objectifs sont doubles :

- mesurer les inégalités de traitement dans la vie active entre les personnes atteintes d'un cancer, en examinant le retentissement de la maladie sur les trajectoires professionnelles, la participation à l'activité, l'employabilité de façon tranchée selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, le contrats de travail,...
- mesurer, à caractéristiques égales de genre, d'âge, de catégorie socioprofessionnelle et de diplôme données, l'impact discriminant de l'occurrence du cancer sur la carrière et la trajectoire professionnelles des individus.

Problématique

L'élaboration et la diffusion d'innovations thérapeutiques et sanitaires majeures ont contribué dans les cinquante dernières années à modifier le statut-même de certaines maladies, essentiellement traitées dans le passé sous leur forme aiguë et, désormais, prises en charge avec les mêmes modes opératoires que les maladies chroniques où les individus, à défaut de guérir de leur maladie, sont appelés à vivre avec.

La chronicisation des maladies et des traitements enrichit considérablement le débat sur les inégalités sociales de santé en invitant particulièrement à explorer la façon dont les événements de santé impactent la condition socioéconomique des individus.

Méthodologie

La recherche utilise deux principales sources de données : l'enquête nationale sur les conditions de vie et la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique conduite par la Drees au cours de l'hiver 2004-2005 auprès de 4460 personnes deux ans après leur diagnostic de cancer, et l'enquête emploi de l'Insee permettant un suivi de 24 mois du tiers du panel d'individus interrogés (22192 personnes).

Résultats

Le cancer ne réduit pas les inégalités socioprofessionnelles pré-existant à la maladie : le retour ou le maintien en emploi est plus fréquent, parmi les survivants d'un cancer deux ans après le diagnostic, chez les cadres supérieurs et les artisans-commerçants que chez les employés et les ouvriers. Le sentiment de discrimination liée à la maladie sur le lieu de travail explique pour partie le non-retour à l'emploi. Le cancer constitue par ailleurs un événement infléchissant la trajectoire socioprofessionnelle des individus dans la mesure où, à caractéristiques socioéconomiques équivalentes, la probabilité de la perte d'un emploi et d'une durée plus longue passée au chômage est accrue chez les personnes atteintes d'un cancer, avec des effets préjudiciables de la maladie différenciés selon le type d'emploi occupé (contrat de travail pérenne versus contrat à durée déterminée ou aidé), le genre (les femmes sont plus touchées que les hommes) ou la profession.

Ces résultats sont à consolider dans deux directions. Tout d'abord, leur robustesse doit être améliorée par l'utilisation de techniques d'estimation appropriées, tenant mieux compte de la possible endogénéité de certains phénomènes (la déclaration d'attitudes discriminatoires ou de séquelles par exemple). Ensuite, l'évolution vers certaines situations, dont celles de congé-maladie de longue durée et d'invalidité, mérite d'être reconsidérée pour déterminer si la question de l'employabilité des personnes ayant survécu à un cancer n'est pas éludée en les faisant sortir du champ de la population active.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) et Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) : appel à proposition de recherche "Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer" ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée



6. Prévention, dépistage et déclaration des cancers professionnels : recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins du travail en région Paca

Sigle : CAP MED DU TRAVAIL / CANCERS PROFESSIONNELS

Objectifs

Cette étude vise à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins du travail dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la déclaration des cancers professionnels afin de fournir des éléments permettant de les renforcer.

Problématique

L'amélioration des connaissances et des stratégies de prévention en matière de cancers professionnels est une priorité de la loi de santé publique de 2004 et des plans cancer, santé travail, santé environnement. En France, environ 4 à 8 % des cancers seraient d'origine professionnelle, c'est-à-dire qu'ils résulteraient directement de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, ou biologique. Les résultats de l'enquête SUMER 2003 indiquaient que 13,5 % des salariés et 70 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérigènes dans le cadre de leur activité professionnelle en France. En 2003, 40 % des salariés n'étaient pas protégés lors d'expositions professionnelles à des produits cancérigènes. Enfin, les cancers professionnels (dont ceux liés à l'amiante) restent très largement sous-déclarés en France comme en région PACA, y compris par les médecins du travail.

Méthodologie

Une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-directifs sera d'abord réalisée auprès de 20 médecins du travail afin d'apporter des éléments pour élaborer le questionnaire et pour interpréter les données recueillies à l'étape suivante.

L'étape suivante consistera en une enquête quantitative par questionnaire de type « Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices » (KABP) menée auprès d'un échantillon de 400 médecins du travail, tirés au sort parmi les 800 de la région. Le questionnaire portera sur 1) les pratiques de prévention et leurs difficultés de mise en œuvre 2) le dépistage et la surveillance des cancers professionnels 3) déclaration des cancers professionnels, 4) les relations avec les employeurs et les autres acteurs de la prévention et du soin 5) les perceptions des médecins du travail de leur rôle. Les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins eux-mêmes ainsi que leurs conditions d'exercice seront aussi renseignées.

Sur le plan scientifique, ce projet devrait permettre de proposer un modèle comportemental permettant d'appréhender les déterminants des pratiques des médecins du travail. Ce type de modèle est utile pour servir de cadre à la mise en place d'interventions reproductibles auprès de ceux-ci.

Sur le plan de la santé publique, les résultats de cette enquête permettront d'objectiver les comportements, les besoins et les attentes des médecins du travail et d'alimenter en termes de contenu des stratégies d'information et de formation ainsi qu'une réflexion sur les outils qui pourraient être proposés aux médecins du travail pour les appuyer.

Commanditaire

Institut National du Cancer (INCa)



7. Etude des facteurs non médicaux relatifs au vécu du patient, aux représentations des soignants et à la relation soignant-patient intervenant dans la prise en charge de la douleur après traitement initial d'un cancer du sein

Sigle : SOINS PALLIATIFS / CANCER SEIN

Objectifs

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer l'impact des rapports sociaux d'âge et de genre dans la prise en charge médicale de la douleur chez des femmes traitées pour un cancer du sein.

Problématique

Les femmes traitées pour un cancer du sein présentent des douleurs chroniques, plus précisément des douleurs neurologiques dues à la chirurgie ou aux autres traitements. Or, la douleur reste souvent négligée ou ignorée par les soignants, aboutissant à des situations de « sous traitement ». Les résultats des deux enquêtes nationales conduites sur les pratiques des soignants (médecins et infirmiers) indiquaient que ces derniers montraient plus de défiance à l'égard de la prescription d'un traitement antalgique de niveau 3 pour des patients « femmes » ou relativement plus âgés. Par conséquent, face au constat d'une vulnérabilité de certains groupes face à la décision thérapeutique en matière de traitement de la douleur, il devient légitime de s'interroger sur le poids de certaines représentations collectives intervenant dans l'interaction entre un soignant et son patient, notamment celles associées à l'âge ou au sexe du patient.

Méthodologie

La méthode choisie s'appuie sur la réalisation d'une enquête qualitative auprès d'un groupe de soignants exerçant en Provence-Alpes-Côte d'Azur et de femmes traitées pour un cancer du sein. Un premier corpus sera constitué des discours recueillis par entretiens semi-directifs auprès d'un groupe de 40 soignants, médecins et infirmiers. Un second corpus concernera donc 40 femmes suivies pour un cancer du sein.

En ce qui concerne l'exploitation des données recueillies, des analyses de contenu seront privilégiées : en premier lieu, une analyse de type catégorielle relayée si nécessaire par des analyses textuelles.

Ce projet de recherche proposé s'inscrit dans la cohérence et la complémentarité du programme de recherche conduit depuis 2005, sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein engagé par l' UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (cohortes Ellipse).

Commanditaire

Ligue Nationale contre le Cancer



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Maladies transmissibles -
Infection à VIH**





1. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote)

Sigle : SCIENCES SOCIALES - COPILOTE

Objectifs

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

Résultats

Trois types d'analyses ont été effectués en 2007 :

1. Nous avons approfondi l'analyse des facteurs associés aux interruptions de traitement. Celles-ci ne sont pas recommandées en pratique courante mais néanmoins pratiquées. Ces interruptions prescrites par un médecin ont été définies par des arrêts de traitement antirétroviral supérieur à 30 jours. Nous nous sommes intéressés à calculer l'incidence des ces interruptions parmi les patients qui montraient un contrôle de la charge virale depuis au moins un an. L'incidence a été calculée à 2.9 interruptions pour 100 personnes années. Les facteurs associés au risque d'interruption sont d'une part des facteurs biomédicaux (antécédents d'évènements cliniques ou de rebonds de virémie), mais aussi psychosociaux : une bonne relation médecin-patient est associée à un risque supérieur d'interruptions de traitements.
2. Nous avons confirmé le rôle de l'âge comme facteur associé à l'observance. Alors que les travaux des multi-cohortes comme COHERE semblent indiquer une moins bonne restauration immunologique chez les sujets plus âgés, nos résultats montrent que ce défaut de restauration du à l'âge ne peut s'expliquer par une moins bonne observance.
3. En collaboration avec l'équipe du Prof. Mesbah, nous avons continué les analyses de qualité de vie à partir de l'échelle WHOQOLHIV. Cette échelle est multidimensionnelle et a été introduite lors de la 1ère visite COPILOTE. Les analyses tendent d'essayer de construire un score unidimensionnel résumant la qualité de vie. Les premiers résultats indiquent que ce score est significativement associé avec d'autres indicateurs biomédicaux ou psychosociaux.

Commanditaires

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

Partenaire

Conseil scientifique APROCO COPILOTE



2. La dynamique du tabagisme en population séropositive : analyse secondaire de la cohorte Copilote

Sigle : TABAC ET VIH - COPILOTE

Objectifs

L'objectif de ce travail est une meilleure connaissance des déterminants de la dynamique du tabagisme en population séropositive, afin d'aider à la conception d'actions d'incitation à l'arrêt adaptées (prenant par exemple en compte les situations de précarité et la sévérité des effets secondaires induits).

Certains de ces résultats seront utiles pour la prévention du tabagisme en population générale, au moins parmi les segments les plus vulnérables, en particulier pour mieux évaluer l'impact des facteurs contextuels et psychologiques qui sont associés au tabagisme et qui constituent des freins à l'arrêt.

Problématique

L'allongement de l'espérance de vie des personnes séropositives a fait émerger un nouveau problème de santé publique au sein de cette population : le tabagisme. Outre que la prévalence de cette pratique est très élevée parmi les séropositifs, ces derniers seraient plus vulnérables aux pathologies associées, sachant que les traitements antirétroviraux aggravent les risques pour certaines d'entre elles. Le tabagisme serait aussi corrélé à la survenue d'infections opportunistes. Il est donc nécessaire de promouvoir l'arrêt du tabagisme parmi les personnes séropositives.

Cette promotion suppose de bien comprendre les contextes, les fonctions et les motifs de leur tabagisme, dont la forte prévalence dans cette population s'explique sans doute largement par des situations de précarité, de détresse, affective, sociale ou matérielle, qui réduisent l'horizon temporel et engendrent stress, anxiété et dépression : tous ces facteurs sont prédictifs du tabagisme en population générale. Or par définition ces facteurs sont volatiles. Il importe donc d'étudier la dynamique du tabagisme grâce à des données longitudinales qui seules permettent d'observer les facteurs associés à des modifications de la consommation de cigarettes.

Méthodologie

Il s'agit d'étudier la dynamique du tabagisme à partir d'une analyse secondaire des données de la cohorte de personnes séropositives APROCO-COPILOTE, en analysant les facteurs associés aux variations du tabagisme sur une durée de sept ans (données recueillies par autoquestionnaire en moyenne tous les 8 mois). L'approche proposée est dynamique : à partir de modélisations statistiques appropriées, on privilégiera donc l'examen de facteurs prédictifs variant eux-mêmes dans le temps (anxiété, dépression, effets secondaires du traitement, « évènements de vie » négatifs...), qui peuvent aussi médiatiser la relation entre variation du tabagisme et variation des prix du tabac.

Résultats

Les premiers résultats confirment le caractère à la fois massif et labile du tabagisme en population séropositive, et la relative inefficacité de la hausse des prix du tabac à moyen terme dans cette même population.

La réalisation de ce projet a pris du retard : il devrait néanmoins être terminé au printemps 2008.

Commanditaire

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



3. Discrimination et maladies chroniques, quelle spécificité de l'infection par le VIH ?

Sigle : DISCRIMINATION ET VIH

Objectifs

L'objectif général de ce programme de recherche consiste donc à montrer dans quelle mesure l'infection par le VIH serait susceptible de produire des types de discrimination spécifiques par rapport aux discriminations mises en évidence dans le cadre d'autres maladies graves comme le cancer. Il semble capital tout d'abord de déterminer les différentes sphères dans lesquelles sont rapportés des comportements stigmatisants puis dans un second temps de déterminer dans quelle mesure ces domaines seraient spécifiques d'une pathologie et pourquoi.

Problématique

Force est de constater que malgré les nombreux progrès réalisés quant à la prise en charge de l'infection par le VIH, le regard social porté sur cette pathologie demeure problématique de par les comportements de stigmatisation qu'il génère. Qu'en est-il de la spécificité de l'infection par le VIH relativement à d'autres pathologies face au développement de comportements discriminatoires ? Est ce qu'une maladie telle que le cancer génère les mêmes types de comportements stigmatisants ?

Méthodologie

Pour ce faire, les données de deux enquêtes nationales seront utilisées : l'enquête VESPA menée auprès de personnes infectées par le VIH représentative de la population française infectée par le VIH et l'enquête ALD-DREES auprès de patients deux années après un diagnostic de cancer, représentative des données ALD de l'assurance maladie.

Résultats

Deux analyses ont été effectuées en 2007. Nous avons tout d'abord comparé la discrimination perçue qui semble plus importante parmi les patients vivant avec le VIH. En revanche, la comparaison de la qualité de vie montre que les patients atteints d'un cancer présentent des scores de qualité de vie plus bas en comparaison des patients vivant avec le VIH.

Ces données ont été présentées lors du congrès AIDS IMPACT à Marseille en Juillet 2007.

Commanditaire

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



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

Sigle : MANIF2

Objectifs

L'objectif de ce suivi clinico-biologique à long terme était 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 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 maximal 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 +/- 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 biothèque pour ce suivi long terme.

Méthodologie

Il s'agissait 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).

Résultats

Nous avons pris la décision d'arrêter le recueil des données en 2007, mais nous poursuivons les analyses statistiques.

Des analyses secondaires ont permis de comparer l'impact des différents profils de substitution sur l'observance au traitement antirétroviral. Nous avons pu montrer que quelque soit le traitement de substitution prescrit, méthadone ou buprénorphine, la relation positive avec l'observance dépend de son efficacité pour réduire l'injection. Afin de décrire l'histoire clinique à long terme et de rechercher le rôle des trajectoires de toxicomanie sur cette évolution, l'analyse des déterminants psychosociaux de la progression clinique a été effectuée à l'aide d'un modèle de survie et nous avons montré l'impact des syndromes de manques sur la survie.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; Direction Générale de la Santé (DGS), Sous-Direction « Lutte contre le VIH ».

Partenaires

Ensemble Contre le Sida-Sidaction (ECS-Sidaction) ; Conseil Général des Bouches-du-Rhône ; Direction Générale de la Santé (DGS).



5. Vie quotidienne et VIH au féminin

Sigle : VIH AU FEMININ

Objectifs

La vie des personnes séropositives au VIH s'est considérablement modifiée depuis le développement des traitements antirétroviraux, 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 inscrites au chômage. Parmi les femmes mères et séropositives au VIH et actives (au sens de l'INSEE), il s'agit : 1/ 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 ; 2/ 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 possibilités 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 ; 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 des 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.

Méthodologie

Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès de mères d'enfant(s) de moins de 12 ans, en emploi ou à la recherche d'un emploi. 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. Dix-huit entretiens ont été réalisés. Au final, ce sont 13 femmes qui ont été interviewées, dont 5 à deux reprises.

Résultats

La gestion de la vie quotidienne est bien souvent motivée par la discrétion quant à l'infection : ainsi les prestations sociales les mieux perçues sont celles qui sont les moins visibles. L'organisation du quotidien est plus souvent le fait de petits mensonges (parfois facilités par le cumul des handicaps) que d'arrangements formels qui impliqueraient la révélation de l'infection dans la sphère professionnelle ou familiale étendue. Cette crainte de la révélation est justifiée par une volonté d'éviter la stigmatisation mais surtout la condescendance, risque d'autant plus important que la norme de performance et de réalisation de soi dans le travail, à laquelle elles ne sont pas étrangères, ne saurait souffrir d'une attitude plus compréhensive à leur égard du fait de l'infection. Enfin, le hiatus entre leurs aspirations (professionnelles ou familiales) et leur situation quotidienne les amène, pour certaines d'entre elles, à amorcer des changements. Dans ces cas, la dimension longitudinale nous a permis de voir comment les efforts pour atteindre leurs aspirations sont contraints à la fois par des données structurelles (marché de l'emploi, conditions de travail, système de prestations sociales...) mais aussi par la place que ces femmes confèrent à leur infection (reconsidération de l'ordre des priorités entre famille et emploi, autocensure sur le plan professionnel par peur de contaminer les autres).

Commanditaires

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

Partenaires

Travail réalisé en collaboration avec Mme Jeanne Fagnani, Directrice de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS - UMR MATISSE, Université de Paris 1) ; Association SolEnSi (Marseille et Paris) ; Association Dessine-moi un mouton (Paris) ; CISIH Sainte-Marguerite (Marseille) ; Hôpital l'Archet (Nice) ; Hôpital Henri Dufaut (Avignon).



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

Sigle : ABBOTT ESSAI MONARK

Objectifs

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, sur une durée de 96 semaines, l'efficacité antivirale d'une monothérapie de Kaletra à celle d'une trithérapie Combivir/Kaletra. Le volet socio-comportemental de ce protocole est géré par notre équipe. Il comprend une évaluation de la qualité de vie (WHOQOL-HIV bref) et un recueil des symptômes ressentis (augmented symptom distress module).

Méthodologie

Comparaison statistique des scores de qualité de vie et du nombre de symptômes ressentis.

Résultats

L'analyse intermédiaire après 48 semaines de traitement montre un meilleur ressenti des patients sous monothérapie de Kaletra, à la fois en termes d'effets secondaires (moins de symptômes reportés pendant la période de traitement que dans le bras Combivir/Kaletra) et en termes de perception globale de leur état de santé (on observe uniquement dans le bras monothérapie une augmentation significative de la proportion de patients ayant une perception globale positive de leur état de santé). Ces premiers résultats ont fait l'objet d'un article soumis pour publication à la revue Antiviral Therapy.

Une étude coût efficacité est envisagée en 2008.

Commanditaire

Abbott France

Partenaire

Service du Kremlin Bicêtre



7. Huitième Conférence internationale sur les aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH : conférence AIDS IMPACT

Sigle : AIDS IMPACT

Objectifs

Organisation de la conférence internationale « Aspects biopsychosociaux de l'infection à VIH ».

Problématique

L'Institut Fédératif de Recherches « Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille » (SHESS-AM) s'est vu confier l'organisation de la conférence AIDS Impact 2007. Il s'agit de la principale Conférence Internationale de recherches sur les Sciences Humaines & Sociales du Sida au plan international. Elle existe depuis 1991, se tient tous les 2 ans, et l'édition 2007 a donc été la 8^{ème} du nom. La Conférence est liée à la revue AIDS Care, principale revue internationale spécialisée dans les recherches en Sciences sociales sur le Sida, qui publie, suite à chaque conférence, un numéro spécial comprenant certaines des contributions les plus originales présentées lors de la manifestation.

Résultats

La 8^{ème} conférence internationale Aids Impact s'est déroulée du 1^{er} au 4 juillet 2007 à Marseille à l'Hôtel de Région. Durant quatre jours elle a réuni plus de 500 chercheurs et experts en sciences humaines, économiques et sociales venus du monde entier pour y présenter leurs travaux et partager leurs connaissances respectives sur les aspects psychosociaux de l'infection à VIH, l'accès aux soins, la prévention, et les dernières avancées en matière de traitement.

Une réunion publique a également été organisée le 04 juillet après-midi sur le thème "Penser globalement, agir localement" au cours de laquelle plusieurs spécialistes ont fait le point sur des aspects essentiels de la maladie, comme les techniques de prévention, les trithérapies, la vaccination.

Les préconisations émises lors de la conférence seront portées à Mexico en août 2008 pour le 17^{ème} Congrès International sur le Sida.

Commanditaires

AIDS IMPACT ; Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales B et C (ANRS) ; Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Ministère des Affaires Etrangères (MAE) ; Ville de Marseille ; Ensemble Contre le Sida/Sidaction ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.

Partenaires

Ministère des Affaires Etrangères (MAE) ; Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales B et C (ANRS) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) ; Ville de Marseille ; Association AIDES ; Sida Info Service ; Tibotec ; Boehringer Ingelheim ; Abbott ; Human Sciences Research Council (HSRC) ; Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance (SAHARA).



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

Sigle : MONARK EVAL MEDICO ECONOMIQUE

Objectifs

L'objectif est d'évaluer l'impact médico-économique d'une monothérapie en première intention (lopinavir/r) comparée à une trithérapie standard (lopinavir/r associé à zidovudine et lamivudine) chez des patients naïfs de traitement antirétroviral.

Problématique

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

Méthodologie

La diminution des toxicités dues aux effets indésirables des traitements observée à la semaine 48 dans le bras monothérapie de l'étude pilote Monark s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie, qui devrait se répercuter sur les coûts tout au long du suivi. De fait il convient de s'interroger sur l'impact réel d'une stratégie proposant une monothérapie en première intention sur le coût global de la prise en charge de l'infection à VIH.

A partir des données de l'étude pilote Monark, ayant inclus 136 patients, nous conduirons une analyse de type coût-efficacité. Une première analyse statistique des données cliniques et économiques sera complétée pour une analyse économique qui déterminera l'efficacité et le coût de chaque stratégie thérapeutique. La variabilité des paramètres sera prise en compte par la définition d'un intervalle de confiance des ratios cout-efficacité.

Ce projet permettra d'évaluer, à partir du suivi continu de la cohorte Monark, sur 96 semaines, le coût de prise en charge de chaque événement thérapeutique (tel que l'échec thérapeutique, une résistance virale, une réponse prolongée, etc.).

Résultats

Le projet a débuté au quatrième trimestre 2007. Depuis, nous élaborons avec l'investigateur principal de l'essai Monark, Abbott, le procédé pour l'analyse médico-économique. Il a été convenu entre l'investigateur principal et l'unité INSERM une collaboration entre les deux équipes, l'une basée à Marseille et l'autre à Chicago. A l'issue d'une première étape de définition et de construction du modèle d'analyse économique (réunions téléphoniques et déplacement à Paris), la deuxième étape (prévue pour fin mars/début avril 2008) s'articulera autour d'un séjour à Chicago pour confronter le modèle avec les données de l'essai Monark et finaliser l'analyse.

Les résultats de l'analyse médico-économique devraient être disponibles en fin de premier semestre 2008 et donneront lieu à des publications courant juillet/août 2008.

Commanditaire

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



9. Conception d'un modèle d'évaluation des effets économiques à long terme de la réponse à l'épidémie de Sida (A long term economic model of the response to the HIV epidemic)

Sigle : MACROECONOME - UNAIDS

Objectifs

Ce travail cherche à fournir un outil de prévision et de simulation pour l'analyse de l'impact économique à long terme des programmes de "scaling up" et des facteurs économiques susceptibles de favoriser ou de limiter leur mise en place.

Méthodologie

Ce travail prévoit une étude exhaustive de la littérature sur la modélisation économique de l'épidémie à VIH, comprenant l'économie du développement, l'économie de la santé et les champs associés.

Il doit aboutir à des préconisations pour la spécification du modèle économique final à retenir par l'UNAIDS.

Résultats

La remise du rapport à l'UNAIDS est prévue pour mars 2008. La revue de la littérature permet déjà d'établir que la modélisation devra intégrer une décomposition des flux d'aide en trois canaux de dépenses : prévention, traitement, soutien aux infrastructures de santé, ces trois canaux ayant des délais de réponse et des impacts finaux sur la capacité d'autofinancement des pays extrêmement différents.

Commanditaire

Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNAIDS).



10. Revue de la littérature sur les alternances des tâches et systèmes de financement de l'OMS, de l'ONUSIDA et du PEPFAR en matière de VIH

Sigle : SYSTEMES FINANCIERS - OMS

Problématique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé, en août 2006, le plan «Traiter, Former, Conserver» (Treat, Train, Retain) pour renforcer et élargir la santé en s'attaquant à la fois aux causes et aux effets de VIH et du SIDA sur la santé des travailleurs.

En agissant sur la partie «Former», l'OMS, ONUSIDA et PEPFAR ont établi un partenariat d'alternance des tâches. Ce partenariat inclut des représentants des programmes VIH et des ministères de santé ainsi que des associations professionnelles, institutions académiques, organisations civiles et d'autres agences des Nations Unies.

Méthodologie

Notre équipe réalisera :

- la revue de la littérature en économie de la santé à propos des systèmes d'alternance des tâches des pays développés et en voie de développement afin d'identifier les principales variables connexes aux coûts induits et les bénéfices potentiels obtenus de l'alternance des tâches.
- l'analyse des relations statistiques entre différents modèles d'alternance des tâches et la couverture ARV sur la base des données disponibles collectées par l'OMS. Cette analyse sera effectuée en collaboration étroite avec le Département de Financement des Systèmes de Santé de l'OMS.

Echéancier

La recherche est en cours mais a déjà donné lieu à une communication en Janvier 2008 lors d'une réunion de haut niveau des Ministres de la Santé africains.

Une publication paraîtra dans un numéro spécial de la revue AIDS.

Commanditaire

World Health Organization (Organisation Mondiale pour la Santé).



11. Qualité de vie des patients vivant avec le VIH et avec l'hépatite B chronique

Sigle : CO-INFECTION VIH-VHB - ECS

Problématique

L'espérance de vie des patients séropositifs pour le VIH a considérablement augmenté et leur qualité de vie s'est améliorée depuis l'utilisation des nouvelles trithérapies antirétrovirales en 1996. Dans ce contexte de chronicité de la maladie VIH, le problème posé par la co-infection chronique par des virus attaquant le foie a pris de l'importance, à cause de son impact clinique en terme de pronostic hépatique à long terme et des enjeux thérapeutiques. Deux virus associés aux hépatites sont particulièrement fréquemment retrouvés chez les patients VIH, le VHC et le VHB. La qualité de vie des patients infectés à la fois par le VIH et le VHC a déjà fait l'objet de recherches mais très peu de données sont disponibles quant à la qualité de vie des patients infectés par le VIH et le VHB.

Méthodologie

Nous proposons d'analyser les données de qualité de vie qui ont déjà été recueillies dans une cohorte de patients co-infectés VIH-VHB de l'Est Parisien grâce à des questionnaires administrés aux patients.

Nous décrivons l'évolution au cours du temps de la qualité de vie en recherchant les facteurs qui peuvent favoriser une amélioration de la qualité de vie. Nous tenterons de rechercher la part respective de l'immunodéficience due au VIH ou les anomalies hépatiques dues au VHB pour expliquer la baisse de la qualité de vie. Nous rechercherons si les traitements destinés à lutter contre le VHB ont un effet bénéfique pour la qualité de vie

Les résultats obtenus devraient permettre de compléter les recommandations de prise en charge des patients co-infectés par le VIH et l'hépatite B chronique.

Commanditaire

Sidaction.

Partenaire

Hôpital Saint-Antoine, Paris.



12. Projet expérimental de dépistage rapide peu médicalisé auprès des hommes gays

Sigle : DEPISTAGE HOMMES GAYS

Objectifs

Nous nous proposons de démontrer que des dispositifs de dépistage communautaire permettront d'attirer les hommes gays les plus à risque vers un dépistage plus précoce.

Problématique

Il est possible aujourd'hui de simplifier le dépistage par des tests rapides qui permettent à des acteurs non médicaux de réaliser ce test. Cependant, la plus-value de santé publique n'a pas été établie.

Méthodologie

Il s'agit de mettre en place une intervention quasi-expérimentale pour, d'une part établir la faisabilité du dépistage rapide par un dispositif peu médicalisé, et d'autre part comparer un dispositif de dépistage classique effectué par une équipe de CDAG (de préférence hors hôpital) avec un dispositif de dépistage rapide effectué par des membres d'une association communautaire.

Ceci permettra si nos hypothèses sont validées de pouvoir étendre ensuite l'expérimentation du dépistage rapide effectué par des associations dans d'autres lieux. C'est pourquoi nous avons fait le choix de comparer les deux dispositifs dans leur ensemble (test classique effectué par le personnel habituel des CDAG et test rapide effectué par les acteurs associatifs), de façon à ce que la comparaison reste la plus proche possible de qui se passerait dans la réalité si les associations communautaires devenaient dans le futur de nouveaux acteurs du dépistage.

Echéancier

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

Il s'agira de rédiger le protocole détaillé et de construire tous les outils d'intervention et d'évaluation avec les partenaires

Commanditaire

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

Partenaires

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



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Maladies transmissibles -
Infection à VIH dans
les pays du Sud**





1. Evaluation du Programme Camerounais d'Accès aux ARV : Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH

Sigle : EVAL - CAMEROUN

Objectifs

Les principaux objectifs du projet sont : d'évaluer l'impact de l'accès au traitement ARV sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de leurs caractéristiques médicales, socio-économiques, comportementales, et de leur accès au traitement ; d'évaluer les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des professionnels de santé dans ce contexte de changement rapide.

Méthodologie

La méthodologie retenue consiste en une enquête transversale auprès de patients et soignants de 27 hôpitaux assurant la prise en charge du VIH/SIDA dans 6 provinces du Cameroun. Ce volet quantitatif est complété par une approche qualitative comprenant des entretiens approfondis auprès d'un échantillon restreint de soignants et de patients.

Résultats

Les enquêtes ont été terminées dans l'ensemble des hôpitaux en avril 2007. Au total, 3151 patients et 317 personnels soignants (108 médecins et 209 autres personnes soignants) ont été inclus dans le projet. Le taux de participation à l'enquête patients s'élève à 90%. Les analyses ont également démarré en 2007, à partir des données issues de la 1ère phase de l'enquête. Celles-ci ont fait l'objet de deux articles :

Le premier article, intitulé "Financial difficulties in accessing HIV care in Yaounde, Cameroon: first results from the national cross-sectional survey EVAL-ANRS 12 116" a pour objectif d'analyser dans quelle mesure les paiements directs des soins, auxquels sont soumis les patients au Cameroun, ont un impact sur l'accès au traitement ARV et les résultats cliniques de la prise en charge, pour les patients déjà en cours de traitement. Nos résultats montrent que 20% des patients sous ARV déclarent ne pas avoir pu acheter leur traitement au cours du dernier mois, pour des raisons financières. Après ajustement sur les variables socio-économiques et cliniques, ces patients ont un niveau d'adhérence plus faible et un taux de CD4 moindre après 6 mois de traitement.

Le second article, intitulé "Effect of stavudine-containing regimen and self-reported lipodystrophy on voluntary ART interruptions in PLWHA in Yaoundé, Cameroon: a public health and drug policy concern" analyse le lien entre les effets secondaires perçus des traitements contenant de la stavudine (75% des patients) et les interruptions volontaires de traitement de plus de 2 jours. Un tiers des patients rapportent des interruptions de traitement au cours des 4 dernières semaines et 58% au moins un symptôme de lypodistrophie, effet secondaire connu de la stavudine. Après ajustement sur le genre, le revenu du ménage et la consommation d'alcool, les lypodistrophies et les traitements contenant de la stavudine, sont significativement associés aux interruptions de traitement, soulignant la nécessité de développer l'accès à d'autres traitements de 1^{ère} ligne dans les pays à ressources limitées.

L'année 2008 sera consacrée aux analyses statistiques et aux publications scientifiques, avec notamment la participation à la Conférence Internationale sur le SIDA de Mexico et la publication d'un n° spécial de la revue AIDS (sous la direction de Jean-Paul Moatti) consacrée en grande partie à l'évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV et intitulé « Evaluation of scaling up access to HIV treatment in Africa ».

Commanditaire

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

Partenaires

IRSA, Université Catholique d'Afrique Centrale (Cécile Séverin ABEGA, Co-responsable scientifique de l'étude) : chargé du volet qualitatif du projet ; GERCIS, groupe d'études et de recherches rattaché à l'Université Catholique d'Afrique Centrale et dirigé par le Pr. Robert Nantchouang, chargé de la collecte des données du volet quantitatif.



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

Sigle : STRATALL - CAMEROUN

Objectifs

Le volet socio-économique de ce projet, confié à l'ORS PACA / INSERM a pour objectif d'effectuer une analyse coût-efficacité de deux stratégies de prise en charge, la première dite « classique » correspondant à la stratégie de référence couramment pratiquée par les centres hospitaliers spécialisés au Cameroun, et la seconde, dite « allégée », correspondant aux algorithmes de prise en charge préconisés par l'OMS pour les structures de santé décentralisées.

Méthodologie

La méthodologie repose sur le suivi d'une cohorte de 430 patients dans neuf hôpitaux de district de la province du Centre du Cameroun, dont la moitié d'entre eux est suivi selon la 1ère stratégie et l'autre selon la 2nde stratégie. Des questionnaires sont administrés auprès des patients à intervalle régulier à partir du jour de leur inclusion et tout au long de leur suivi clinique pendant deux années.

Echéancier

Les inclusions ont démarré mi-juin 2006. A fin décembre 2007, 424 patients étaient inclus dans le projet. Les questionnaires sont saisis au fur et à mesure de la collecte des données par les équipes de l'ORS PACA de façon à assurer un contrôle qualité des données.

Le taux de questionnaires administrés, par rapport aux questionnaires attendus, s'élève en moyenne sur les différentes périodes de questionnaires à 86%.

Il est prévu que l'ensemble des patients (430) soit inclus d'ici février 2008.

L'année 2008 sera ensuite consacrée à la poursuite de la collecte des données, de la saisie, et du nettoyage des bases de données. L'analyse préliminaire des données pourra démarrer fin 2008 – début 2009 sur les 12 premiers mois de suivi des patients.

Commanditaire

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

Partenaires

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



3. Evaluation de l'impact de l'offre de soins du "Centro de Referência e Treinamento" (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo sur ses performances

Sigle : EVAL OFFRE VIH - BRESIL

Objectifs

Ce projet a pour objectif d'évaluer l'impact des caractéristiques de l'offre de soins du CRT-DST/AIDS sur ses performances en déterminant, premièrement, quels facteurs individuels liés à l'histoire de la maladie autant qu'aux caractéristiques sociodémographiques et comportementales propres aux patients jouent un rôle sur leurs durées et leurs conditions de survie et, deuxièmement, quelles variables thérapeutiques et de variabilité des coûts de prise en charge liées à l'offre de soins du CRT-AIDS ont un impact sur cette survie individuelle, ainsi que l'ampleur et le sens de cet impact.

Problématique

La diffusion des multithérapies ARV dans les pays à bas et moyen revenus est entrée dans une nouvelle phase dont l'objectif clairement affiché est d'en étendre l'accès de façon significative. L'expérience des programmes en cours dans ces pays, parmi lesquels le programme brésilien a pris valeur d'exemple, souligne la nécessité de trouver un équilibre entre la qualité des programmes et l'extension de leur couverture à un nombre croissant de patients. Il apparaît que les façons dont seront étendus ces programmes joueront un rôle essentiel tant dans leurs réussites (autant en terme de réponse clinique et immunovirologique que de façon plus large en terme de possibilité de maintien des programmes d'accès aux multithérapies sur le long terme), que dans leurs éventuels échecs, notamment du fait des potentiels effets pervers susceptibles d'émerger à plus ou moins long terme dans le scénario d'une très large diffusion des ARV dans les pays du Sud.

Méthodologie

Une analyse coût-efficacité, s'appuyant autant sur la littérature économique théorique que sur celle empirique et émergente propre au contexte spécifique des Pays du Sud, est mise en œuvre à partir des données thérapeutiques, biologiques et socio-démographiques d'une cohorte rétrospective observationnelle de plus de 2490 patients naïfs de traitements lors de leur inclusion et qui ont été suivis au CRT entre le 18/09/1986 et le 31/12/2005. Ce projet, réalisé en partenariat étroit entre les chercheurs du CRT DST/AIDS et de l'ORS-INSERM, s'inscrit logiquement dans la continuité d'une collaboration initiée entre ces deux équipes à l'occasion du séjour du Dr Emily C. Ruiz au sein de notre équipe.

Echéancier

L'année 2007 a été consacrée à la collecte ainsi qu'à l'important travail de gestion des données attachés à la mise en œuvre des objectifs du projet.

Cette première phase achevée, l'année 2008 sera consacrée aux analyses statistiques et économiques ainsi qu'à la valorisation des résultats.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée.

Partenaires

Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS de Sao Paulo ; Coordination Nationale Brésilienne IST/AIDS ; Coordination du Programme IST/AIDS de l'Etat de Sao Paulo.





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Maladies transmissibles -
Co-infection VIH-VHC**





1. Recueil d'information continu sur le dépistage de l'hépatite C dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et dans les Centres d'Examens de Santé (CES) de la Région

Sigle : EVAL VHC CDAG - REGION

Objectifs

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

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 première cause de transplantation du foie et la deuxième cause de cirrhose et de carcinome hépato-cellulaire.

Méthodologie

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

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

Résultats

En 2006, la prévalence du VHC chez les consultants testés étaient de 2,1 % (2,3 % en 2005). Le taux de cas nouvellement dépistés étaient de 1,2 %, taux significativement inférieur à celui de 2005 (1,6 % ; $p = 0,02$).

Environ 41,0 % (44,8 % en 2005) des UDVI avait une sérologie VHC positive. Ce taux n'était pas significativement différent chez les UDVI actifs (37,7 %). Chez les usagers de drogue par voie nasale ces taux étaient plus faibles (prévalence du VHC : 0,8 % ; taux de cas nouvellement dépistés : 0,5 %).

Le prochain numéro du bulletin de "Surveillance du VHC", lettre d'information du système de surveillance du VHC en PACA publiée par l'ORS, présentera une description des données recueillies en 2007.

Commanditaire

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



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

Sigle : SCIENCES SOCIALES - HEPA VIH

Objectifs

Le projet HEPAVIH vise à regrouper des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) en une cohorte nationale afin de mieux caractériser leur prise en charge et leur vécu d'une double séropositivité. Les données recueillies en longitudinal permettront de répondre à des problématiques diverses telles que l'étude de la qualité de vie des patients co-infectés, l'identification des facteurs associés à la progression de la fibrose hépatique ou à l'observance aux traitements.

Méthodologie

Au total il est prévu d'inclure 1200 patients, avec un suivi annuel ou semestriel (selon le stade de la maladie VHC et la réponse aux traitements) sur une durée de 5 ans renouvelable. Des données cliniques, démographiques et socio-comportementales (auto-questionnaires) seront recueillies à l'inclusion et au long du suivi.

Résultats

Les inclusions dans la cohorte HEPAVIH se poursuivent. L'année 2007 a été principalement consacrée à l'amélioration du monitoring et la mise en place de la base de données, et aux premières analyses statistiques. Deux articles sont actuellement en cours de rédaction : l'un s'intéresse aux facteurs associés à l'observance aux ARV des patients co-infectés VIH/VHC traités par multithérapies (n=222) à la visite d'inclusion. Les premières analyses montrent que les patients présentant des symptômes dépressifs (CES-D) et ayant reçu des antidépresseurs au cours des 6 derniers mois ont 5 fois plus de risque d'être non-observants que ceux sans symptômes dépressifs. De plus, les consommateurs quotidiens d'alcool sont plus à risque de non-observance que les autres (OR=0.1 95%CI[0.0-0.5]). En revanche, les patients ayant déclaré une consommation de cannabis sont significativement plus observants que ceux qui n'en n'ont pas consommé (OR=3.9 95%CI[1.1-13.8]). Les données mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge globale des ces patients, ciblant particulièrement la dépression et la dépendance à l'alcool ;

Le second article étudie les facteurs associés à la fatigue chez l'ensemble des patients ayant répondu aux auto-questionnaires (n=257). Ceux n'ayant pas de partenaire stable, présentant des CD4 bas associés à une fibrose hépatique témoignant de la sévérité de l'atteinte combinée, plusieurs effets secondaires liés au traitement et une symptomatologie dépressive, ressentent un impact de la fatigue (ensemble des scores) significativement plus élevé. Cependant, les patients traités avec succès (scores CES-D) par antidépresseurs présentent un impact ressenti de la fatigue comparable à celui des autres patients. En conclusion, l'impact de la fatigue, conditionnant largement la qualité de vie de ces patients, est associé à la fois à des facteurs somatiques liés à la maladie ou au traitement et à des facteurs psycho-sociaux. Il paraît donc nécessaire d'être attentif au ressenti de la fatigue chez les sujets co-infectés et notamment de rechercher et traiter toute symptomatologie dépressive qui pourrait y être associée.

En 2008, nous nous intéresserons particulièrement à étudier les facteurs associés à l'accès au traitement anti-VHC, l'influence de la co-infection VIH/VHC sur l'observance aux ARV, la discordance entre la déclaration du patient et l'estimation par le médecin de la consommation d'alcool des personnes co-infectés VIH/VHC.

Commanditaires

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

Partenaires

UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée ; Hôpital Cochin, Service de Médecine Interne, Paris - Hôpital Tenon, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; CISIH Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille ; CHU Purpan, Service d'hépatogastroentérologie, Toulouse ; Hôpital Pellegrin, Fédération des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux ; Hôpital Haut-Lévêque, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux ; Hôpital Saint-André, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bordeaux.



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

Partenariat scientifique





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

Une des spécificités de l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est qu'une partie importante de ses activités est adossée à des collaborations étroites avec différentes équipes de recherche en sciences humaines, économiques et sociales. Ces collaborations s'appuient sur un partenariat privilégié avec l'Unité Mixte de Recherche INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (UMR912) "Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés" (SE4S), dirigée par le Professeur Jean-Paul Moatti, et l'Institut Fédératif de Recherche "Sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille" (SHESS-AM).

C'est ainsi que, dans le cadre de son partenariat avec **l'UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée "Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés" (SE4S)**, l'ORS est désormais situé sur deux sites : D'une part, il accueille dans ses locaux au 23 rue Stanislas Torrents (Marseille 6ème) deux équipes de l'UMR912, l'équipe "Maladies Transmissibles, Systèmes de Santé, Sociétés", et l'équipe "Dépendance, Vieillesse et Chronicisation du Risque-Santé". Et d'autre part, depuis fin 2007, dans le cadre de la Cancéropôle PACA, une équipe de huit personnes de l'ORS s'est rapprochée de l'équipe "Cancers, Biomédecine & Société" de l'UMR912 basée à l'Institut Paoli Calmettes. Une convention d'accueil a d'ailleurs été signée en ce sens entre l'ORS et l'Institut Paoli Calmettes.

Depuis 2004, **l'Institut Fédératif de Recherche "Sciences Humaines Economiques et Sociales d'Aix-Marseille"** regroupe 8 laboratoires signataires de la Convention constituante et rattachés à différents EPST (CNRS, INSERM, IRD), à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et aux 3 Universités d'Aix-Marseille. Trois de ces laboratoires sont exclusivement dédiés à des travaux dans le champ de la santé : le Centre de Recherches Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), l'UMR 379 de l'INSERM, et l'Unité de recherche «Acteurs et systèmes de santé en Afrique» de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Cinq d'entre eux sont des laboratoires « généralistes » de recherches dans différentes disciplines de SHESS mais avec un certain nombre d'équipes ou de membres s'intéressant aux applications dans le champ santé : le laboratoire Universitaire de Recherche en Sciences de Gestion spécialisé en Logistique (CRET-LOG), le Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM - CNRS-EHESS), le Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence, le Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS), et le laboratoire de Sociologie, Histoire, Anthropologie des Dynamiques Culturelles (SHADYC- CNRS-EHESS). L'ORS-PACA, comme l'Institut d'Economie Publique (IDEP), travaille en partenariat avec plusieurs de ces équipes dans le cadre de cet IFR.



Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- L'Institut Fédératif de Recherches en Nutrition (INSERM U476, CDPA) et le Centre de Recherche en Nutrition Humaine
- L'Unité INSERM 593 de Bordeaux pour la cohorte APROCO-COPILOTE
- Le Groupement d'Intérêt Scientifique Medrina (pôle méditerranéen de recherche sur les risques naturels)
- Les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) de Nice et de Marseille, et les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) PACA Ouest-Corse et PACA Est
- Le Centre de Référence Oncologie d'Aviano (Italie).

Partenariat avec des équipes d'étude et de recherche-action

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports)

Les chercheurs et chargés d'études ont été sollicités par l'INSEE et la DREES pour contribuer à l'élaboration du questionnaire et des phases d'enquête de l'enquête Handicap-Santé 2008 faisant suite à l'Enquête Décennale Santé de 2002 et aux enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998, 1999, 2000 et 2001. Ils ont ainsi participé aux travaux des groupes de travail Incapacité, Participation sociale, Aidants informels en plus du comité de pilotage.

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

Les chercheurs et chargés d'études, à la demande de la DREES, ont eu la responsabilité de la conception et de la construction d'un panel de 1900 médecins généralistes libéraux de cinq régions françaises (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur). La logistique d'enquête a été assurée par la cellule d'enquête de l'ORS. Le questionnaire de la vague d'enquête n°1 a été élaboré par les chercheurs et chargés d'études et la première exploitation des résultats a donné lieu à l'écriture par ces derniers et à la parution d'une publication dans la série Etudes et Résultats de la DREES (n°610, novembre 2007).

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 «généralistes» de l'URML PACA pour la préparation, l'élaboration et la validation des questionnaires utilisés dans le cadre de la dernière vague d'enquête du panel de médecins généralistes de la Région PACA (Panel MG PACA) consacrée au burn out et à l'épuisement professionnel des médecins.



Association d'urologues du Sud-Est Félix Guyon

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 d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence Alpes Côte d'Azur (SISTEPACA), 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 sur "<http://www.sistepaca.org/01e-vessie.htm>", brochure envoyée aux urologues avec évaluation de l'action). La collaboration s'est étendue à l'Association Française d'Urologie. En 2007, le SISTEPACA a participé à une expertise collective sur les tumeurs de vessie professionnelles organisée par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).

Collaboration médicale pluridisciplinaire autour de la santé au travail en PACA

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, des médecins du travail de services autonomes et interentreprises du régime général, le médecin du travail de la Consultation de Pathologie Professionnelle, un médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la CNAMTS et la coordinatrice du Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH 13) ont collaboré, dans le cadre du Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence Alpes Côte d'Azur (SISTEPACA), pour sensibiliser les médecins praticiens aux problèmes de santé liés au travail en construisant un site Internet dédié aux médecins (<http://www.sistepaca.org>) et en organisant des rencontres d'échanges, type formation médicale continue sur le thème santé travail. Ces rencontres ont pour but de favoriser les échanges entre médecine de prévention et médecine de soins. Plusieurs bassins d'exercice ont été ciblés dans le Var, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône et les Alpes Maritimes. En 2007, la collaboration s'est étendue aux médecins du travail de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et à ceux des collectivités territoriales.

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

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

Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients. Les membres de la commission «enjeux économiques de la coopération entre professionnels de santé» (dir. Mireille Elbaum) ont contacté les chercheurs de l'ORS / INSERM pour une analyse de la délégation des tâches en médecine générale, approchée soit par une enquête déclarative auprès des médecins du panel PACA, soit par une analyse en économie théorique.

Commission "Traitements de Substitution aux Opiacés" (TSO) de la Direction Générale de la Santé (DGS)

La commission TSO s'inscrit dans le cadre de la Commission des Addictions de la DGS. Il s'agit d'une commission d'experts dans le domaine des traitements de substitution qui vise à trouver des solutions pour l'amélioration de la prise en charge et le risque d'abus et de trafic. Un de nos chercheurs a travaillé à l'analyse des questions concernant le mésusage de la buprénorphine, et l'introduction de la Suboxone à travers une revue de la littérature, et la rédaction d'un rapport dont une partie a été utilisée pour les prises de décisions au niveau de la Commission des Addictions. Une évaluation a également été faite sur l'état des lieux de la substitution en prison. A noter également la participation à un sous-groupe afin d'évaluer le système informatif des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) pour le suivi des patients traités.



Université du Québec à Montréal (UQAM)

L'équipe a établi un partenariat avec l'Université du Québec à Montréal (UQAM), en particulier avec Joanne Otis, Gaston Godin et Gilbert Emond. Il s'agit de construire des questionnaires de satisfaction et comportementaux qui seront introduits dans l'évaluation de nouveaux systèmes de dépistage communautaires en France, à l'aide de tests rapides. Ces études seront également complétées par des tests virologiques grâce à la compétence de virologues de l'équipe du Pr Mark Wainberg à Montréal.

Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP)

Un médecin épidémiologiste de l'ORS PACA a coordonné, en 2006 et 2007, dans le cadre du Comité de la Prévention et de la Précaution, une saisine de Madame Nelly Olin, Ministre en charge de l'environnement, qui a demandé à ce comité, le 24 mars 2006, de développer une réflexion méthodologique autour de l'analyse du retour d'expérience des catastrophes (naturelles ou technologiques) et de l'évaluation de leurs conséquences écologiques, sanitaires et économiques. L'avis, qui sera prochainement publié, formule des recommandations visant à préparer ex ante et améliorer le recueil de données et d'informations lors de catastrophes, leur exploitation et leur diffusion, notamment pour promouvoir les enseignements tirés de ces événements dans le débat public.

Haut Conseil de la Santé publique (HCSP)

L'ORS PACA est représenté dans deux commissions du Haut Conseil de la Santé Publique.

- Au sein de la commission Prévention et Déterminants de Santé, un chercheur de l'ORS est chargé des questions relatives à la lutte contre le tabagisme. Dans ce cadre, ont été rédigés un avis officiel du HCSP fin 2007 (sur la mise en place du décret interdisant le tabagisme dans les lieux fermés à usage collectif) et les fiches d'évaluation des deux objectifs «tabac» de la Loi de santé publique 2004. Ce représentant a également participé à l'évaluation du Plan Cancer, puisque celui-ci comportait aussi un objectif de réduction du tabagisme.

- Un médecin épidémiologiste de l'ORS participe aux réunions de la commission Sécurité Sanitaire du HCSP, mise en place en 2007 pour faire suite au Haut Comité à la Santé Publique et au Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Dans le cadre de cette commission, il a coordonné un groupe de travail chargé de procéder à une évaluation des objectifs de la Loi de santé publique de 2004 relatifs à la santé au travail (risque routier, risques péri-articulaires, risques liés au bruit et risques CMR). Le groupe a effectué un travail documentaire sur les indicateurs relatifs à ces objectifs et procédé à l'audition de huit personnalités et experts afin de réaliser un bilan des plans et actions dans ces domaines (plan santé travail notamment).

Groupement d'Intérêt Scientifique en Epidémiologie Psychiatrique (GIS-Psychiatrie)

Un médecin épidémiologiste de l'ORS PACA participe aux réunions du GIS psychiatrie, réseau d'institutions et laboratoires de recherche oeuvrant dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique notamment. Cette participation a débouché, en décembre 2007, sur l'organisation d'un colloque conjoint GIS psychiatrie – Région PACA-ORS paca sur le thème de la santé mentale des jeunes et des étudiants en particulier. Lors de ce colloque, organisé à Marseille, des chercheurs internationaux sont intervenus pour faire le point sur l'état des connaissances dans ces domaines.

Conseils des Etudes et de la Vie Universitaire et Services de médecine préventive universitaire de la Région

Les vice-présidents des Conseils des Etudes et de la Vie Universitaire et les 7 services de médecine préventive universitaire de la Région ont participé au comité scientifique mis en place par l'ORS pour la réalisation et le suivi du protocole, des questionnaires et des analyses du «Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur». La présence de ces personnes au sein de ce comité scientifique a permis une interaction riche entre les questions de terrain et les approches et connaissances scientifiques apportées par des experts dans différents domaines : santé des étudiants, nutrition, comportements à risque, méthodologie des baromètres, épidémiologie psychiatrique, sociologie...



Association 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 pour but de :

- Réunir les intervenants en soins palliatifs sur la Région PACA ;
- Mener une action de promotion, d'information aussi bien vers les professionnels de santé, le grand public, les instances décisionnelles ;
- Participer au développement de la pratique des soins palliatifs au domicile et en institution
- Promouvoir, développer et participer à une formation de qualité sur la Région ;
- Partager une réflexion sur les pratiques et l'éthique en soins palliatifs, telles que définies dans le préambule des statuts de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs ;
- 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'UMR912 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, soutenus par les LIONS Club de la zone 22 ;
- Développer des actions en faveur des malades et de leurs familles, concernant notamment pour leur donner des informations 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 de pilotage à l'organisation des «Rencontres Amista-Alzheimer», congrès national dont la seconde édition s'est tenue à Aubagne du 29 novembre au 1^{er} décembre 2006.

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 pluriannuelle avec la DGS. Elle a constamment besoin d'évaluer son activité et d'analyser les besoins des personnes bénéficiant des actions de l'association.

L'équipe participe régulièrement aux enquêtes de AIDES ciblant sa file active, comme l'enquête «AIDES et toi» de type «une semaine donnée» réalisée en 2006.

Association RETOX 84, Réseau Toxicomanie - Addiction (drogues - psychotropes-polytoxicomanie)

RETOX84 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.



Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances Provence Alpes Côte d'Azur (CIRDD PACA)

Le CIRDD PACA est un centre de ressources dont la mission principale concerne le soutien à la mise en œuvre, en région PACA, des politiques publiques « drogues et dépendances ». Son cahier des charges a été défini par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Il est aussi centre correspondant de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), qui assure le pilotage national de la mission d'observation. Il réalise un diagnostic régional sur les actions de prévention, les usages de drogues et leurs évolutions ainsi qu'un répertoire des structures spécialisées en addictologie.

Les missions respectives de l'ORS PACA et du CIRDD PACA convergent quant à l'observation et la mise à disposition d'information dans un objectif d'aide à la décision dans le domaine des addictions en région PACA.

En 2007, l'ORS PACA et le CIRDD PACA ont signé une convention afin d'organiser l'échange de données et la co-production de travaux d'observation. Ils travailleront désormais en collaboration sur l'ensemble des travaux d'observation menés dans le champ des addictions en PACA.



Contribution à des structures régionales et nationales, professionnelles et scientifiques

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)
- Cellule d'Appui Scientifique auprès du Directeur Général de la Santé (DGS)
- Commission Nationale d'Appel de Qualification en Santé Publique et Médecine Sociale au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Actions Coordonnées de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) : n° 5 "Essais thérapeutiques dans l'infection à VIH", n° 7 "Cohortes", n°12 "Pays en développement", n° 24 'essais thérapeutiques dans les hépatites virales', n°25 "Recherche en santé publique, sciences de l'homme et de la société dans le domaine des hépatites"
- Conseil Scientifique et Médical de Sidaction - Ensemble contre le Sida (ECS-Sidaction)
- 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)
- Collège Scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Comité Directeur du Groupement d'Intérêt Scientifique en Epidémiologie Psychiatrique (GIS-Psychiatrie)
- Comité d'Orientation Stratégique de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Commissions spécialisées du Haut Conseil de Santé Publique : "sécurité sanitaire" (CS1) et "prévention et déterminants de santé" (CS3)
- Commission scientifique de suivi de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)
- Conseil supérieur des installations classées, Ministre de l'Écologie, du Développement et de l'Aménagement Durables
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministre de l'Écologie, du Développement et de l'Aménagement Durables
- Conseil d'Administration de P.I.S.T.E.S. (revue Transcriptase)
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP)
- Centre International de Recherche sur le Cancer à Lyon (CIRC)
- Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD)

Structures régionales

- Groupe Observation du Plan Régional de Santé Publique, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
- Comité Régional du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie de la Région PACA
- Comité Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)
- Centre d'Investigation Clinique, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH PACA Ouest-Corse (Corevih)
- Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS)
- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- Conseil Scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille



- Comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)
- Comité régional des facteurs psychosociaux de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Cancéropôle PACA
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, contrat Avenir (INSERM)

Appartenance à des 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)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)
- Association Française de Sociologie (AFS)
- Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF)
- Association Internationale de Sociologie (AIS)

Activité de reviewing d'articles

- Acta neuropsychiatrica
- Addiction
- Addictive Behaviors
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- Antiviral Therapy
- BMC Palliative Care
- Drug and Alcohol Dependence
- Economics and Human Biology
- Economie et Statistique
- Ethique Publique
- European Journal of Epidemiology
- Health and Medicine Journal
- Health Policy
- HIV Clinical Trials
- Indian Journal of Medical Sciences
- International Journal of Drug Policy
- Journal of Aids
- Journal of Comparative Economics
- Journal of Epidemiology and Community Health
- Journal of Socio-Economics
- Médecine/Sciences
- Politique et Sociétés
- Psychology & Health
- Public Finance
- Revue Economique
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- Risk Analysis
- Santé Publique
- Sciences et Motricité
- Sciences Sociales et Santé
- Sexually transmitted infections
- Social Science and Medicine
- Sociologie et Sociétés
- Sociologie Santé



**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Activité de communication
scientifique**





Conférences auxquelles l'ORS a participé en 2007

Au niveau local et régional

- Journée nationale de prévention du suicide - Etat des lieux en Provence-Alpes-Côte d'Azur – Marseille, France : 5 février 2007
- Colloque régional «Ecoles, entreprises... Vers un monde sans fumée ! » - Aix-en-Provence, France : 6 février 2007
- Forum Régional des Etats Généraux de la prévention – Marseille, France : 14 février 2007
- Troisième colloque du Cancéropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur – Marseille, France : 20 février 2007
- Conférence AMADES « Le Subutex, un médicament sous contrôle. Entre santé publique, sécurité et coûts sociaux, itinéraire et redéfinitions d'un traitement de substitution » - Marseille, France : 8 mars 2007
- Colloque «Semaine d'Information en Santé Mentale à Marseille 2007, « Qualité de vie, santé mentale et stigmatisation ». Les personnes qui souffrent de troubles psychiques, sont-elles des citoyens comme les autres ? – Marseille, France : 15 et 16 mars 2007
- Colloque « Obésité et Précarité » - Marseille, France : le 13 mars 2007
- Réunion d'échanges et de formation sur les Troubles musculosquelettiques dans le cadre d'une collaboration SISTE PACA – CRAM SE – Marseille, France : 29 mars 2007
- Séminaire Souffrances et Socialisations de l'enfance – Marseille, France : 3-6 avril 2007
- Colloque « Le cancer du sujet âgé : le dilemme du vieillissement » - Marseille, France : 6 avril 2007
- Conférence « Course contre le virus. Observance thérapeutique, qualité de vie, éducation thérapeutique. Evaluation en pratique de l'observance ». – Marseille, France : 3 et 4 mai 2007
- 3^{ème} Rencontres internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale – « STIGMA ! Vaincre les discriminations en santé mentale » - Nice, France : 12-15 juin 2007
- Soirée de formation médicale continue « Surveillance des patients exposés à l'amiante » - Marseille, France : 20 juin 2007
- XV^{ème} Colloque de l'Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé des Universités d'Aix-Marseille – Marseille, France : 21 et 22 juin 2007
- 8^{ème} Conférence internationale AIDS IMPACT – Marseille, France : 1-4 juillet 2007
- Conférence Débat public « Sida : penser globalement, agir localement » - Marseille, France : 4 juillet 2007
- Les 3^{ème} Assises Nationales des réseaux de Cancérologie – Nice, France : 13 et 14 septembre 2007
- 7^{èmes} Rencontres du Midi : « La prévention santé au travail : et si qualité de vie se conjugait avec performance économique ? » - Marseille, France : 25 octobre 2007
- 5^{ème} Colloque Francophone sur les sondages – Marseille, France : 5-7 Novembre 2007
- Réunion d'échange d'expérience entre médecins sur les cancers professionnels et environnementaux : aspects épidémiologiques et médico-sociaux – La Ciotat, France : 5 décembre 2007

Au niveau national et international

- Peer View Seminar sur le thème ; « Access to health care and health status inequalities » - Budapest, Hongrie : 17 et 18 janvier 2007
- L'atelier d'échanges sur les projets de recherche 2005-2006 - Paris, France : 26 janvier 2007
- Séminaire de l'INPES : Présentation des résultats préliminaires sur l'enquête étudiants – Paris, France : 26 janvier 2007
- Séminaire hebdomadaire de l'Institut National de Démographie sur le thème des facteurs socio-économique impliqués dans l'obésité du tout jeune enfant – Paris, France : 12 février 2007
- Conférence des rétrovirus et des maladies associées – Los Angeles, France : 25-28 février 2007



- Conférence sur l'avenir des directeurs de soins infirmiers organisé par François Schweyer – Paris, France : 1 mars 2007
- Journée québécoise VIH – Montréal, Canada : 15-17 mars 2007
- Séminaire du groupe IPSO (L'industrie pharmaceutique : sociologie ethnographie » - Paris, France : 16 mars 2007
- Présentation de la saisine «Retour d'expérience post-catastrophes » du Comité de la Prévention et de la Précaution au Conseil scientifique de l'AFPCN – Paris, France : 20 mars 2007
- Colloque Cancer DRESS, Séminaire d'exploitation des données ALD CANCER – Paris, France : 21-22 mars 2007
- 11th International workshop on HIV observational databases - Monte Carlo – 22-25 mars 2007
- Journées francophones de l'ANRS – Paris, France : 28-31 mars 2007
- 4^{ème} Conférence Francophone VIH/SIDA – Paris, France : 29-31 mars 2007
- Journée sur les addictions organisée par la Société d'addictologie francophone : « Addictions et qualité de vie : la qualité de vie, critère central de l'évaluation de la qualité des soins » - Villejuif, France : 29 mars 2007
- Journée Dépression/VHC : « Depression Associated with HCV an its Therapy : impact on Patient Management » - Paris, France : 31 mars 2007
- Conférence inaugurale du cycle de conférences « Economie de la santé et vieillissement » - Paris, France : 25 avril 2007
- Co-organisation de la première journée de rencontres du Réseau Thématique 19 : Médecine, Santé, Maladie, Handicap de l'Association Française de Sociologie – Paris, France : 25 avril 2007
- 18^{ème} Conférence internationale sur la réductions des risques – Varsovie, Pologne : 12-17 mai 2007
- 10^{ème} Congrès de l'association européenne de soins palliatifs – Budapest, Hongrie : 7*9 juin 2007
- Journées scientifiques sciences humaines et sociales et lutte contre le cancer : « Prévention, qualité de vie, relation patient-médecin : le malade est-il vraiment au centre du système de santé ? » - Paris, France : 14 et 15 juin 2007
- 4^{ème} colloque International de Psychologie de la santé de langue française – Toulouse, France : 19-22 juin 2007
- Colloque international « Réseaux de santé, intégration des services gérontologiques : quel modèle d'évaluation ? » - Paris, France : 21 et 22 juin 2007
- 6^{ème} World congress of IHEA : Exploration in health economics – Copenhag, Danemark : 8-11 juillet 2007
- 27^{ème} journées de l'association d'Economie Sociale : Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale – Nanterre, France : 6 et 7 septembre 2007
- 16^{ème} atelier européen sur l'économétrie et les sciences économiques de santé – Bergen, Norvège : 5-8 septembre 2008
- Séminaire sur les enjeux économiques, organisationnels et sociologiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé – Paris, France : 10 septembre 2007
- 56^{ème} congrès Association Française de Science Economique 2007 – Paris, France : 19-21 Septembre 2007
- Colloque Association Française de Sociologie – Paris, France : 4-5 octobre 2007
- 8^{ème} Colloque International Toxicomanie-Hépatites-Sida – Biarritz, France : 23-26 octobre 2007
- Congrès 2007 de la Société Française de Santé Publique – Montpellier, France : 22-24 novembre 2007
- Journée Maurice Marchand des doctorants en Economie de la Santé – Lyon, France : 30 novembre 2007
- 20^{ème} anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Française – Lille, France : 6 et 7 décembre 2007
- 27^{ème} Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie Sexualité et Cancer – Strasbourg, France : 20 et 21 décembre 2007



Activité de valorisation

Depuis sa création en 1985, l'activité de l'ORS PACA a donné lieu à la publication de :
356 articles scientifiques (dont 42 articles publiés en 2007 et 16 à paraître) ;
100 articles originaux (dont 6 publiés en 2007) ;
428 communications orales ou affichées (dont 15 réalisées en 2007) ;
62 ouvrages ;
228 rapports.

Site internet

Fin 2000, l'ORS PACA s'est doté d'un site Internet (www.orspaca.org) permettant aux professionnels de santé et aux décideurs de disposer d'informations sur l'état de santé de la population régionale et d'en connaître ses particularités. Depuis octobre 2006, un outil de recherche multicritère a été intégré à ce site pour permettre aux utilisateurs d'interroger la base documentaire de l'ORS depuis 1990 et de télécharger les documents (rapports, tableaux de bords, articles, RegardSanté, RepèreSanté...).





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Activités d'enseignement
et de formation**





Activité 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 d'étudiants qui effectuent leur stage de fin d'étude au sein de l'ORS.

En 2007, l'ORS a participé à divers enseignements :

- Master de Santé Publique, 2^{ème} année - UE Méthodes quantitatives en épidémiologie économétrie (Faculté de médecine, Marseille, X. Thirion)
- Master de Santé Publique, 1^{ère} année - Economie du médicament (Faculté de médecine, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master de Santé Publique, domaine Sciences de la Santé, mention Dépistage (Faculté de médecine, pharmacie et odontologie de Marseille)
- Master de Santé Publique et Management de la Santé, spécialité "Méthodes en évaluation thérapeutique" (Faculté de médecine Xavier Bichat, Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, Paris)
- Master de Psychologie Sociale de la Santé (Université de Provence, UFR de Psychologie et Sciences de l'Education, Pr Morin)
- Master Economie, Gestion et Politiques Publiques, 1^{ère} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master professionnel Génie Statistique et Informatique (GSI), 2^{ème} année - Module Méthodes statistiques et algorithmes de bio-informatique (Université de Provence, Aix-Marseille I)
- 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)
- Diplôme Universitaire d'enseignement de médecine tropicale du Service de Santé des Armées
- Diplôme Universitaire de Sidénologie (Université de la Méditerranée)
- Module Interprofessionnel de Santé Publique (Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes)
- Formation des directeurs d'hôpitaux (Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes)
- Formation de Cadres de santé : Introduction à l'économie de la santé (Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Hospitalier du Pays d'Aix)
- Formation de Cadres de santé : Encadrement méthodologique de la recherche en sciences sociales (Institut de Formation des Cadres de Santé, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille)



Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2007 au sein de l'ORS :

THÈSES SOUTENUES

- Bérengère Davin, Université de la Méditerranée – Aix-Marseille II.
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 14 novembre 2007
Thèse : "Trois essais en économie du vieillissement. Déterminants des besoins d'aide, de la nature de l'aide et de la satisfaction des besoins d'aide des personnes âgées" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Gwenaëlle Iarmarcovai, Faculté de Médecine de Marseille.
Doctorat de Biologie. Date de soutenance : 27 mars 2007
Thèse : "Influence des agents génotoxiques, des facteurs individuels et du mode de vie sur le contenu centromérique des micronoyaux" (directeurs de thèse : Pr A. Botta, Laboratoire de Biogénotoxicologie, Faculté de Médecine, Université Aix-Marseille II)

THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Mohammad Abuzaineh, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 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
- Julien Chauveau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Econométrie. Date de soutenance : 2008
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)
- 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
- 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
- Sophie Thiebaut, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2009
Thèse : "Vieillesse des populations et dépenses de santé" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
Bourse doctorale régionale



- Perrine Roux, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
 Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2009/2010
 Thèse : "Observance thérapeutique chez des patients multitraités : le cas de la toxicomanie" (directeur de thèse : B. Spire, Inserm)
 Bourse Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)
- Marie-Laure Saliba, Université de Provence - Aix-Marseille I
 Doctorat en Sociologie. Date de soutenance : 2009
 Thèse : "Les représentations sociales du cancer du sein" (directeur de thèse : P. Peretti-Watel, Laboratoire Méditerranéen de Sociologie -LaMeS)
 Bourse doctorale Institut National du Cancer (INCa)

INTERNES EN MEDECINE

- Aissata Dia, Interne en Médecine, Faculté de Médecine de Marseille
- Gwenaëlle Iarmarcovai, Interne en Médecine du Travail, Faculté de Médecine de Marseille

MASTERS, LICENCES

- Yves Arrighi, Stage de deuxième année, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Jérôme Blanche, Master Professionnel Génie Statistique et Informatique (2è année), Centre de mathématiques et informatique (château Gombert)
- Jean-Baptiste Combes, Stage de césure, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Alexandre Daguzan, Master II "Psychologie sociale", Université de Provence
- Olivier Desclos, Master "Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales" (MASS), Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Stéphanie Ferrer, Master professionnel Génie Statistique et Informatique (2è année), Université de Provence
- Corinne Martin, Master professionnel "Droit médical et pharmaceutique", Université Paul Cézanne - Aix Marseille III
- Marjorie Montfort, Master professionnel "Psychologie sociale du travail et des organisations" (DPSI), Université de Provence
- Hasina Rabetrano, Master II Recherche Ingénierie des Systèmes de Santé "Méthodes d'analyses des systèmes de santé", Université de la Méditerranée - Aix Marseille II

STAGES

- Jimmy Appy, Elève de Première, Section Informatique, Lycée Charles Péguy, Marseille
- Emmanuelle Botta, Stage d'évaluation en milieu du travail, Agence Nationale pour l'Emploi, Brignoles
- Laudine Brico, DUT "Statistique et Traitement Informatique des données" (3ème année), IUT de Menton
- Katia Régina De Barros Sanchez, Stage dans le cadre du programme Sida franco-brésilien
- Ivan Garreau De Loubresse, Elève de Seconde, Lycée Thiers, Marseille
- Marie Plages, IUP "Ingénierie de la Santé" mention "Economie et gestion des organisations de santé" (2è année), Faculté de Médecine de Marseille





**RAPPORT
D'ACTIVITE
2007-2008**

**Activités administrative
et technique**





Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé

Président :

M. Michel Vauzelle

Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Vice-Présidents :

Dr Pierre Albarrazin

Membre du Bureau 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

Membres du Bureau :

M. Daniel Marchand

Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Dr Hervé Pégliasco

Conseil Régional des Professions de Santé

Dr Vincent Sciortino

Médecin Conseil Régional, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés





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

Désigné à l'unanimité.

Elu par l'Assemblée Générale Ordinaire du lundi 17 décembre 2007.

Premier Collège

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 Monsieur le Préfet

Agence Régionale de l'Hospitalisation Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse

M. Christian Dutreil, Directeur Régional

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

M. Gérard Cascino, Directeur Régional

Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Dr Vincent Sciortino, Médecin Conseil Régional

Caisse Régionale d'Assurance Maladie

Mme Malika Manini, Administrateur CRAM du Sud-Est

M. André Sudac, Administrateur CRAM du Sud-Est

Mutualité Sociale Agricole

Dr Patrick Labarussias, Association régionale des caisses de MSA de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

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 d'Odontologie de Nice

Pr Philippe Charpiot, 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 Catherine Giner, 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 prévention sanitaire et à la protection maternelle et infantile

Au titre du Conseil Economique et Social Régional

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

M. Roland Canovas, Vice-Président du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur



Deuxième Collège

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

Au titre des professions de santé

Etablissements hospitaliers publics

M. Jean-Michel Budet, Délégué Régional de la Fédération Régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur - Fédération Hospitalière de France

Etablissements hospitaliers privés

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

Organismes publics de recherche bio-médicale

M. Dominique Nobile, Administrateur Délégué Régional de l'INSERM Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse

Professions médicales et paramédicales du secteur libéral

Mme Dominique Covès, Présidente du Syndicat des Infirmiers Libéraux des Bouches-du-Rhône - FNI

Dr Hervé Pégliasco, Conseil Régional des Professions de Santé

M. Christian Pisano, Secrétaire Général Adjoint du Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches-du-Rhône

Dr Jean-Claude Regi, Président de l'Union Régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur des Médecins Libéraux

Organismes régionaux de formation médicale continue

Dr Richard Domergue, Conseil Régional de la Formation Médicale Continue Provence-Alpes-Côte d'Azur, Directeur Médical SAMU 06

Au titre des usagers

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

Mutualités

M. Jacques Veisse, Union Régionale de la Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Roland Walger, Mutuelles de France Méditerranée

Chambre de Commerce et d'Industrie Marseille-Provence

M. Jean-Pierre Van Eecke, Membre-Associé de la CCIMP

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

Membres consultants du Conseil d'Administration

Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral

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

Mme Isabelle Lorenzi, Administratrice Mutuelles de France Méditerranée, Présidente de la Section Alpes Maritimes des Mutuelles Santé Plus

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



L'équipe ORS-INSERM-IRD-Université de la Méditerranée

Direction

OBADIA Yolande
Médecin Epidémiologiste, Directeur de l'ORS PACA,
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS
tél : 04.91.59.89.20, Courriel : obadia@marseille.inserm.fr / accueil@orspaca.org

MOATTI Jean-Paul
Professeur d'économie à l'Université de la Méditerranée,
Directeur de l'IFR 134 SHESS-AM (Institut fédératif de recherche
sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille)
tél : 04.91.59.89.19, Courriel : moatti@marseille.inserm.fr

Responsables d'équipe

BEN DIANE Marc Karim
Sociologue, Chargé de recherche ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.65, Courriel : bendiane@marseille.inserm.fr

Soins palliatifs
Maladies transmissibles – Infection à VIH

BOCQUIER Aurélie
Ingénieur agronome, Responsable du pôle Observation de la Santé
tél : 04.91.59.89.23, Courriel : bocquier@marseille.inserm.fr

Veille sanitaire et observation de la santé
Santé mentale

CARRIERI Maria-Patrizia
Biostatisticienne senior, Ingénieur d'étude INSERM
tél : 04.96.10.28.75, Courriel : pmcarrieri@aol.com

Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC
Conduites addictives et traitements de substitution

FERONI Isabelle
Maître de Conférence en Sociologie, Université de Nice-Sophia Antipolis
tél : 04.91.59.89.07, Courriel : feroni@marseille.inserm.fr

Conduites addictives et traitements de substitution

GRUENAIIS Marc-Eric
Anthropologue, Directeur de l'UR002 de l'IRD
Responsable de l'équipe "Maladies Transmissibles, Systèmes de santé, Sociétés"
(MaTSS)

Courriel : gruenais@ird.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

LUCHINI Stéphane
Economiste, Chargé de recherche CNRS
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : lucchini@ehess.cnrs-mrs.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

PARAPONARIS Alain
Maître de conférence en économie, Université de la Méditerranée
tél : 04.91.59.89.02, Courriel : paraponaris@marseille.inserm.fr

Offre et demande de soins
Environnement, travail et habitudes de vie

PERETTI-WATEL Patrick
Sociologue, Chargé de recherche INSERM
tél : 04.96.10.28.61, Courriel : peretti@marseille.inserm.fr

Environnement, travail et habitudes de vie
Santé des jeunes

Cancer
Soins palliatifs



REY Dominique
Médecin épidémiologiste, Chargée de recherche ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.76, Courriel : rey@marseille.inserm.fr
Cancer
Maladies transmissibles – Infection à VIH

SPIRE Bruno
Médecin Virologue, Chargé de recherche INSERM
tél : 04.96.10.28.77, Courriel : spire@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

VENTELOU Bruno
Economiste, Chargé de recherche CNRS,
Responsable de l'équipe «Avenir», «Dépendance, Vieillesse et Chronicisation du
Risque-Santé» (DeVI-crs)
tél : 04.91.59.89.16, Courriel : ventelou@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins
Environnement, travail et habitudes de vie
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

VERGER Pierre
Médecin épidémiologiste, Directeur-Adjoint de l'ORS
tél : 04.91.59.89.01, Courriel : verger@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins
Environnement, travail et habitudes de vie
Santé mentale
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC
Santé des jeunes

Equipe d'étude et de recherche

ABUZAINEH Mohammad
Doctorant en sciences économiques, Bourse ANRS
tél : 04.96.10.28.62, Courriel : abuzaineh@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

ARNAUD Sandrine
Médecin épidémiologiste, Chargée d'étude ORS
tél : 04.91.59.89.06, Courriel : arnaud@marseille.inserm.fr
Environnement, travail et habitudes de vie

ATTANE Anne
Anthropologue, IRD, Equipe MaTSS
tel : 04.96.10.28.71, Courriel : anne.attane@ird.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

BASCETTO Vanessa
Doctorante en sciences économiques, Bourse INCa
tél : 04.96.10.28.64, E-mail : vanessa.bascetto@marseille.inserm.fr
Cancer

BLANCHE Jérôme
Gestionnaire de bases de données, Technicien d'étude ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.81, Courriel : jerome.blanche@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud
Cancer

BOUHNİK Anne-Déborah
Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.78, Courriel : bouhnik@marseille.inserm.fr
Cancer
Maladies transmissibles – Infection à VIH



BOYER Sylvie
Doctorante en économie, Bourse ANRS
tél : 04.96.10.28.72, Courriel : boyersylvie@club-internet.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

BUC Vanina
Gestionnaire de bases de données, Assistante d'étude ORS/INSERM
tél : 04.96 10 28 84, E-mail : buc@marseille.inserm.fr
Cancer

CABUT Sandrine
Statisticienne, Assistante d'étude
tél : 04.61.59.89.08, Courriel : cabut@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH
Environnement, travail et habitudes de vie

CHAUVEAU Julien
Doctorant en économétrie, Bourse ANRS
tél : 04.96.10.28.60, Courriel : chauveau@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

CLERC Isabelle
Biostatisticienne, Assistante d'étude ORS/INSERM
tél : 04.91.59.89.28, Courriel : isabelle.clerc@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins

DAVIN Bérengère
Docteur en sciences économiques, Bourse post-doctorale CNSA
tél : 04.91.59.89.10, Courriel : davin@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins

DUMESNIL Hélène
Statisticienne, Assistante d'étude ORS/INSERM
tél : 04.91.59.89.23, Courriel : dumesnil@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

EBOKO Fred
Politologue, IRD, Equipe MaTSS
Courriel : fred.eboko@wanadoo.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

GUAGLIARDO Valérie
Biostatisticienne, Chargée d'étude ORS
tél : 04.96.10.28.67, Courriel : gvalerie@marseille.inserm.fr
Santé des jeunes

HANE Fatoumata
Anthropologue, IRD, Equipe MaTSS
Courriel : hanefatoumata@yahoo.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

JARDIN Marie
Biostatisticienne, Chargée d'étude ORS
tél : 04.91.59.89.23, Courriel : marie.jardin@marseille.inserm.fr
Veille sanitaire et observation de la santé

LINNEMAYR Sebastian
Doctorant en sciences économiques, Bourse doctorale régionale
tél : 06.76.41.05.59, Courriel : linnemayr@pse.ens.fr
Offre et demande de soins

LIONS Caroline
Statisticienne, Technicienne d'étude INSERM
tél : 06.12.65.25.17, Courriel : caroline.lions@marseille.inserm.fr
Santé des jeunes



LOUBIERE Sandrine
Docteur en économie de la santé, Bourse post-doctorale Ministère de la Santé et des
Solidarités/Direction Générale de la Santé, Programme Avenir
tél : 04.96.10.28.83, Courriel : loubiere@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

MALAVOLTI Laetitia
Docteur en sciences économiques, Bourse post-doctorale INCa
tél : 04.96.10.28.63, Courriel : malavolti@hotmail.com
Cancer

MARCELLIN Fabienne
Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ANRS
tél : 04.96.10.28.78, Courriel : marcellin@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

MORA Marion
Psychosociologue, Chargée d'étude ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.61, Courriel : mora_marion@yahoo.fr
Santé mentale

ORSI Fabienne
Economiste, IRD, Equipe MaTSS
tél : 04.96.10.28.70, Courriel : fabienne.orsi@ird.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

PREAU Marie
Maître de conférence en Psychologie, Université de Nantes
tél : 04.91.59.89.00, E-mail : preau@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH

PROTOPOPESCU Camelia
Ingénieur en mathématiques et économétrie, Ingénieur de recherche ANRS
tél : 04.91.59.89.06, Courriel : protopo@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC

ROUX Perrine
Doctorante en santé publique, Bourse ANRS
tél : 04.96.10.28.76, Courriel : p.roux@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH
Maladies transmissibles – Co-infection à VIH-VHC
Conduites addictives et traitements de substitution

SALIBA Marie-Laure
Doctorante en sociologie, Bourse INCa
tél : 04.91.59.89.23 Courriel : ml.saliba@marseille.inserm.fr
Cancer

TANTCHOU Josiane
Anthropologue, IRD, Equipe MaTSS
Courriel : yakamjosiane@yahoo.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

THIEBAULT Sophie
Doctorante en sciences économiques, Bourse doctorale Région-Inserm/Programme
Avenir
tél : 04.96.10.28.83, Courriel : thiebault@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins

VAISSADE Laure
Chargée d'étude ORS
tél : 04.91.59.89.25, Courriel : vaissade@marseille.inserm.fr
Veille sanitaire et observation de la santé
Offre et demande de soins



VIAU Alain
Médecin de Santé Publique, Mutuelles de Provence
tél : 04.96.10.28.79, Courriel : viau@marseille.inserm.fr
*Environnement, travail et habitudes de vie
Cancer*

VIDEAU Yann
Doctorant en sciences économiques, Bourse Ministère de l'Education Nationale
tél : 04.91.59.89.21 Courriel : videau@marseille.inserm.fr
Offre et demande de soins

VIDAL Laurent
Anthropologue, IRD, Equipe MaTSS
tel : 04.96.10.28.74, Courriel : laurent.vidal@ird.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

VILLES Virginie
Biostatisticienne, Ingénieur d'étude ORS/INSERM
tél : 04.96.10.28.81, Courriel : villes@marseille.inserm.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH

WERNER Jean-François
Anthropologue, IRD, Equipe MaTSS
Courriel : jean-francois.werner@ird.fr
Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du sud

Plateforme d'enquêtes ORS/INSERM

MARADAN Gwenaëlle
Responsable de la plateforme d'enquêtes
tél : 04.96.10.28.95, Courriel : maradan@marseille.inserm.fr

BIEMAR Julie
Technicienne d'enquête
tel : 04.96.10.28.86, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

DALMASSO Lisa
Technicienne d'enquête
tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

FIGUERAS Sandra
Technicienne d'enquête
tél : 04.96.10.28.89, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

MARTIN Marie-Madeleine
Technicienne d'enquête
tél : 04.91.63.56.43, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

ROUSSEL Jean-Stéphane
Technicien d'enquête
tél : 04.96.10.28.88, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

Administration

Secrétariat

BOUSSAID Houria
Secrétaire équipe MaTSS, IRD
tél : 04.91.59.89.05, Courriel : houria.boussaid@ird.fr

CHAPPE Cécile
Agent d'accueil
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : accueil.ors@wanadoo.fr

DESPRETZ Régine
Secrétaire
tél : 04.91.59.89.00, Courriel : despretz@marseille.inserm.fr

GORINE Zohra
Secrétaire d'Etudes
tél : 04.91.59.89.14, Courriel : etude@marseille.inserm.fr



Gestion/Comptabilité

ADAM Marie-Odile
Aide-comptable
tél : 04.91.59.89.06, Courriel : adam@marseille.inserm.fr

GIOVANNINI Carole
Attachée Administrative
tél : 04.91.59.89.03, Courriel : giovanni@marseille.inserm.fr

KISSIKIAN Marie-Pierre
Comptable
tél : 04.91.59.89.15, Courriel : kissikian@orspaca.org

RENOUX Anne-Claire
Secrétaire
tél : 04.91.59.89.06, Courriel : renoux@marseille.inserm.fr

Infographie

VOTO Christine
Infographiste
tél : 04.91.59.89.25, Courriel : voto@marseille.inserm.fr

Informatique-réseau, logistique et gestion de bases de données

APPY Jimmy
Etudiant en informatique-réseau
tél : 04.96.10.28.95, Courriel : equipe.logistique@marseille.inserm.fr

MAYER Laurent
Chargé de suivi technique
tél : 04.91.59.89.28, Courriel : mayer@marseille.inserm.fr

KURKDJI Patrick
Chargé de suivi technique
tél : 04.96.10.28.79, Courriel : kurkdji@marseille.inserm.fr

ZOVIGHIAN Eric
Gestionnaire de base de données, Assistant d'étude
tél : 04.91.59.89.09, Courriel : zovighian@marseille.inserm.fr

