



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

RAPPORT D'ACTIVITE 2009-2010

Créé au début des années 80 dans le cadre de la décentralisation, l'Observatoire Régional de la Santé, présidé par Monsieur Michel VAUZELLE, Président du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, et dirigé par le Docteur Yolande OBADIA, est l'un des 26 Observatoires Régionaux de la Santé regroupés dans une fédération nationale, la FNORS.

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 régionale.

C'est à cette mission que répond l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'ORS PACA met à la disposition des acteurs de santé publique, responsables institutionnels et associatifs, des informations statistiques et des éléments d'analyse sur la santé de la population régionale et participe à la production de connaissances nouvelles.

L'activité de l'Observatoire s'organise autour de deux pôles

Le pôle Observation et valorisation des connaissances sur la santé de la population régionale

L'ORS recueille et analyse des données sur la santé des habitants de la Région, en réalisant des enquêtes sur le territoire régional ou en participant à des enquêtes nationales et internationales. 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. Ces expertises sont nécessaires aux institutions pour élaborer ensuite des programmes ou prendre des décisions concernant les politiques de santé publique. Par ailleurs, 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 à leurs attentes et anticiper les besoins futurs de santé publique régionale.

Le Pôle Recherche et production de connaissances nouvelles avec l'UMR912 (SE4S).

L'ORS fonctionne avec une équipe de plus de 70 personnes de formation pluridisciplinaire (médecins épidémiologistes, économistes, sociologues, statisticiens, démographes, psychologues). Cette configuration, originale sur le territoire français, a pu voir le jour grâce à un partenariat privilégié avec l'UMR912 (SE4S) INSERM-IRD-Université de la Méditerranée et avec l'Institut Fédératif de Recherches "Sciences Humaines, Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille" (IFR SHESS-AM).

Ces chercheurs étudient principalement l'épidémiologie sociale, l'économie et les sciences sociales de la santé. Leurs équipes travaillent à la connaissance des déterminants économiques et sociaux des comportements des acteurs de terrain comme de la population en général.

Informé, un devoir

L'ORS possède le souci constant de partager ses informations et ses données au travers de différentes publications. L'Observatoire diffuse largement les éléments recueillis au travers de tableaux de bord sanitaires généraux (à l'échelle de différents territoires, comme par exemple la ville de Marseille et ses arrondissements) ou portant sur des thématiques (santé-environnement, santé-travail, santé mentale), d'annuaires de santé, d'édition d'ouvrages de référence. Il édite aussi une lettre de valorisation de ses travaux de recherche "RegardSanté" et un bulletin d'information sur la santé de la population régionale "RepèreSanté". Toutes ces informations sont accessibles à un large public de professionnels de la santé et de décideurs, grâce à la mise en place récente d'une banque de données originale qui offre une cartographie de l'état de santé régional par territoire : www.sirsepaca.org

L'ORS a également mis en place un site spécifique dédié aux maladies professionnelles : www.sistepaca.org

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.

Indicateurs sanitaires et synthèses sur la santé observée en région	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) Sigle : SIRSE	11
1.1. SIRSéPACA volet 1 : prescriptions médicamenteuses inadaptées chez les personnes âgées Sigle : SIRSE/PRESCRIPTIONS INADAPTEES	12
1.2. SIRSéPACA volet 2 : suivi d'indicateurs sur la maladie d'Alzheimer Sigle : SIRSE/ALZHEIMER	13
1.3. SIRSéPACA volet 3 : surveillance de la santé bucco-dentaire Sigle : SIRSE/SANTE BUCCO DENTAIRE	14
2. Maintenance et évolution de SCORE-SANTE Sigle : VEILLE SANITAIRE	15
3. Diagnostic de santé sur le territoire 'Une autre Provence' Sigle : DIAGNOSTIC SANTE	16
4. Observatoire transalpin de promotion de la santé Sigle : ALCOTRA	17
5. Réalisation de diagnostics territoriaux de santé à l'échelle des territoires de proximité (n=25) Sigle : DIAGNOSTICS TERRITORIAUX	18
6. Evaluation monétaire de la santé en Europe (European Value of a quality adjusted life years) Sigle : EuroVaq	19
Offre et demande de soins	21
1. Panel national et interregional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERREGIONAL	23
2. Observatoire des pratiques en médecine générale dans cinq régions françaises Sigle : PANEL MG - 5 REGIONS	24
3. Comportements prescriptifs, démarche-qualité et sensibilité à la rémunération des soins en médecine générale de ville Sigle : PANEL MG - COMPORTEMENTS PRESCRIPTIFS	25
4. Les hospitalisations évitables comme marqueur d'un déficit de prise en charge ambulatoire Sigle : SYSTEME DE SOINS ET TERRITOIRES	26
5. Disparités spatiales du recours aux médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau Sigle : DISPARITES SPATIALES RECOURS PSYCHOTROPES	27
6. Influence de la dépression co-morbide sur les comportements de santé et la consommation de soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques Sigle : DEPRESSION CO-MORBIDE (EDS)	28
7. Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile Sigle : CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT	29
8. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie : quelle intelligibilité dans le cadre d'enquêtes en population générale (QUALIMEC) ? Sigle : QUALIMEC	30
9. Coûts économiques et sociaux de l'aide informelle dans la maladie d'Alzheimer Sigle : CICAD	31
10. Enquête auprès d'un échantillon représentatif d'enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA Sigle : EVAL MATER 2	32

Offre et demande de soins dans les pays du Sud **33**

1. Médecine générale et soins centrés sur le patient (Maroc) 35
Sigle : MG MAROC
2. Usages et pratiques de l'imagerie médicale en Afrique. Une étude de cas sur les modalités d'appropriation de la technologie IRM au Sénégal 36
Sigle : SEN-IRM

Environnement, travail et habitudes de vie **37**

1. Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une Tumeur cAncéreuse ou du VIH 39
Sigle : VITAVI - ANR
2. Conception et réalisation des entretiens VIH et cancer. Communications sur les risques multiples, quel impact sur la population ? 40
Sigle : CORIMU
3. Exploitation de l'extension régionale du baromètre santé nutrition 2008 41
Sigle : BAROMETRE SANTE NUTRITION
4. Réalisation du tableau de bord santé environnement 2009-2010 42
Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT
5. Perceptions du risque électromagnétique : analyses statistiques secondaires 43
Sigle : PRELASS
6. 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 (ORGACTOUPOST) 44
Sigle : RISQUES INDUSTRIELS ET ENVIRONNEMENT
7. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur 45
Sigle : SISTEPACA
8. Tableau de bord régional Santé Sécurité Conditions de Travail 46
Sigle : TB SANTE TRAVAIL 2009
9. Enquête qualitative sur le maintien dans l'emploi et les conditions de mise en inaptitude en médecine du travail 47
Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Conduites addictives **49**

1. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC 51
Sigle : METHAVILLE
2. La construction sociale des médicaments, singularité et représentativité du cas de la Buprénorphine haut dosage 52
Sigle : BUPREMED

Cancer **53**

1. 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 55
Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 40)
2. 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 56
Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 65)
3. 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 57
Sigle : DOULEUR CANCER SEIN
4. Impact économique des tests génomiques : l'utilisation du grade génomique à des fins de décision thérapeutique chez des patientes atteintes d'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire. 58
Sigle : IPSOGEN
5. Conséquences des maladies chroniques et chronicisation des maladies : continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer 59
Sigle : CONSEQUENCES SOCIOECO DES CANCERS
6. Prévention, dépistage et déclaration des cancers professionnels : recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins du travail en région Paca 60
Sigle : CAP MÉD DU TRAVAIL / CANCERS PROFESSIONNELS
7. Opinions croisés sur les critères d'efficacité des traitements du cancer (patients, médecins, population générale, décideurs) 61
Sigle : CRIT-EFF

Maladies transmissibles - Infection à VIH

63

1. Nouvelle enquête nationale transversale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA2) 65
Sigle : VESPA2
2. Dépistage rapide auprès des gays 66
Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS
3. Recentrage sur les aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote) 67
Sigle : COPILOTE
4. Etude qualitative dans le cadre de l'essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités et ayant un nombre de lymphocytes CD4 \geq à 500 par mm³ 68
Sigle : TIPI-QUALI
5. Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients « HIV controllers » en France 69
Sigle : HIC
6. Construction d'un modèle économique de long terme pour évaluer les politiques de réponses au VIH-SIDA (Building a Long Term Economic Model of the Response to the HIV Epidemic) 70
Sigle : UNAIDS Economic model
7. 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 71
Sigle : ABBOTT - MONARK HEOR
8. Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir / emtricitabine / efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé. 72
Sigle : DREAM

Maladies transmissibles - Infection à VIH dans les pays du Sud

73

1. Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : Evaluation de la prise en charge des patients sous antirétroviraux dans des hôpitaux de district selon une approche de suivi allégé 75
Sigle : STRATALL - CAMEROUN
2. Evaluation du programme camerounais d'accès aux ARV et prise en charge de la coinfection VIH/TB 76
Sigle : EVAL VIH/TB
3. Les discours institutionnels sur la prévention du sida et leur impact sur la population cible au Nord-Cameroun 77
Sigle : COMMUNICATION SIDA
4. Etude socio anthropologique du suivi des nourrissons infectés par le VIH-1, sous traitement antirétroviral précoce au Cameroun 78
Sigle : NOURRISSONS
5. Les prises en charge croisées du VIH et de la tuberculose au Cameroun et au Sénégal : processus historique et contraintes sociales 79
Sigle : VIH/TUBERCULOSE
6. Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique : projet associé à l'essai clinique 2-lady (ANRS 12169) 80
Sigle : 2LADY
7. Projet d'approche solidaire en santé génésique (Burkina Faso, Cameroun, Mali) 81
Sigle : PASSAGE
8. Les recompositions de l'action publique : à partir de la lutte contre le SIDA. Approche interdisciplinaire pour une recherche opérationnelle en santé en Afrique (Burkina-Faso, Cameroun, Botswana) 82
Sigle : CORUS 2
9. Entre villes et villages : femmes infectées par le VIH/SIDA, accès aux soins et relations de genre (Burkina Faso) 83
Sigle : FEMMES VILLES & VILLAGES
10. Accès aux soins maternels/infantiles et suivi des femmes infectées par le VIH/Sida au Burkina Faso. Une initiative multidisciplinaire pour contribuer à la réduction de la TME 84
Sigle : PTME Burkina
11. Evaluation rapide de la situation des enfants vulnérables et infectés ou affectés par le VIH/SIDA au Maroc 85
Sigle : SIDA PEDIATRIQUE MAROC

12. Efficacité des Maisons d'Attente pour l'accès aux soins qualifiés à l'accouchement et le renforcement de l'autonomie des communautés rurales isolées (Maroc) Sigle : DAO	86
13. Appui à l'utilisation des données factuelles pour l'élaboration des politiques sanitaires en Afrique (Supporting the Use of Research Evidence for Policy in African Health Systems) Sigle : SURE	87
Maladies transmissibles - Co-infection VIH-VHC	89
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	91
2. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH) Sigle : HEPA VIH	92
3. Analyse coût-efficacité comparant une trithérapie (associant le Telaprevir à l'Interféron Pégylé et la Ribavirine) à une bithérapie standard pour le traitement de l'hépatite C Sigle : ANALYSE COUT-EFFICACITE TRITHERAPIE VHC	93
Maladies transmissibles - Grippe	95
1. Evaluation médico-économique des stratégies antivirales lors d'une pandémie de grippe : aide à la décision publique en France dans un contexte global Sigle : GRIPPE	97
2. Attitude des médecins généralistes libéraux face à la pandémie de grippe A/H1N1 Sigle : PANEL MG - GRIPPE	98
Partenariat scientifique	99
Partenariat avec des équipes de recherche régionales en sciences humaines, économiques et sociales	101
Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique	102
Partenariat avec des équipes d'étude et de recherche-action	102
Contribution à des structures nationales et régionales, professionnelles et scientifiques	106
Activité de communication scientifique	109
Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2009	111
Activité de valorisation	112
Site internet	112
Activités d'enseignement et de formation	113
Activité d'enseignement	115
Activité de formation	117
Activités 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	122
L'équipe ORS - SE4S	125
Les publications et communications 2009 - 2010	133

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

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

Retrouvez toutes les publications, communications orales,
communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études
et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Problématique

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en œuvre des politiques de santé régionales et ceci va se poursuivre avec l'application de la loi de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans ce contexte, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infrarégionale présente un intérêt majeur, 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.

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 d'organisation des soins et de la prévention).

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).

Méthodologie

Les indicateurs du SIRSéPACA sont définis en fonction des priorités régionales et des indicateurs recommandés en annexe à la Loi relative à la santé publique de 2004. Ils concernent l'état de santé général, une cinquantaine de pathologies (les cancers, les maladies cardio-vasculaires, etc.), certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation et accidents de la vie courante, etc.), l'offre et la consommation de soins, les caractéristiques démographiques et socio-économiques. 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". Il a été mis à jour et enrichi de nouveaux indicateurs de façon continue durant l'année 2009. De nouveaux indicateurs ont notamment été mis à disposition sur la zone de couverture des réseaux de santé et sur l'offre de prise en charge dans le champ médico-social.

Les travaux méthodologiques pour la définition de nouveaux indicateurs sur la maladie d'Alzheimer, les prescriptions médicamenteuses inadaptées chez les personnes âgées et la santé bucco-dentaire ont été poursuivis.

En 2009, l'ORS a souhaité faire évoluer le site SIRSéPACA afin d'en améliorer l'accessibilité, la lisibilité et simplifier la navigation des utilisateurs. Des entretiens avec différents partenaires et utilisateurs ont permis d'identifier les points forts et les points faibles du site et de déterminer les évolutions à mettre en œuvre. En décembre 2009, une nouvelle version de SIRSéPACA a été mise en ligne offrant notamment un accès plus direct aux indicateurs, dès la page d'accueil ; une vision globale des données disponibles grâce à un atlas des indicateurs interactif ; des recherches par thème et par mot-clé renouvelées et plus performantes.

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 Projet.

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) ; Mutualité Sociale Agricole des Alpes-Maritimes, Alpes-Vaucluse, Bouches-du-Rhône et Var.

1.1. SIRSéPACA volet 1 : prescriptions médicamenteuses inadaptées chez les personnes âgées

Sigle : SIRSE/PRESCRIPTIONS INADAPTEES

Problématique

Réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées est l'un des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 (objectif 100). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, cette problématique a également été retenue dans le Plan régional de santé publique (PRSP) dont le Programme 11 a pour but de "promouvoir le bon usage du médicament". Dans ce contexte, les acteurs de la santé publique ont besoin de disposer d'indicateurs sanitaires sur les prescriptions inadaptées de médicaments chez les personnes âgées, pour orienter les actions et cibler les territoires prioritaires.

Objectifs

L'objectif est de disposer, au travers du Système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA), d'indicateurs sanitaires territorialisés sur les prescriptions médicamenteuses inadaptées chez les personnes âgées.

Méthodologie

A partir des indicateurs proposés dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 et d'échanges avec des experts nationaux, une liste d'indicateurs a été définie.

Les indicateurs seront construits à partir des données de remboursement de pharmacie du régime général *stricto sensu* de l'Assurance Maladie fournies par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région PACA.

Résultats

En 2009, la méthodologie de construction d'indicateurs sur les prescriptions médicamenteuses inadaptées chez les personnes âgées a été affinée et discutée dans le cadre d'un groupe de travail régional. L'analyse des données a été effectuée sur les données de remboursement de l'année 2008 et a abouti au calcul de différents indicateurs :

- prescriptions à risque (traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) au long court par exemple) ;
- co-prescriptions dangereuses ou à risque (prescription concomitante d'un anti vitamine K et d'un AINS par exemple) ;
- absence de co-prescription nécessaire (prescription d'un AINS sans protecteur gastrique par exemple).

Ces indicateurs seront disponibles dans SIRSéPACA à l'échelle territoriale dans le courant de l'année 2010.

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 Projet.

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)

1.2. SIRSéPACA volet 2 : suivi d'indicateurs sur la maladie d'Alzheimer

Sigle : SIRSE/ALZHEIMER

Problématique

La maladie d'Alzheimer est, de par sa fréquence élevée dans certains groupes d'âge, un problème de santé publique majeur avec des enjeux humains, médicaux, économiques et éthiques importants. Ce projet répond au besoin de mise à disposition des acteurs de santé publique et des professionnels de santé, d'informations sur la maladie d'Alzheimer au niveau régional et territorial.

Objectifs

L'objectif est de disposer, au travers du Système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA), d'indicateurs territorialisés de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Méthodologie

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une étude de cohorte de patients traités pour maladie d'Alzheimer mise en place par la Direction Régionale du Service Médical de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse (sous réserve de l'accord de la Cnil).

A partir d'une revue de la littérature et d'échanges avec des experts nationaux et les membres du comité scientifique de l'étude, une liste d'indicateurs a été définie.

Les données seront issues des bases de données du régime général *stricto sensu* de l'Assurance maladie.

Résultats

En 2009, la méthodologie de construction des indicateurs a été validée par le comité scientifique mis en place par la DRSM Paca-Corse et les données nécessaires à l'étude ont été extraites et validées. Les analyses ont été réalisées et ont permis d'évaluer, pour chaque territoire de la région, le nombre de personnes prises en charge pour maladie d'Alzheimer (assurés du régime général *stricto sensu* bénéficiant d'une ALD n°15 et/ou ayant eu au moins un remboursement d'un médicament anti-Alzheimer dans l'année).

Après validation par le comité scientifique, ces résultats seront mis à disposition sur le site SIRSéPACA, dans le courant de l'année 2010.

Des indicateurs complémentaires sur la prise en charge, le recours aux soins et les comorbidités des personnes prises en charge pour maladie d'Alzheimer seront également étudiés durant l'année 2010.

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 Projet.

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)

1.3. SIRSéPACA volet 3 : surveillance de la santé bucco-dentaire

Sigle : SIRSE/SANTE BUCCO DENTAIRE

Problématique

La prévention et le dépistage des affections bucco-dentaires doivent encore être améliorés en France. En 2005, le gouvernement a lancé le plan national "M'T dents" qui propose des bilans de prévention dentaire gratuits pour les enfants et jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'amélioration du dépistage des affections bucco-dentaires dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire est également l'une des priorités du Plan régional de santé publique (programme 7). Pour orienter les actions, cibler les territoires prioritaires et évaluer l'impact des politiques mises en œuvre, les acteurs de la santé publique ont besoin de disposer d'indicateurs sanitaires sur la surveillance de la santé bucco-dentaire, chez les enfants en particulier.

Objectifs

L'objectif est de disposer, au travers du Système d'information régional en santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA), d'indicateurs territorialisés de surveillance de la santé bucco-dentaire, chez les enfants notamment.

Méthodologie

Les indicateurs ont été définis à partir d'études déjà réalisées dans ce domaine et d'échanges dans le cadre d'un groupe de travail régional réunissant des chirurgiens-dentistes conseils de l'Assurance maladie, des chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers et le président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).

Les indicateurs sont construits à partir des données de remboursement du régime général *stricto sensu* de l'Assurance Maladie fournies par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région PACA.

Résultats

En 2009, la méthodologie de construction des indicateurs a été définie et l'analyse de données a été réalisée.

Les résultats témoignent de la nécessité d'améliorer le recours aux actes de prévention chez les enfants et les adolescents : en 2007, seul un peu plus d'un tiers des enfants de 6 ans a eu un bilan de prévention ou eu une consultation chez un chirurgien-dentiste. A 18 ans, c'est moins d'un quart des adolescents qui a eu ce type d'acte. Les résultats montrent également que les scellements de sillons, acte préventif recommandé par la Haute autorité de santé (HAS), sont très peu pratiqués.

Les indicateurs sont progressivement mis en ligne sur le site SIRSéPACA.

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-SANTE

Sigle : VEILLE SANITAIRE

Problématique

SCORE-SANTE 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-SANTE a été relancé avec une nouvelle dynamique et une nouvelle version du site a été mise en ligne en 2008. Cette nouvelle version offre notamment la possibilité d'accéder aux indicateurs de la loi de santé publique, à une sélection de niveaux géographiques multiples et permet aux utilisateurs d'enregistrer leurs sélections d'indicateurs. Un guide d'utilisation a été conçu pour aider les utilisateurs à naviguer sur le site.

Objectifs

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

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 comprend une veille permanente des données nouvellement produites et leur expertise.

Résultats

En 2009, l'ORS PACA a assuré la réactualisation des thèmes "Usages de drogues illicites" et "Sida" dont il a la charge depuis 2000.

Outre la réactualisation des indicateurs déjà présents sur les cas de sida, de nouveaux indicateurs, renseignant sur les cas de séropositivité, ont été intégrés dans SCORE-SANTE. Le délai moyen entre la contamination par le VIH et l'apparition du sida ayant significativement augmenté grâce à l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux en 1996, la surveillance des cas de sida (reflétant les infections ayant eu lieu plus de 10 ans auparavant) ne permet plus de suivre la dynamique de l'épidémie. Les indicateurs nouvellement intégrés dans SCORE-SANTE sur les nouvelles séropositivités permettent de suivre les infections plus récentes. La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection VIH a permis d'estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité à 6 300 en France en 2006, nombre qui semble diminuer depuis 2004. Parmi les découvertes de séropositivité en 2006 pour lesquelles le mode de contamination est renseigné, 60 % des personnes ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 37 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables.

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

Commanditaires

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

Partenaires

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

3. Diagnostic de santé sur le territoire 'Une autre Provence'

Sigle : DIAGNOSTIC SANTE

Période : 2008-2009

Problématique

Le Pays "Une autre Provence", territoire de 110 000 habitants à cheval sur les départements de la Drôme et du Vaucluse, souhaite élaborer un schéma de santé à l'échelle du territoire et faire émerger un véritable territoire de santé interdépartemental. Cette dynamique s'inscrit dans un contexte de réorganisation des établissements hospitaliers du territoire. Dans le cadre de cette démarche, il souhaite disposer d'un diagnostic de santé sur son territoire.

Objectifs

Le diagnostic de santé a pour objectif d'améliorer la connaissance d'une situation en identifiant les problèmes, les besoins et les ressources d'une population territoriale et des différents groupes qui la composent. Une démarche de diagnostic "partagé" permet de disposer d'un état des lieux et d'une analyse de la situation partagés, objectifs et adoptés par les différents partenaires, et de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés.

Méthodologie

Du fait de la situation particulière de ce territoire situé sur deux départements et deux régions, la réalisation de ce diagnostic partagé nécessite la collaboration des deux ORS concernés : Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La méthodologie proposée et utilisée en Rhône-Alpes depuis plusieurs années, s'inscrit dans une logique multipartenariale et partagée, encadrée par un comité technique. Elle combine deux approches complémentaires des questions de santé :

- un état des lieux quantitatif reposant sur l'analyse des indicateurs socio-sanitaires existants ;
- une approche qualitative, par entretiens avec des personnes-ressources.

Commanditaires

Pays 'Une Autre Provence' / ORS Rhône Alpes.

4. Observatoire transalpin de promotion de la santé

Sigle : ALCOTRA

Période : 2009-2011

Problématique

En France comme en Italie, il existe de nombreux systèmes d'information régionaux dont l'objectif est de mettre à disposition diverses informations dans le domaine de la promotion de la santé (indicateurs socio-sanitaires, ressources bibliographiques, informations sur les acteurs dans le domaine santé ou social et les actions de santé publique menées sur les territoires). Ces systèmes sont souvent limités à un seul type de ressource informative et ne permettent donc pas d'accéder de façon transversale à des informations de nature diverse sur une même thématique. De plus, il apparaît que ces systèmes d'information sont sous-utilisés par les décideurs locaux et les acteurs du domaine socio-sanitaire. La barrière de la langue rend également difficile les recherches d'informations de l'autre côté des Alpes, alors que certaines problématiques (par exemple les travailleurs saisonniers des stations de ski ou l'accès aux services de santé dans les vallées alpines) sont identiques des deux côtés de la frontière.

Objectifs

L'objectif général du projet est de favoriser le partage de connaissances avec les acteurs locaux et parmi les populations des régions italo-françaises concernées, par la mise en place d'un réseau transfrontalier d'information et d'échanges en matière de santé publique (observation sanitaire, planification et promotion de la santé). Ce réseau a pour objectif de fournir un outil aux acteurs locaux pour orienter les choix politiques dans le domaine santé et pour mettre en place des plans et actions, notamment au niveau local, en vue d'améliorer la santé et le bien être de la population. Le projet s'appuiera sur une plate-forme commune de connaissance et d'information, qui permettra d'assurer des échanges entre les partenaires du projet et l'ensemble des acteurs de santé publique et promotion de la santé des territoires transfrontaliers.

Méthodologie

Ce projet, réalisé dans le cadre du Programme Alcotra 2007-2013, associe au total neuf partenaires italiens et français : les Régions Piémont et Ligurie, l'association de promotion de la santé du Piémont, «ASL 1 d'Imperia» qui gère pour le compte de la Région Ligurie l'organisation de la santé publique territoriale et hospitalière de la province d'Imperia, l'Observatoire régional de la santé Paca, le Comité régional d'éducation pour la santé Paca et leurs homologues de la région Rhône-Alpes, ainsi que le Groupement régional de santé publique Paca et la Région Paca.

Il se décompose en sept activités :

- Activité 1 - Analyse du contexte de référence et des politiques locales de promotion de la santé : Analyse du contexte de référence des territoires transfrontaliers impliqués, identification de thématiques communes dans les territoires impliqués et analyse comparée des systèmes d'acteurs et des politiques locales de santé.
- Activité 2 - Analyse des besoins d'information des utilisateurs : Enquête quantitative et qualitative, synthèse et recommandations pour le développement de la plate-forme.
- Activité 3 - Analyse de faisabilité pour la définition et la construction d'indicateurs communs à partir de l'existant : Analyse de l'état de l'art au niveau européen, comparaisons méthodologiques sur les bases de données et analyse de la comparabilité d'indicateurs spécifiques.
- Activité 4 - Analyse et conception technico-fonctionnelle des solutions à mettre en œuvre : Analyse des systèmes d'information disponibles, analyse des options techniques possibles, synthèse et recommandations.
- Activité 5 - Développement de la plate-forme commune d'information : Réalisation et test de la maquette et réalisation et implémentation d'une plate-forme technologique pour le système d'information transfrontalier.
- Activité 6 - Programmes de formation et d'échanges destinés aux acteurs et décideurs locaux : Planification et réalisation des parcours de formation, distribution des activités formatives, monitoring et formation des formateurs.
- Activité 7 - Communication et promotion de la plate-forme, de ses activités et de ses résultats : Un séminaire et des journées de promotion des outils seront notamment organisés en France et en Italie.

L'ORS Paca est particulièrement impliqué dans l'activité 2, dont il est responsable.

Commanditaires

Union Européenne dans le cadre du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Préfecture de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Fonds National pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (FNADT).

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

Sigle : DIAGNOSTICS TERRITORIAUX

Période : 2009-2011

Problématique

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

Objectifs

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

Méthodologie

Le projet se décompose en trois phases :

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

Commanditaires

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

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

Sigle : EuroVaq

Période : 2008-2010

Problématique

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

Objectifs

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

Méthodologie

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

Commanditaires

Commission Européenne (6ème PCRD)

Partenaires

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

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

Offre et demande de soins

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERREGIONAL

Période : 2010-2012

Problématique

En quelques années, la question de la démographie médicale, de l'attractivité de la médecine générale et des difficultés que rencontrent certaines communes pour assurer le remplacement de médecins généralistes qui cessent leur activité s'est immiscée au centre des préoccupations politiques. Les quinze années à venir vont être marquées par une baisse des effectifs et de la densité médicale, plus ou moins marquée selon les territoires et les spécialités médicales ; ces changements commencent déjà à provoquer des transformations importantes des modalités d'exercice. Parallèlement, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, en débat au Parlement, prévoit la création d'Agences régionales de santé (ARS) qui auront des missions très étendues dans le domaine des soins de premier recours.

Dans ce contexte particulièrement évolutif, aussi bien sur le plan institutionnel qu'en matière de modalités d'exercice, l'existence d'un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale opérationnel et mobilisable rapidement constitue un atout de premier plan.

Objectifs

A travers cinq vagues d'enquêtes menées de 2010 à 2012, selon un rythme d'une vague par semestre, 1000 médecins généralistes libéraux nationaux, 1000 médecins issus de trois régions partenaires (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et 250 médecins enquêtés par internet seront interrogés. Le panel doit contribuer, dans la continuité des travaux déjà accomplis, à suivre certains indicateurs mais également à explorer de nouveaux champs de connaissance dans les domaines du soin les plus concernés par la baisse de la démographie médicale et par la redistribution des rôles entre professionnels de santé. Les enquêtes permettent de prendre en considération dans l'analyse des comportements ou des pratiques des médecins des facteurs explicatifs variés : l'économie du cabinet médical (secrétariat, organisation des locaux, conditions de travail, gestion du temps non médical, ...); le comportement des médecins face à la grippe A (vaccination, ...); le diagnostic et la prise en charge des problèmes de santé mentale ; la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ; la délégation des tâches (personnels paramédicaux et autres professionnels de santé) ; les modes de tarification (forfait, salarisation, paiement à la performance). Il est primordial de mieux connaître l'évolution de l'environnement professionnel des médecins généralistes, et la manière dont les praticiens perçoivent eux-mêmes ces changements.

Méthodologie

Le panel doit permettre une description représentative des médecins exerçant en France métropolitaine dans leurs pratiques et leurs conditions d'exercice ainsi que rendre possibles des études régionales spécifiques des trois régions partenaires, présentant des caractéristiques différentes en termes de populations de médecins, de densités médicales, de démographies (taille de la population, urbanisation, vieillissement,...) et de niveau et de structures de développement économiques. Trois échantillons seront donc constitués : un premier représentatif de la population de médecins généralistes libéraux au niveau national métropolitain, un second composé de trois sous-échantillons représentatifs au niveau de chacune des trois régions, et un troisième permettant l'expérimentation d'une enquête internet auprès des médecins. Ce dispositif permettra de donner des résultats « France entière », qui faisaient défaut au premier panel MG – 5 régions.

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville / Ministère de la Santé et des Sports.

Partenaires

Unions Régionales des Médecins Libéraux et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie des régions Bourgogne et Pays de la Loire ; ORS des régions Bourgogne, Pays de la Loire.

2. Observatoire des pratiques en médecine générale dans cinq régions françaises

Sigle : PANEL MG - 5 REGIONS

Période : 2007-2009

Problématique

L'évolution de la population générale et de la population des médecins généralistes, les attentes soutenues et nouvelles de la population en matière de santé et les nombreuses réformes du champ sanitaire ont eu et continuent d'avoir un retentissement important sur l'offre et la demande de soins. L'Observatoire des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 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.

Objectifs

A travers cinq vagues d'enquêtes menées de début 2007 à 2009, selon un rythme d'une vague par semestre, ce panel constitué de 1900 médecins généralistes vise à répondre au déficit de connaissances sur les pratiques et les conditions d'exercice en médecine générale. Il a pour objectifs de documenter l'évolution de l'environnement géographique et professionnel des médecins, la manière dont les médecins perçoivent eux-mêmes ces changements et comment ils affectent leurs pratiques et leurs conditions d'exercice. Les enquêtes permettent de prendre en considération dans l'analyse des comportements ou des pratiques des médecins des facteurs explicatifs variés : le cadre d'activité (organisation du cabinet, secrétariat, usages de l'informatique et de l'internet, permanence des soins, activités externes...) ; la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'utilisation des recommandations de bonne pratique ; le cadre économique (mode de rémunération...) ; les rythmes et temps de travail... ; les relations avec les autres acteurs du système de soins et de santé et coordination des soins ; l'état de santé des médecins. Cette opportunité est d'une extrême importance pour mesurer la variabilité des pratiques, pour en identifier les déterminants, en évaluer l'importance relative de chacun d'entre eux afin de fournir des éléments permettant d'améliorer les pratiques de ces professionnels.

Méthodologie

Le dispositif alterne enquêtes longitudinales et enquêtes transversales. Les premières portent sur l'activité des médecins généralistes, l'organisation de leur travail et le suivi de leurs conditions d'exercice (rythme de travail, mode de rémunération...). Les secondes permettent de documenter et d'approfondir des thématiques spécifiques comme le comportement et le positionnement des médecins vis-à-vis de dispositifs « institutionnels » (formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles, recommandations de bonne pratique) ; le rôle du médecin généraliste dans un réseau professionnel étendu ; les dispositions ou les freins des médecins à s'engager dans des pratiques de prévention, en particulier des démarches d'éducation thérapeutique des patients ; le niveau de connaissances et l'opinion des médecins face à l'évolution de l'offre de soins (développement de l'hospitalisation à domicile) ; l'état de santé des médecins (en particulier leur santé mentale) et l'attention qu'ils portent à leur propre santé (comportements à risque, examens de santé, prévention)...

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Ministère de la Santé et des Solidarités / Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets 2008 IReSP-Assurance Maladie-INSERM-HAS-DREES-RSI-INPES "Recherches sur les services de santé"; Groupement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Haute Autorité de Santé (HAS).

Partenaires

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

3. Comportements prescriptifs, démarche-qualité et sensibilité à la rémunération des soins en médecine générale de ville

Sigle : PANEL MG - COMPORTEMENTS PRESCRIPTIFS

Période : 2008-2010

Problématique

Les médecins libéraux de ville sont, à ce jour, rémunérés principalement selon un schéma de tarification à l'acte. La multiplication des actes se retrouve ainsi constitutive de l'essentiel du revenu d'exercice de ces médecins. Dans le même temps, certains pans de l'activité attendue des médecins libéraux de ville restent encore insuffisamment investis, dont ceux clairement explicités par les lois portant réforme de l'Assurance maladie de 2004 invitant les médecins à s'impliquer davantage dans les missions de santé publique. Les médecins, continuant de raisonner selon les schémas de paiement en vigueur, se déclarent le plus souvent contraints par des impératifs de temps dans la réalisation d'activités de prévention, d'éducation à la santé ou la prise en charge de problèmes de santé invalidant, plus consommatrices de temps que les activités prescriptives.

En substitution ou en complément du paiement à l'acte, de nouveaux contrats tarifaires peuvent pourtant être envisagés avec les médecins libéraux, reposant sur le principe de forfaitisation de la prise en charge de certaines pathologies ou de certaines catégories de patients pour la réalisation d'un ensemble coordonné d'actes de soins et de suivi.

Objectifs

Dans la lignée des travaux réalisés jusqu'alors à partir de l'exploitation des données d'enquête colligées dans le cadre du panel de 600 médecins généralistes de la région PACA, cette recherche ambitionne de contribuer à l'observation des pratiques et des conditions d'exercice de la médecine générale de ville, à la documentation des comportements en lien avec la qualité des pratiques et à la recherche des déterminants des prescriptions des médecins en rapport avec leur mode de rémunération. Ces éléments sont essentiels au débat sur l'évolution du système de santé et, plus précisément, de l'organisation de la contribution centrale des médecins dits de premier recours (les médecins traitants étant quasi-exclusivement choisis par les patients parmi les médecins généralistes). Les objectifs de ce projet sont au nombre de trois : 1) préciser la mesure dans laquelle les modes de tarification peuvent influencer la recherche de la qualité des soins par les médecins, 2) identifier les obstacles individuels et professionnels des médecins liés à la connaissance et à l'utilisation des recommandations de bonne pratique, 3) mieux comprendre les rationalités à l'œuvre dans la prise de décision médicale, notamment dans la prescription de spécialités pharmaceutiques.

Méthodologie

On utilise les données d'un panel d'observation représentatif en médecine générale libérale de 1900 médecins dans cinq régions françaises. Deux vagues d'enquête de ce panel, la première et la troisième réalisées respectivement aux printemps 2007 et 2008, sont explicitement dédiées à l'évaluation des pratiques de prescription médicamenteuse et de leurs leviers de changement. La multidisciplinarité de ce projet est assurée par la collaboration de médecins généralistes, d'hospitalo-universitaires, de médecins de santé publique, de médecins épidémiologistes, d'une sociologue et d'un psychosociologue des professions médicales.

Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP).

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

Signe : SYSTEME DE SOINS ET TERRITOIRES

Période : 2010-2011

Problématique

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

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

Objectifs

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

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

Méthodologie

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

Les entretiens qualitatifs seront réalisés dans chaque région sur certains territoires définis en fonction de leurs caractéristiques démographiques, socio-économiques, d'offre de soins et selon les résultats des analyses précédentes.

Commanditaires

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

5. Disparités spatiales du recours aux médicaments psychotropes à Marseille : étude de l'influence du contexte résidentiel par une approche multiniveau

Sigle : DISPARITES SPATIALES RECOURS PSYCHOTROPES

Période : 2008-2011

Problématique

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

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

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

Objectifs

Ce projet de recherche, associant l'ORS PACA, l'UMR912 SE4S, la Direction régionale du service médical Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie Provence-Alpes-Côte d'Azur a pour objectif de 1) décrire et quantifier les disparités spatiales de différentes variables de recours aux médicaments psychotropes à l'échelle des Iris de la commune de Marseille ; 2) identifier, à l'aide d'analyses multiniveaux, les caractéristiques du contexte de résidence (sociales, liées à l'habitat et exposition au bruit) associées au recours aux médicaments psychotropes, indépendamment des facteurs individuels et des facteurs liés aux médecins prescripteurs.

Méthodologie

L'étude concerne la population adulte assurée du régime général stricto sensu résidant à Marseille et sera éventuellement étendue aux assurés du Régime social des indépendants et aux personnels de l'éducation nationale. Ce travail nécessitera le croisement de plusieurs bases de données provenant de l'Assurance maladie, de l'Insee et sur les expositions au bruit. Ces données seront géocodées à l'Iris. Les variations spatiales des indicateurs de recours aux psychotropes seront testées par la statistique de Pothoff et Whittinghill et cartographiées. Un indice de précarité par Iris sera construit par une analyse en composante principale à partir des variables de l'Insee. Les interrelations entre inégalités territoriales socio-économiques et expositions au bruit seront étudiées par des corrélations tenant compte des autocorrélations spatiales. Des analyses multiniveaux de type « classification croisée » seront utilisées pour analyser le rôle du contexte de résidence indépendamment des caractéristiques individuelles et des médecins.

Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP) dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2008 Territoires et Santé ; Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (FIQCS) / Association nationale de coordination des actions de formation continue et d'évaluation en médecine spécialisée (AFORSPE) ; Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME).

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

Sigle : DEPRESSION CO-MORBIDE (EDS)

Période : 2007-2009

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 (moins observance thérapeutique en particulier) et des comportements de santé (moins respect de règles hygiéno-diététiques par exemple, usage accru de tabac,...) susceptibles d'avoir un impact négatif sur le pronostic des maladies somatiques.

Objectifs

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

Méthodologie

Ce projet est réalisé à partir de l'enquête décennale santé 2002-2003. La 1ère 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 ainsi que la consommation d'alcool seront comparés au sein de ces échantillons, entre personnes atteintes de dépression et celles non atteintes, par des analyses toutes choses égales par ailleurs.

Commanditaires

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

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

Sigle : CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT

Période : 2006-2011

Problématique

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

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.

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.

Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR - Programme jeunes chercheuses et jeunes chercheurs 2006) ; Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets 2007 IReSP-CNSA-INSERM-MiRe-DREES "Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique" ; Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA - Programme FLARE "Future Leaders of Ageing Research un Europe") ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S).

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

Sigle : QUALIMEC

Période : 2009-2011

Problématique

Les aidants informels demeurent les aidants principaux des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En dépit d'un discours public sur l'importance de leur engagement, l'évaluation et la reconnaissance économiques de cette aide restent, en France, balbutiantes. Entre autres méthodes de valorisation de l'aide informelle, l'évaluation contingente permet de coller au plus près des préférences individuelles des aidants.

Objectifs

L'utilisation de la méthode d'évaluation contingente dans le cadre d'une enquête auprès d'une population d'aidants informels de grande ampleur demande de s'assurer de la compréhension des questions sur les dispositions à payer et à recevoir en contrepartie d'une heure d'aide fournie en moins ou en plus et d'identifier les difficultés rencontrées au moment de répondre. Trois objectifs sont visés : l'amélioration de la documentation des valeurs nulles, la compréhension de l'ancrage des valeurs déclarées, la vraisemblance des scénarios retenant des variations d'une heure seulement de l'aide apportée.

Méthodologie

L'enquête Handicap-Santé Aidants informels (HSA), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2008, a permis d'interroger près de 5000 aidants en France. Un module de cette enquête a été consacré à la valorisation de l'aide qu'ils apportent à une personne en perte d'autonomie, au travers de deux questions : l'une sur la disposition à payer pour se soustraire à une heure d'aide et l'autre sur la disposition à recevoir une compensation financière pour fournir une heure d'aide supplémentaire. Afin de s'assurer de la compréhension de ces questions, une soixantaine d'aidants ayant participé à HSA sera réinterrogée au moyen d'entretiens semi-directifs. Les données qualitatives seront ensuite confrontées aux caractéristiques de ces aidants (âge, sexe, revenu, etc.), et de la relation d'aide (type d'aide, fréquence et volume horaire, ancienneté de l'aide, etc.). Cette démarche permettra d'éclairer certains comportements, tels que la réticence de certains aidants à répondre aux questions d'évaluation contingente, du fait du fardeau ou de l'épuisement dus à l'aide prodiguée.

Commanditaires

Mission Recherche (MiRe) / Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de l'Appel à projets de recherche 2009 "Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels" – Enquête "Handicap santé en ménages ordinaires" et Enquête "Aidants informels".

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

Sigle : CICAD

Période : 2009-2012

Problématique

Les évolutions sociodémographiques liées au vieillissement de la population posent la question de l'organisation de l'aide et des soins à apporter aux personnes en perte d'autonomie, au premier rang desquelles celles souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA) et de maladies apparentées. Pour l'essentiel de ces personnes, l'entourage demeure l'acteur majeur de la prise en charge. Pourtant, les modalités d'organisation entre aide formelle et informelle ne sont pas toujours bien définies et surtout, la considération, notamment économique, de la contribution des aidants informels est quasi-inexistante et sa reconnaissance par la collectivité largement embryonnaire.

Objectifs

Cette recherche entend contribuer :

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

Méthodologie

Les enquêtes Handicap-Santé Ménages 2008 (HSM) et Handicap-Santé Aidants informels 2008 (HSA) seront utilisées pour identifier la composition et la nature de l'aide reçue par les personnes ainsi que ses déterminants (complémentarité-substituabilité entre aide technique et aide humaine, entre aide formelle et informelle). Il sera fait appel aux approches socio-économiques pour expliquer les comportements des aidants vis-à-vis des coûts qu'ils sont amenés à supporter (coût d'une aide en nature vs coût d'une aide financière, arbitrage entre temps de travail et temps d'aide, négociations intrafamiliales, impact de l'APA).

Une valeur économique de l'aide informelle sera également calculée et reliée notamment aux caractéristiques des aidants (sexe, milieu social, motivations) et des aidés (composition de la famille, statut socioéconomique, état de santé). Pour ce faire, trois méthodes successives, fondées sur des hypothèses de moins en moins restrictives sur le comportement des aidants et leur fonction d'utilité, seront mises en œuvre : méthode des biens proxy, consistant à valoriser chaque heure d'aide fournie aux conditions du marché ; évaluation de l'aide fournie à hauteur du coût d'opportunité (coût auquel les aidants informels ont à faire face en délaissant leur activité pour se consacrer à l'aide de leur proche) ; méthodes de l'évaluation contingente pour estimer la valeur que les aidants accordent à l'aide qu'ils apportent.

Ces résultats devraient permettre aux politiques publiques de mieux évaluer, aussi bien d'un point de vue économique que social ou sanitaire, les efforts faits par les proches dans la prise en charge des personnes souffrant de la MA.

Commanditaires

Fondation de coopération scientifique Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, dans le cadre de l'appel à projets "Actions Sciences Humaines et Sociales 2009".

10. Enquête auprès d'un échantillon représentatif d'enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA

Sigle : EVAL MATER 2

Période : 2009-2011

Problématique

Afin de disposer d'informations sur la santé des enfants de petite et moyenne section de maternelle comparables sur l'ensemble de la région PACA, un nouveau bilan de santé, « Eval Mater » intégrant de nouveaux tests de dépistage des troubles du langage et des troubles psychomoteurs a été élaboré en 2003. Cet outil est à présent utilisé par la plupart des équipes de PMI de la région PACA. De novembre 2002 à juin 2003, une enquête a été conduite par l'ORS PACA auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi inscrits dans les écoles maternelles de la région PACA et examinés par les médecins de PMI à l'aide d'Eval Mater pour évaluer la prévalence de différents problèmes de santé (troubles du langage, du développement psychomoteur, de la vision, de l'audition, surpoids et obésité...) dans la petite enfance.

En préparation du deuxième Plan Régional de Santé Publique, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) PACA a demandé à l'Observatoire Régional de la Santé - Inserm U912 de réaliser durant l'année scolaire 2009-2010 une nouvelle enquête auprès d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi.

Objectifs

Les objectifs de cette nouvelle étude sont de comparer les résultats des deux enquêtes (2002-2003 et 2009-2010) pour plusieurs indicateurs (couverture vaccinale, problèmes de poids, troubles du langage et de la psychomotricité, santé bucco-dentaire) et de décrire les disparités spatiales de certains problèmes de santé.

Méthodologie

L'enquête sera réalisée sur un échantillon représentatif de 3500 enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi inscrits dans les écoles maternelles (privées et publiques) de la région paca durant l'année scolaire 2009/2010. Au total, 152 écoles ont été tirées au sort à partir des listes fournies par les services de PMI de la région PACA. Les données seront recueillies de sorte à assurer une représentativité aux plans régional et départemental. Une demande d'autorisation a été envoyée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en juillet 2009.

Une journée de formation des médecins de PMI responsables des écoles tirées au sort se tiendra en octobre 2009. Cette journée, réalisée en collaboration avec le CNFPT (centre national de la fonction publique territoriale), a pour but de présenter l'organisation logistique de la nouvelle enquête et d'aborder des thèmes en lien avec le bilan de santé (dépistage précoce des enfants, alimentation et poids, qualités psychométriques des tests de dépistage).

Avant de commencer cette enquête régionale et afin de faire un point après cinq ans de mise en place d'Eval Mater, 50 bilans de santé ont été tirés au sort par département pour étudier la façon dont ils sont utilisés et complétés. Les résultats de cette étude seront présentés lors de la journée de formation.

Commanditaires

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

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**Offre et demande de soins
dans les pays du Sud**

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

1. Médecine générale et soins centrés sur le patient (Maroc)

Sigle : MG MAROC

Période : 2008-2010

Problématique

Le Royaume du Maroc est engagé depuis plusieurs années dans une réflexion sur la place du médecin généraliste dans l'offre de soins qui se traduit notamment par des projets de réforme du cursus des études de médecine générale et par le développement d'une « médecine générale/médecine de famille », dynamique devant toucher aussi bien le secteur public que le secteur privé. Or aujourd'hui les médecins généralistes manifestent de nombreux facteurs d'insatisfaction et de démotivation : sentiment de ne pas avoir reçu de formation adéquate pour les préparer au métier, ni en terme de contenu technique ni dans l'approche de la relation au patient ; manque d'identité professionnelle claire liée à cette inadéquation entre formation et fonctions ; isolement intellectuel ; sentiment de dévalorisation du métier de médecin généraliste dans un environnement qui promeut la spécialisation et la pratique privée ; absence de perspective de carrière et de conditions de vie motivantes.

S'interroger sur le rôle du médecin généraliste dans la réponse aux besoins en soins de santé de la population marocaine se justifie d'autant plus que le Maroc, comme les autres pays du Maghreb, est engagé dans une « transition épidémiologique », et se trouve donc de plus en plus confronté à la nécessité d'améliorer la prise en charge de pathologies chroniques avec ce que cela suppose de connaissance du patient et d'adaptation des traitements. On peut alors faire l'hypothèse d'une demande croissante de soins curatifs de proximité qui devrait s'adresser prioritairement aux médecins généralistes.

Objectifs

L'objectif de ce projet, qui associe démarche en sciences sociales (socio-anthropologie) et démarche de santé publique, est de contribuer à construire un modèle du médecin de famille marocain, d'en étudier les conditions de mise en place (y compris les obstacles) et de montrer l'apport de ce modèle pour la population et les praticiens marocains. Il s'agit aussi de partager la réflexion et les méthodologies de recherche avec des chercheurs tunisiens et algériens sur la situation de la médecine générale dans leur pays afin de constituer un réseau maghrébin sur ce domaine.

Méthodologie

Entretiens auprès des médecins généralistes des secteurs privés et publics, observation des pratiques de soins, enquête par questionnaire sur un échantillon représentatif.

Commanditaires

Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) du Gouvernement Belge ; Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) de Rabat, ; Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Partenaires

Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) de Rabat, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, Direction Régionale de la Santé de Casablanca, Facultés de Médecine de Casablanca, Rabat et Marrakech, Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé – Université d'Oran, Faculté de médecine de Tunis

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

Sigle : SEN-IRM

Période : 2006-2011

Problématique

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

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

Objectifs

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

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

Méthodologie

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

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

Commanditaires

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

Partenaires

Hôpital Principal de Dakar (HPD), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU), Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN).

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**Environnement, travail
et habitudes de vie**

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

1. Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une Tumeur cancéreuse ou du VIH

Sigle : VITAVI - ANR

Période : 2008-2012

Problématique

Si l'on accepte de définir la vulnérabilité comme le cumul de la précarité d'une position et des difficultés à la rétablir lorsque celle-ci est perdue, il apparaît que, dans le domaine des sciences humaines et sociales appliquées à la santé, ces deux composantes de la vulnérabilité ont le plus souvent été dissociées, les travaux recensés privilégiant soit l'un, soit l'autre. En outre, ces travaux étudient comment des vulnérabilités dans diverses sphères de l'existence (travail, famille, sociabilité, conditions de vie...) concourent à dégrader l'état de santé, mais inversement l'impact d'un problème de santé sur ces vulnérabilités est très rarement envisagé. Enfin, nous pensons que la sphère professionnelle constitue une bonne porte d'entrée pour considérer cette relation inverse, sachant que les recherches réalisées jusqu'ici dans ce domaine relèvent d'une approche économiste qui privilégie des aspects factuels (statut d'activité, type de contrat de travail...) de l'insertion professionnelle, sans lien avec les autres sphères de l'existence, et uniquement à partir de données quantitatives transversales.

Objectifs

Le présent projet de recherche se propose d'étudier comment une fragilisation de l'état de santé, en l'occurrence le fait d'être atteint d'une maladie chronique, se répercute sur l'intégration professionnelle des personnes atteintes. Ce premier objectif se décline en questions de recherche. Par exemple, la maladie nivelle-t-elle ou au contraire aggrave-t-elle sur le marché du travail et dans l'entreprise les inégalités sociodémographiques qui préexistaient à la maladie ? Ou encore, quels sont les rôles respectifs de l'impact objectif de la maladie sur les aptitudes au travail d'une part, et des représentations et attentes d'autrui à l'égard du malade sur son lieu de travail d'autre part ?

Le second objectif vise ensuite à étudier comment la vulnérabilité professionnelle qui peut résulter de la maladie chronique se répercute éventuellement à son tour sur les autres sphères de l'existence (en particulier sur les conditions de vie et de logement, la sociabilité familiale et extrafamiliale, la vie de couple...), y compris sur l'état de santé de ces personnes au sens large.

Méthodologie

Il s'agit d'étudier les interactions entre différentes formes de vulnérabilité (en accordant une place centrale à la vulnérabilité professionnelle) pour deux pathologies chroniques (cancer et infection à VIH), à partir de données qualitatives (entretiens approfondis) et quantitatives (grandes enquêtes transversales nationales et cohortes).

Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR).

2. Conception et réalisation des entretiens VIH et cancer. Communications sur les risques multiples, quel impact sur la population ?

Sigle : CORIMU

Période : 2008-2011

Problématique

Depuis quelques années, la prévention communique sur un nombre croissant de risques pour la santé, en donnant des informations de plus en plus complexes sur des risques multiples (un même facteur de risque pouvant être associé à des risques différents, et inversement un seul risque ayant souvent de nombreux facteurs de risque associés). Se pose alors la question de la réception des messages préventifs : cette intensification de la communication sur les risques nourrit-elle de la confusion, de la lassitude ou encore des effets d'éviction au sein du public visé ?

Objectifs

Etudier l'impact des messages préventifs (relatifs au tabagisme, à l'abus d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires) au sein de la population : quelle information est retenue ? Comment cette information est traitée par ces récepteurs, en fonction de leurs attitudes générales face au risque et au temps (aversion pour le risque, préférences temporelles) ? Quel est l'impact observable sur les comportements déclarés ? Plus généralement, comment les campagnes préventives sont-elles perçues ?

Méthodologie

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

Commanditaires

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

Partenaires

GREG HEC & CNRS (UMR 2959)

3. Exploitation de l'extension régionale du baromètre santé nutrition 2008

Sigle : BAROMETRE SANTE NUTRITION

Période : 2009

Problématique

En 1996, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a réalisé pour la première fois une enquête sur les opinions, attitudes et comportements des Français en matière d'alimentation et d'activité physique. Ce "Baromètre santé nutrition", renouvelé en 2002 et 2008, constitue un outil d'aide à la décision pour l'orientation de la politique nutritionnelle en France et du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001 par le gouvernement et récemment renouvelé pour la période 2006-2010.

En 2008, sept régions françaises ont bénéficié d'une extension régionale du Baromètre santé nutrition, dont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, grâce au concours du Groupement régional de santé publique. La nutrition est en effet une des priorités de santé publique de la région et fait partie intégrante du Plan régional de santé publique "Programme 5 : Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique".

Objectifs

L'exploitation de l'extension régionale du Baromètre santé nutrition 2008 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 ce domaine. Ce travail permettra notamment de disposer d'un état des lieux sur les problèmes de poids, les habitudes alimentaires et l'activité physique en Provence-Alpes-Côte d'Azur, comparativement à la moyenne nationale et aux autres régions participantes.

Méthodologie

Dans le cadre du Baromètre santé nutrition, plus de 1 300 personnes âgées de 12 à 75 ans ont été interrogées par téléphone en Provence-Alpes-Côte d'Azur au cours du printemps 2008.

L'exploitation de l'extension régionale du Baromètre santé nutrition 2008 sera réalisée dans le cadre d'un groupe de travail inter-régional coordonné par la Fédération Nationale des ORS. Les analyses permettront de comparer la situation régionale à celle des autres régions et à la moyenne nationale en termes de prévalence des problèmes de poids, connaissances et attitudes de la population dans le domaine de la nutrition, habitudes alimentaires, activité physique et comportements d'achats. Des analyses croisées en fonction de certains facteurs sociodémographiques (âge, sexe, revenus, catégories socioprofessionnelles, etc.) et des analyses "toutes choses égales par ailleurs" seront menées.

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, un groupe de pilotage scientifique suivra l'avancement des travaux.

Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

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

Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT

Période : 2009-2010

Problématique

La population est constamment exposée à des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur son état de santé, à plus ou moins long terme. La prise de conscience croissante de ces risques a conduit le gouvernement français à adopter, en 2004, le premier Plan national santé-environnement (PNSE). Lors du Grenelle de l'environnement, il a été décidé d'adopter un second Plan national santé-environnement (PNSE 2) sur la période 2009-2013, décliné au niveau régional en Plan régional santé-environnement (PRSE 2).

A partir d'un état des lieux de la situation sanitaire et environnementale dans la région et des préconisations et objectifs du PNSE 2, le PRSE 2 doit identifier et hiérarchiser les actions devant être déclinées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Objectifs

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

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

Méthodologie

Sur la base du Tableau de bord régional santé environnement réalisé par l'ORS Paca en 2005, un état des lieux des données et informations disponibles en région Paca est en cours de réalisation sur les trois principaux enjeux identifiés lors des consultations locales organisées dans la région :

- Enjeu n°1 : Sécuriser et garantir l'accès de tous à une ressource de qualité afin de réduire les effets sanitaires liés aux différents usages de l'eau.
- Enjeu n°2 : Réduire et contrôler les expositions à la pollution atmosphérique ayant un impact sur la santé.
- Enjeu n°3 : Favoriser la connaissance, la recherche, l'information et l'éducation sur les risques sanitaires actuels et émergents liés à l'environnement.

Cet état des lieux sera par la suite étendu aux autres problématiques santé environnement (pollution des sols, catastrophes naturelles...).

Pour chaque thématique, une fiche présentant des éléments de cadrage, l'état des lieux des connaissances actuelles sur les impacts sanitaires, les principaux textes réglementaires et les indicateurs disponibles (sanitaires, environnementaux et comportementaux ou de perception) sera réalisée.

Commanditaires

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRASS PACA)

5. Perceptions du risque électromagnétique : analyses statistiques secondaires

Sigle : PRELASS

Période : 2009

Problématique

Ce projet s'ancre dans les acquis de la sociologie du risque, qui s'est développée depuis deux décennies, en particulier autour des travaux de Ulrich Beck, Anthony Giddens et Mary Douglas, avec par la suite de nombreux travaux qui sont parvenus à des résultats contrastés s'agissant des profils sociodémographiques et axiologiques associés à la perception des risques technologiques contemporains. Les risques relatifs aux antennes relais de téléphonie mobile (ARTM) et aux lignes à très haute tension (LTHT) constituent de parfaits exemples de risques technologiques contemporains : il s'agit de risques « manufacturés », associés à des activités économiques aux bénéfices immédiats dont ils seraient des externalités négatives ; ce sont aussi des risques invisibles, qui échappent à nos sens, et dont les possibles conséquences sur la santé sont généralement envisagées comme lointaines. A notre connaissance, la perception de ces deux risques a fait l'objet d'un nombre restreint de recherches, souvent sur des échantillons de très petite taille et non représentatifs. Il nous semble donc que les objectifs de notre projet contribueraient à combler un vide relatif dans la littérature scientifique sur ce sujet, en France comme à l'étranger.

Les premiers résultats dont nous disposons indiquent qu'en France les ARTM sont un risque perçu de second rang (en 2007, 14% des Français estiment que les ARTM représentent un risque « très élevé » pour la santé des Français en général, et 38% estiment qu'il s'agit d'un risque « plutôt élevé »), mais sur ce thème il faut signaler que le niveau de confiance à l'égard des actions mises en œuvre et des informations diffusées par les autorités est également très bas. S'agissant des LTHT, selon les données du dernier Baromètre Environnement du GRETS (2006 et 2007, Groupe de Recherches Technologie Economie et Société, GRETS, EDF), 35% des Français estiment que la présence de LTHT peut avoir des conséquences sur l'état de santé des gens qui habitent à proximité (contre 28% dix ans plus tôt). Ces résultats méritent d'être approfondis de façon systématique, en particulier du point de vue des facteurs sociodémographiques, des croyances et des valeurs associés.

Objectifs

Aujourd'hui, il n'est plus possible de gérer un risque, quel qu'il soit, sans prendre en compte les perceptions du public à son égard. Les risques électromagnétiques n'échappent pas à ce constat, en particulier ceux relatifs d'une part aux antennes relais de la téléphonie mobile (ARTM), et d'autre part aux lignes à très haute tension (LTHT). Ces deux types de dispositifs, qui prennent aujourd'hui une place croissante dans nos paysages, présentent des similarités du point de vue profane, puisqu'il s'agit d'objets qui diffusent en continu des ondes susceptibles d'interférer avec l'électricité naturelle du corps humain, de « détraquer » les nerfs ou le cerveau.

Il s'agit ici de mieux connaître, de mieux comprendre les attitudes du public à l'égard des ARTM et des LTHT, afin de les prendre en compte plus efficacement dans la gestion des risques correspondants, en période de communication routinière comme lors d'une éventuelle situation de crise.

Méthodologie

Nous nous proposons de mobiliser plusieurs enquêtes quantitatives réalisées ces dernières années auprès d'échantillons représentatifs de la population française, afin de déterminer quels sont les facteurs associés à ces perceptions. Quel est le profil sociodémographique (sexe, âge, niveau de diplôme..., avec dans le cas des LTHT la possibilité de réaliser des comparaisons européennes) des personnes qui s'inquiètent des risques pour la santé des ARTM et des LTHT ? Quel est leur profil axiologique (système de valeurs...) ? Ces profils sont-ils similaires ? Dans quelle mesure ces perceptions sont-elles liées aux attitudes à l'égard des savants et des politiques ? Enfin, ces perceptions se cumulent-elles avec d'autres risques perçus (en particulier dans le domaine environnemental, et s'agissant de l'étiologie des cancers) ? Un tel cumul est-il spécifique à certains segments de la population ?

Commanditaires

Fondation Santé Radiofréquences.

6. 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 (ORGACTOUPOST)

Sigle : RISQUES INDUSTRIELS ET ENVIRONNEMENT

Période : 2007-2009

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.

Objectifs

Ce projet de recherche s'attache à mieux comprendre, voire résoudre, les hiatus entre la phase d'urgence et la phase post-accidentelle : il fait 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.

Méthodologie

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, comités locaux d'information et de concertation (CLIC) et secrétariat permanent pour la prévention des pollutions industrielles (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)

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

Sigle : SISTEPACA

Période : 2001-2009

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 puis d'un contrat Etat-Région renouvelé annuellement, de mettre en place et de pérenniser un système d'information des médecins praticiens, pour les sensibiliser au repérage des maladies liées au travail et aider à leur prise en charge.

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.

Méthodologie

- Réunions mensuelles d'un groupe de travail composé de médecins du travail, de médecins conseil, de médecins inspecteurs régionaux, de la consultation de pathologie professionnelle et de représentants de diverses institutions régionales impliquées dans la prévention des risques professionnels et le maintien dans l'emploi ;
- Site internet www.sistepaca.org ; diffusion de lettres électroniques santé travail et de brochures pour les médecins ;
- 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.

Commanditaires

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

Partenaires

- 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 G. Gibelin -MSA 06, Dr B de Labrusse -AIST Avignon, Dr G Péguin -ASTBTP 13, Dr G Roux et Dr P Sabrou -MSA 13, Dr M Trani -ASTBTP 13), Consultation de pathologie professionnelle (Dr MP Lehucher-Michel), Médecin conseil (Dr A Pialot et Dr E Milella -DRSM), Autre membre (M. G Brun, coordinateur 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 Pelsier (APAMETRA06), Société de médecine et de santé au travail PACA Corse, ASMAROM service de santé au travail de l'industrie des parfums et des arômes, Dr F Bajon-Théry (ASTBTP 13) ;
- 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. 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) ; Pr J Amiel (Responsable de pôle, CHU de Nice) et Dr R Choquenot (SFGSE, Centre hospitalier de Monaco) ;
- 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) , Pr D Vervloët et Dr D Pinot (hôpital Sainte Marguerite) ;
- Services de dermatologie : Pr Bonerandi (hôpital de la Timone avant retraite), Pr JJ Grob, Dr M Castelain, Pr MA Richard (hôpital Sainte Marguerite), le GERDA (groupe d'études et de recherche en dermato-allergologie) avec le Pr P Frimat et le Pr C Gérard ;
- 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 Mandréenne (83), Associations de Médecins Généralistes de La Ciotat Ceyreste (13), FMC des médecins exerçant en centre de santé (13), Association Médicale Intercontinentale (13), Association de Formation Médicale PI (13), Association de Garde et d'Enseignement du 5e et 10e (AGE.5.10) (13), Association des Jeunes Rhumatologues du Sud-Est (AJERS), Association des Médecins des Pennes-Mirabeau (13), Association des Omnipraticiens du 5e (AOC) (13), Association du Canton Vert (13), Association FORMED SUD (13), Association Phocéenne des Omnipraticiens (13), Association pour la Promotion de l'Informatique Médicale (13), 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), Association des Médecins généraliste du 8e (AMG8) (13), AREMP (13), Formation Médicale Continue du 12° (13), Femmes Caducée du Pays d'Aubagne (13), Escoléta (84), Association de FMC des spécialistes du Comtat (84), associations de FMC Nice Nord, Nice Centre, Nice Ouest, Nice Est, Nice Littoral, Nice Azur (06), RAMBAM (06), AMFMC (06), Association niçoise de FMC (06), AFMON (06), Association grassoise de FMC (06) ;
- SAMETH 13 : M. V Della Valle, Mme A Maurel, Mme F Planque, Mme G François ;
- AGEFIPH : Mme P Marengo ;
- Association de malades : Mme Louise Marel, Association Le Cap, Mme Monique Nowack, ARDEVA, M. Chappellet, ACAT 83, M. Michel Taquet et M. Georges Marchon Association SOS amiante 06, M. Pierre Bouvier Association CENTAURE La Ciotat ;
- Département de formation médicale continue de la Faculté de Médecine de Marseille : Pr P Disdier.
- URML PACA : Dr C Coker, Dr F Régi, Dr JP Garnier, Dr F Michel.
- Ecole de l'Asthme : Mme Christelle Speyer et Mme Aurore Lamouroux.

8. Tableau de bord régional Santé Sécurité Conditions de Travail

Sigle : TB SANTE TRAVAIL 2009

Période : 2009-2010

Problématique

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

Objectifs

En 2009, l'ORS PACA est chargé par le Comité Régional de la Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) de la mise à jour du précédent tableau de bord publié en 2006. La réalisation de ce tableau de bord s'inscrit aussi dans le cadre du Programme Régional Santé Travail (PRST).

Méthodologie

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

En ce qui concerne les accidents du travail (AT), les indicateurs utilisés seront les indices de fréquence et de gravité des AT avec arrêt, ainsi que le nombre d'incapacités permanentes attribuées. Pour les maladies professionnelles (MP), le nombre de MP indemnisées pour 100 000 salariés sera calculé. Différentes pathologies seront étudiées plus précisément : troubles musculo-squelettiques, atteintes auditives, mécanismes allergiques et souffrance morale. L'évolution des cancers professionnels liés à l'amiante (cancer de la plèvre et mésothéliome) sera illustrée par les taux et les indices comparatifs de mortalité. Les MP feront l'objet d'une étude par zone d'emploi.

Enfin, des données de diverses sources ("Quinzaine Maladies à Caractère Professionnel" (InVS/Cire Paca), et enquête EVREST SUD) seront également utilisées.

Commanditaires

Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

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

Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Période : 2009-2010

Problématique

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

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

Objectifs

L'enquête permettra de décrire le fonctionnement des dispositifs de maintien en emploi au niveau régional et de faire ressortir les collaborations effectives ainsi que les freins à leur fonctionnement.

Les résultats seront présentés pour discussion à la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) et le retour d'information auprès des différents acteurs visera à renforcer les collaborations afin de permettre une meilleure prise en charge des personnes concernées.

Méthodologie

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

Commanditaires

Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Conduites addictives

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Sigle : METHAVILLE

Période : 2008-2011

Problématique

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

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 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).
- 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.

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.

Commanditaires

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

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

Sigle : BUPREMED

Période : 2007-2009

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.

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.

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.

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) dans le cadre de l'Appel à projet de recherche 2006.

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

Cancer

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 40)

Période : 2004-2010

Problématique

Alors que de nombreuses études se sont intéressées à la qualité de vie des patients pendant la phase aiguë des traitements du cancer, il existe encore peu de données sur l'impact à long terme du cancer sur la vie quotidienne. Environ 25% des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez des femmes de moins de 50 ans et au cours de ces dernières années la mortalité dans cette population a diminué grâce aux nouveaux traitements. De plus en plus de femmes jeunes vivent avec un cancer, retournent travailler, désirent avoir un enfant. Cependant il n'existe actuellement pas d'études de cohortes prospectives en France documentant ces aspects du quotidien.

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. Plusieurs thématiques seront étudiées : la vie professionnelle, les projets d'enfants, l'image du corps, l'observance aux traitements, la douleur chronique, l'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.

Commanditaires

Action concertée Incitative (ACI) du Ministère de la Recherche dans le cadre du Fonds National de la Science (FNS) / Appel d'offres 2003-2006 « Cancéropôles en émergence » ; Conseil Régional Provence-Alpes Côte-d'Azur ; Direction Générale de la Santé (DGS) ; Fondation de France ; Institut National du Cancer (INCa) ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; Institut National du Cancer (INCa) et Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) : appel à proposition de recherche "Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer".

Partenaires

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

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

Sigle : COHORTES CANCER SEIN (ELIPPE 65)

Période : 2004-2010

Problématique

Du fait de la grande hétérogénéité de la population des plus de 65 ans, peu d'études se sont intéressées jusqu'à présent à la survie à long terme de cette population après un cancer et à ses besoins spécifiques. Le cancer du sein, dont l'incidence est maximale vers 70 ans, est de plus en plus considéré comme une maladie « chronique » chez la femme âgée et apparaît donc comme un excellent modèle pour étudier la prise en charge du cancer chez le sujet âgé.

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

ELIPPE 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 ans et plus 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 24 mois et 40 mois. 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.

Commanditaires

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

Partenaires

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

3. 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 : DOULEUR CANCER SEIN

Période : 2008-2009

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.

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.

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 Elipse).

Commanditaires

Ligue Nationale contre le Cancer

4. Impact économique des tests génomiques : l'utilisation du grade génomique à des fins de décision thérapeutique chez des patientes atteintes d'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire.

Sigle : IPSOGEN

Période : 2009

Problématique

Le grade tumoral est un facteur décisionnel pour le traitement du cancer du sein dans la majorité des recommandations nationales et internationales, mais il est peu informatif en termes de décision thérapeutique dans 50% des cas lorsqu'il est mesuré traditionnellement par analyse histologique. Récemment, un index d'expression génomique (test MapQuant Dx(TM) Genomic Grade) a été développé, caractérisé par une valeur pronostique supérieure à celle fournie par une mesure du grade, tel qu'il est mesuré actuellement par examen histologique des tumeurs. L'identification génomique du grade permettrait notamment une meilleure identification des patientes à faible risque de rechute métastatique, dont l'implication immédiate serait d'épargner à ces patientes une chimiothérapie adjuvante toxique, coûteuse et inutile.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact, en termes d'allocation de ressources et de résultats attendus, de l'introduction de l'analyse génomique dans la prise en charge thérapeutique. L'introduction du test génomique parmi les critères de décision thérapeutique en matière de chimiothérapie adjuvante est susceptible d'induire des effets potentiellement contrastés : augmentation des coûts de prise en charge liés à la réalisation de l'analyse génomique ; réduction potentielle des coûts médicaux directs pour les patientes susceptibles de ne pas se voir proposer de chimiothérapie adjuvante. Par ailleurs, une meilleure classification des patientes selon leur risque de rechute pourrait améliorer l'efficacité des thérapeutiques si celles-ci sont mieux ciblées.

Méthodologie

Une analyse coût-efficacité sera conduite, qui repose sur la mise en regard des coûts aux résultats attendus, que ceux-ci soient évalués en terme physiques (survie, pondérée ou non par la qualité de vie) ou en termes monétaires (coûts de prise en charge évités suite au recours au test de grade génomique comme critère de décision thérapeutique). Il s'agira de comparer, à l'aide de modèles de simulation, plusieurs stratégies thérapeutiques, selon qu'elles intègrent ou pas la réalisation d'un test d'analyse génomique.

Commanditaires

IPSOGEN.

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

Période : 2007-2009

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.

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 contrat 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.

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).

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa), Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) dans le cadre de l'appel à proposition de recherche "Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer" ; UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S)

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

Période : 2008-2009

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 cancérogènes. 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.

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.

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 des 600 médecins du travail 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.

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.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa)

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

Sigle : CRIT-EFF

Période : 2009-2011

Problématique

Les progrès thérapeutiques en cancérologie ont permis d'améliorer la survie globale des patients, de mieux cibler les traitements et de mieux tenir compte des effets secondaires. Récemment, sont apparues des molécules améliorant la survie sans rechute, mais sans d'incidence sur la survie globale posant la question de l'indicateur d'efficacité le plus pertinent. En parallèle, différentes méthodes ont été mobilisées permettant de rendre compte au mieux des préférences des patients. Cependant, les résultats empiriques conduisent souvent à remettre en question les hypothèses sous jacentes de la théorie économique. Cette constatation et le besoin d'approches plus interprétatives a stimulé l'accroissement de recherches qualitatives en parallèle de la collecte de données quantitative.

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

Objectifs

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

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

Méthodologie

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

Les résultats permettent de décrire une «population» de points de vue, c'est cette transposition qui s'appelle une Q-analysis. Les facteurs qui en résultent représentent des groupes d'individus qui ont un point de vue similaire. L'analyse des corrélations permet de faire ressortir les (dis)similitudes entre points de vue. L'analyse factorielle permet de révéler et d'interpréter un nombre réduit de points de vue exprimés

Commanditaires

Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC)

Partenaires

Université de NewCastle

RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010

**Maladies transmissibles -
Infection à VIH**

Retrouvez toutes les publications, communications orales,
communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études
et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

1. Nouvelle enquête nationale transversale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA2)

Sigle : VESPA2

Période : 2009-2010

Problématique

L'enquête ANRS VESPA (VIH-Enquête sur les personnes atteintes) réalisée en 2003 a permis de dresser, pour la première fois, un tableau détaillé reflétant la diversité des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en France métropolitaine et dans les Départements Français d'Amérique (DFA). Le mode de constitution de l'échantillon, la désignation aléatoire des enquêtés, le recours au redressement et à la pondération ont permis d'obtenir des données généralisables à l'ensemble de la population des personnes atteintes et suivies pour leur infection sur le territoire français. Des résultats nouveaux ont été ainsi produits pour des populations mal représentées dans les études menées jusque là, notamment les migrants, les résidents des DFA ou encore sur des thèmes jusqu'alors non abordés à l'échelle populationnelle, le désir d'enfant, la vie professionnelle, la pauvreté, les pratiques de prévention, la vie affective ou le maintien du secret sur la maladie vis-à-vis de l'entourage. De plus des analyses approfondies ont permis d'apporter des hypothèses sur les déterminants de la réponse au traitement ou du diagnostic tardif, la caractérisation du comportement d'observance au traitement, les déterminants de la perte d'emploi ou les liens entre les comportements de prévention dans les différents sous-groupes de cette population.

Une phase préparatoire à la reconduction d'une telle enquête a été menée durant l'année 2009. En effet, la répétition d'une enquête transversale permettrait de comparer les générations de malades et d'appréhender les changements survenus depuis l'enquête de 2003 ; elle permettrait aussi d'aborder des questions scientifiques ayant émergé dans ce nouveau contexte ou dans les recherches entreprises dans les dernières années.

Objectifs

Cette phase préparatoire a permis : - d'établir un bilan scientifique et méthodologique de l'enquête 2003 eu égard à l'évolution du contexte épidémiologique et thérapeutique ; - d'identifier les problématiques scientifiques qui justifient d'être approfondies dans une nouvelle étude en 2010 et celles pouvant être abandonnées ou traitées de façon succincte; - d'interroger les cliniciens, les administrations sanitaires, les associations sur les enjeux actuels de la prise en charge et la façon dont ils peuvent être éclairés par une étude transversale nationale de la population traitée en milieu hospitalier ; - de mettre en place les collaborations nouvelles, y compris internationales, qui permettront de développer ces questions et d'établir un nouveau questionnaire ; - de réexaminer l'ensemble des points méthodologiques sur des bases actualisées pour définir un protocole robuste, une participation accrue des personnes éligibles et une réalisation moins coûteuse en temps et en financement ; d'enrichir l'information médicale : afin d'alléger le travail des médecins, le questionnaire médical de 2003 était succinct, notamment sur les comorbidités et les changements de traitement. Une revue de la littérature sera nécessaire pour identifier les informations cliniques et thérapeutiques qui doivent être mises en relations avec des caractéristiques de la vie sociale ; - de mettre sur pied la logistique d'enquête, réaliser les pilotes de l'enquête et de calculer le budget nécessaire à la collecte de données et la réalisation de la recherche.

Méthodologie

Au cours de cette phase préparatoire, une note présentant la méthodologie qui sera utilisée pour la mise en place de cette nouvelle enquête a été rédigée. La majeure partie de ce document porte sur le travail de constitution de la base de sondage à l'aide des différentes sources de données déjà existantes et les détails concernant la façon dont l'échantillon d'étude sera constitué. Le plan de sondage et l'échantillonnage des patients ont été simplifiés. L'équipe a examiné les nouvelles questions scientifiques soulevées par les travaux récents autour de divers sujets pour élaborer les outils de recueil. La structure en 7 modules du questionnaire de VESPA 2003 a été conservée. Le module sur la parentalité de VESPA 2003 a été supprimé et un nouveau module sur la santé mentale a été introduit. Une première version des différents questionnaires (questionnaire principal, autoquestionnaire et questionnaire médical) sera testée au cours du premier trimestre 2010.

Commanditaires

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

2. Dépistage rapide auprès des gays

Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS

Période : 2008-2011

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.

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.

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.

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).

Commanditaires

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

Partenaires

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

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

Sigle : COPILOTE

Période : 2001-2010

Problématique

Les multithérapies ont été mises sur le marché en 1996 pour traiter les patients infectés par le VIH. Cependant, aucune donnée de tolérance et d'acceptabilité n'était disponible sur le long terme. Il était nécessaire d'observer l'impact des antirétroviraux sur la tolérance, l'observance et le vécu des patients exposés à ces traitements sur une longue période.

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.

Méthodologie

Cohorte prospective, multicentrique avec recueil de données médicales tous les 4 mois couplé une fois par an à un recueil de données socio-comportemental.

Commanditaires

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

Partenaires

Conseil scientifique APROCO COPILOTE

4. Etude qualitative dans le cadre de l'essai pilote multicentrique évaluant la capacité d'une stratégie de traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique chez des patients infectés par le VIH-1, jamais traités et ayant un nombre de lymphocytes CD4 \geq à 500 par mm³

Sigle : TIPI-QUALI

Période : 2009-2010

Problématique

Dans l'essai TIPI, il apparaît pertinent et essentiel d'étudier la qualité de vie des patients, les effets indésirables, l'observance, la temporalité et la sexualité, chez des patients inscrits dans un nouveau protocole de soin, à savoir la prise intermittente d'un traitement antirétroviral.

Proposer un volet qualitatif, complétant les données quantitatives, permet d'obtenir des informations à la fois plus globales mais aussi plus précises quant au vécu des patients. L'intérêt d'une enquête qualitative permet ainsi d'expliquer certains résultats des études quantitatives, par la mise à jour de processus (à l'aide d'éléments relatifs à la biographie, de "mise en contexte",...), et à l'inverse de mettre en évidence des phénomènes passés inaperçus dans les études quantitatives. Le recueil de données qualitatives, arrivant en complément d'un recueil de données quantitatives, permet de donner du sens et d'illustrer des données quantitatives qui peuvent difficilement appréhender le patient dans sa globalité et sa subjectivité.

Objectifs

L'objectif principal de l'essai ANRS 141 TIPI consiste à évaluer à 24 mois, la capacité d'un traitement antirétroviral intermittent à maintenir une stabilité immunologique, chez des patients infectés par le VIH-1 et ayant un nombre initial de lymphocytes CD4+ supérieur ou égal à 500 par mm³.

Plusieurs questions de recherche apparaissent autour la qualité de vie de ces patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral intermittent : dans quelle mesure la qualité de vie globale des patients inclus dans l'essai ANRS 141 TIPI, serait améliorée ou non par la prise intermittente d'un traitement ? dans quelle mesure les sous dimensions de la qualité de vie, à savoir la qualité de vie physique et la qualité de vie mentale, sont-elles améliorées par l'engagement dans ce nouveau protocole de soin ? quel est l'impact potentiel de la prise intermittente d'un traitement antirétroviral sur l'observance ? la prise d'un traitement de façon intermittente a-t-elle un effet sur la perception des effets secondaires ? quel est l'impact de l'évolution immunologique et virologique sur le vécu des patients quant à la souplesse de l'intermittence ?

Méthodologie

L'essai ANRS 141 TIPI est un essai pilote de phase II, non comparatif, prospectif, multicentrique, national, qui évalue le concept d'interruption programmée de traitement chez des patients mis sous traitement antirétroviral à un stade précoce de l'infection par le VIH.

Le vécu des patients participants sera évalué à l'aide d'un recueil de données quantitatives à l'inclusion, à M6, M12, M18 et M24. Cette évaluation permettra de recueillir des informations quant à la qualité de vie des patients, les effets indésirables, l'observance, la temporalité et la sexualité, en calculant divers scores relatifs à l'observance ou le nombre d'effets secondaires perçus. Elle offrira la possibilité de situer les patients inclus dans TIPI sur des échelles de qualité de vie par rapport à la population infectée par le VIH française ou encore à la population générale.

Il sera également proposé à chaque patient de participer, sur la base du volontariat, à trois entretiens "physiques". Le premier entretien devra avoir lieu avant l'initiation du traitement ; le second se déroulera en début de protocole durant la phase d'initiation du traitement, à savoir au minimum après un mois de traitement et cela jusqu'à trois mois ; le troisième entretien sera programmé durant les six derniers mois de participation au protocole, à savoir durant une phase sans traitement.

Chaque entretien durera de 30 à 45 minutes et il sera mené par un chercheur en sciences sociales formé à la pratique qualitative et ayant une expérience dans le domaine du VIH.

Commanditaires

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

5. Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients « HIV controllers » en France

Sigle : HIC

Période : 2009-2012

Problématique

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

Objectifs

Le premier objectif consiste à appréhender le vécu des HIV Controllers à partir de la notion de bouleversement biographique. Cette orientation permettra de comprendre dans un premier temps, l'impact de l'infection par le VIH puis du statut de HIV Controllers, dans un second temps. Dans la continuité de cette approche, les notions de rôles et statuts sociaux liés à ces statuts spécifiques seront investiguées, et cela dans les différents contextes sociaux dans lesquels vivent et interagissent les HIV Controllers. Par exemple, dans quelle mesure ces personnes se définissent et se considèrent comme séropositives s'envisagent comme séropositifs dans les différentes sphères de leur vie.

Le second objectif concerne la qualité de vie des HIV Controllers, comment vivent-ils au jour le jour cette situation ? Quel est leur rapport au temps, et quels sont les liens potentiels avec leur qualité de vie. Enfin, dans quelle mesure leur qualité de vie est-elle affectée par le vécu de stigmatisations liées à la fois à leur statut de personne infectée par le VIH mais aussi de patient HIV Controllers.

Enfin, la vie avec le VIH suppose divers types de comportements. Quelles sont plus précisément les implications du statut particulier de HIV Controllers sur les comportements sexuels et le rapport au risque ? Dans quelle mesure ce statut les amène à envisager les prises de risque sexuel d'une façon spécifique ? On peut aussi se demander si les débats actuels sur la transmission du VIH par les personnes dont la charge virale est indétectable ont pu modifier les pratiques sexuelles des HIV Controllers.

Méthodologie

Ce projet s'articule autour de deux méthodologies de recueil de données : un recueil de données qualitatives dans un échantillon restreint de HIV controllers et un recueil de données quantitatives auprès de l'ensemble des HIV controllers suivis dans la cohorte.

L'approche qualitative vise principalement à aborder le premier axe de recherche autour de la notion de bouleversement biographique et l'ensemble de ses répercussions sur la vie des HIV controllers. Dans la mesure où la situation de ces personnes est inédite, le recueil de données qualitatives apparaît justifié et devra permettre de recueillir des données originales et pertinentes quant à la prise en charge de ces personnes notamment.

Le recueil de données quantitatives, à l'aide d'échelles validées vise principalement la comparaison avec des données disponibles ou en cours de recueil auprès de personnes infectées par le VIH et non HIV Controllers.

() "HIV controllers" : patient dont l'infection est connue depuis 10 ans ou plus ; qui n'a jamais reçu de traitement antirétroviral (à l'exception d'un traitement transitoire pour éviter une transmission de la mère à l'enfant) et chez qui plus de 90% des mesures de charge virale en ARN plasmatique sont inférieures à 400 copies d'ARN/ml.*

Commanditaires

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

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

Sigle : UNAIDS Economic model

Période : 2009-2010

Problématique

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

Objectifs

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

Méthodologie

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

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

Commanditaires

UNAIDS

7. 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 : ABBOTT - MONARK HEOR

Période : 2009-2010

Problématique

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

Objectifs

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

Objectifs spécifiques :

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

Méthode

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 48 semaines, le coût de prise en charge de chaque événement thérapeutique (tel que l'échec thérapeutique, une résistance virale, une réponse prolongée, etc.). Au final, un modèle de Markov permettra d'exprimer un résultat final sous forme d'un coût par année de vie sauvée, sur la base des données de notre échantillon et de celles issues de la littérature.

Commanditaires

Abbott France.

8. Évaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir / emtricitabine / efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé.

Sigle : DREAM

Période : 2009-2013

Problématique

L'évaluation médico-économique d'une stratégie de maintenance par monothérapie par Lopinavir ouvre des perspectives de recherche intéressantes tant au niveau national qu'international. Si le Lopinavir est aujourd'hui largement utilisé dans les pays développés, il est en passe de revêtir une place non négligeable dans la prise en charge des patients VIH+ dans les pays en développement, car il comporte des avantages notables par rapport à d'autres médicaments : une seule prise par jour, une conservation sans réfrigération, et pas de restrictions alimentaires. D'autre part, la formulation du médicament Lopinavir est proposée aux pays en développement à un prix réduit dans le cadre de programmes nationaux d'accès aux ARVs.

Nous proposons donc de coupler l'analyse économique avec l'évaluation clinique dans le cadre de l'essai DREAM. Une telle procédure permet de disposer de données de qualité pour la réalisation de l'évaluation économique et de proposer des arguments économiques à l'intérieur même du processus de diffusion de l'innovation. Les premières informations obtenues de cette manière peuvent alors jouer un rôle non négligeable sur le développement de l'innovation et l'aide à la décision.

Objectifs

Comparer l'efficacité et le coût des deux stratégies de traitement de maintenance de l'essai DREAM : une monothérapie par lopinavir/r (LPV/r) versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz (TDF+FTC+EFV) chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé.

Méthodologie

Nous présenterons une première analyse économique sur les données à la semaine 96 ; l'évaluation de la tolérance et de la qualité de vie dans l'essai DREAM permettra d'affiner le résultat clinique en valorisant le parcours du patient dans les différents états de santé (définis au regard de critères virologiques, cliniques mais également du ressenti du patient). Dans une seconde étape, nous projeterons le devenir à long terme des patients de l'essai à partir de méthodes validées. Les critères d'efficacité seront la proportion de patients en succès virologique à la semaine 96 et le nombre d'années de vie gagnées. Les ressources consommées seront valorisées à partir des remboursements de la Sécurité Sociale et le coût des traitements sera déterminé à partir des prix de catalogue des laboratoires pharmaceutiques. Le point de vue de la société sera retenu pour cette étude. En plus des coûts directs, les coûts indirects, à savoir la perte de productivité liée au temps de travail perdu par le patient et mesurée par le nombre de journées de travail perdues, seront intégrés à l'analyse.

Pour réduire au maximum les biais inhérents à la réalisation d'une évaluation économique au sein d'un essai clinique, nous ajusterons les résultats de l'analyse sur un ensemble de paramètres de coûts afin de se conformer à ce qu'on appelle communément la pratique courante.

Commanditaires

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

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

Retrouvez toutes les publications, communications orales, communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Sigle : STRATALL - CAMEROUN

Période : 2006-2009

Problématique

Le Cameroun est l'un des pays africains les plus avancés dans le domaine de l'accès aux ARV. En particulier, la politique de décentralisation au Cameroun intègre les nouvelles recommandations simplifiées de l'OMS de 2003, adaptées aux pays dont les ressources sont limitées et destinées à favoriser la montée en puissance de l'accès au traitement du sida.

L'OMS recommande notamment : de simplifier les traitements, en utilisant des protocoles normalisés et des procédures de suivi clinique ; d'améliorer la connaissance du statut sérologique à l'aide de techniques de tests rapides et en proposant systématiquement le dépistage du VIH dans les milieux à forte prévalence ; de déléguer certains aspects de routine du suivi des patients à des personnels infirmiers formés à cet effet ; d'informer les communautés et les mobiliser pour renforcer la demande de dépistage, les préparer au traitement et améliorer l'observance.

Objectifs

Le volet socio-économique de ce projet a pour objectif principal d'effectuer une analyse coût-efficacité de deux stratégies de prise en charge, la première dite « classique » correspondant à la stratégie de référence 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.

Cette analyse permettra de juger si la méthode allégée recommandée par l'OMS est aussi efficace que dans le cadre d'un suivi traditionnel et si elle peut être adaptée aux hôpitaux des districts.

Les objectifs secondaires de ce volet sont l'analyse et la comparaison entre les stratégies de l'observance, de la qualité de vie et des comportements sexuels à risque.

Méthodologie

La méthodologie repose sur le suivi d'une population de 447 patients dans neuf hôpitaux de district de la province du Centre du Cameroun. Les critères d'inclusion dans l'essai sont les suivants : le patient inclus dans STRATALL réside dans le district de santé de l'hôpital où il est suivi, est âgé de 18 ans ou plus, est séropositif au VIH, a un état de santé justifiant la mise sous traitement ARV (éligible aux ARV), est naïf au traitement, et pour les femmes, n'est pas enceinte. Les patients inclus sont pris en charge, pour la moitié d'entre eux, selon la stratégie classique et, pour l'autre, selon la stratégie allégée. Sept questionnaires sont administrés auprès des patients à intervalle régulier à partir du jour de leur inclusion puis tout au long de leur suivi clinique pendant 24 mois (J0, M1, M3, M6, M12, M18 et M24). Trois grands types de données sont collectés pour chaque patient au cours de ces 24 mois : 1/ données démographiques et socio-économique, 2/ qualité de vie, 3/ observance et recours aux soins.

Commanditaires

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

Partenaires

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

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

Sigle : EVAL VIH/TB

Période : 2010-2011

Problématique

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

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

Objectifs

Face à ce constat, la question se pose, en 2009, de la reconduction d'une évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV afin de pouvoir déterminer la capacité du Cameroun à assurer ces premiers succès dans la durée, gérer les défis auxquels il doit faire face et constituer un plaidoyer pour des initiatives similaires dans d'autres pays à ressources limitées. Cette reconduction de l'évaluation du programme camerounais d'accès aux ARV sera susceptible d'apporter des réponses objectives, scientifiquement fondées, aux défis posés par l'élargissement de l'accès aux ARV au Cameroun et dans les pays à ressources limitées. Elle permettra entre autres de : 1- Déterminer la capacité des services à absorber l'augmentation de la demande et identifier les stratégies possibles pour faire face aux nouveaux besoins ; 2- Mesurer l'évolution dans le temps de l'impact du programme camerounais d'accès aux ARV sur les conditions de vie des PVV, la qualité de la prise en charge et le maintien des patients dans le processus de soins ; 3- Evaluer le degré d'intégration des programmes de prise en charge du VIH et de la TB entre eux et la qualité de la prise en charge des patients co-infectés VIH/TB.

Méthodologie

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

Commanditaires

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

3. Les discours institutionnels sur la prévention du sida et leur impact sur la population cible au Nord-Cameroun

Sigle : COMMUNICATION SIDA

Période : 2008-2009

Problématique

Des solutions techniques existent pour stopper la propagation du VIH/sida et pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVs). Cependant, un important facteur de réussite réside dans l'acceptation de ces méthodes par la population. Or les campagnes de prévention et de conseil menées ne rencontrent pas le succès escompté. La situation locale de plurilinguisme et d'oralité oblige à de constantes traductions, dont la teneur n'est jamais contrôlée ni évaluée et les messages ne sont pas toujours conformes aux consignes officielles.

Objectifs

Les objectifs de ce projet sont :

- l'évaluation de l'impact des actions de communication en français et en langue africaine véhiculaire dans le domaine de la prévention du sida, mises en œuvre par les institutions diverses que coiffent les Groupes techniques provinciaux des trois provinces du Nord du Cameroun ;
- l'analyse des messages qui circulent, tant en français qu'en langue véhiculaire, pour vérifier leur adéquation aux normes officielles et leur impact sur la population cible.

Méthodologie

L'étude des messages sera réalisée à la fois du côté de l'émetteur et du point de vue du récepteur,

- lors d'entretiens auprès de diverses catégories de personnes chargées d'informer et de conseiller la population;
- au travers de questionnaires explorant les connaissances de la population sur les modes de transmission du VIH, la perception du préservatif et du SIDA et les connotations sémantiques du SIDA.

Une approche statistique lexicale permettra d'étudier les contenus des publications diverses et des productions audiovisuelles destinées principalement à la jeunesse.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12172)

Partenaires

LLACAN, UMR 8135 (CNRS-INALCO) Langage, langues et cultures d'Afrique noire (Villejuif) ; UMR 912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; Laboratoire Langues, Dynamiques et Usages (LADYRUS), Université de Ngaoundéré (Cameroun) ; Bureau central des recensements et des études de population (BUCREP), Yaoundé

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

Sigle : NOURRISSONS

Période : 2007-2009

Problématique

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

Objectifs

L'objectif général de l'étude est de décrire et d'analyser les déterminants sociaux, économiques et anthropologiques de l'observance au traitement antirétroviral chez les nourrissons infectés par le VIH-1, dans leurs contextes sociaux et culturels.

Dans la prise en charge du nourrisson infecté au Cameroun, il s'agit d'identifier les réponses, mises en place, en termes de soin et de traitement social des malades ainsi que les effets de la maladie sur les rôles sociaux, les savoirs, les valeurs, l'organisation sociale, notamment familiale.

Il s'agira d'identifier spécifiquement :

- les représentations, le vécu de la maladie et les usages sociaux profanes et professionnels liés à la séropositivité du nourrisson ;
- l'impact familial et social de la séropositivité du nourrisson ;
- les pratiques préventives et curatives des acteurs de soins concernant la gestion de la séropositivité du nourrisson, particulièrement le vécu du traitement antirétroviral du nourrisson par les parents au sein des différents espaces sociaux, sanitaires et associatifs ;
- l'impact des interactions familiales, associatives et sanitaires dans les pratiques de prise en charge des nourrissons infectés.

L'objectif est de fournir les données nécessaires à l'élaboration et à la mise en place d'une prise en charge des nourrissons adaptée et efficace auprès des professionnels de santé et des parents.

Méthodologie

Cette étude aura recours à des enquêtes de terrain (phase exploratoire, ethnographie, analyse des données) utilisant les méthodes d'entretien et d'observation participante.

Il s'agira de travailler, à partir d'enfants « en échec de PTME » infectés par le VIH-1 et dépistés précocement à l'âge de 6 semaines, inclus au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya (FCB) à Yaoundé et à l'Hôpital Laquintinie à Douala.

Commanditaires

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

Partenaires

IRSA Université Catholique d'Afrique, UMR 145 - UR 36 Université de Montpellier, CReCSS

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

Sigle : VIH/TUBERCULOSE

Période : 2007-2010

Problématique

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

Objectifs

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

Trois opérations de recherche sont développées :

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

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

Méthodologie

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

Commanditaires

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

Partenaires

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

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

Sigle : 2LADY

Période : 2010-2013

Problématique

Un des défis majeurs à relever au cours des prochaines années est la gestion des échecs thérapeutiques et du passage en 2^{de} ligne de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées. La hausse préoccupante des dépenses associées à l'arrivée des traitements de 2^{de} ligne, pour la plupart brevetés, conjuguée à un contexte de rareté des ressources, risquent d'accentuer davantage les contraintes budgétaires déjà existantes et de contraindre fortement l'accès aux traitements efficaces du VIH/Sida dans ces pays. Dans ce contexte, il apparaît prioritaire de définir des stratégies de deuxième ligne qui soient coût-efficaces. Afin de répondre à ce besoin, une étude économique est proposée d'être associée à l'essai clinique multicentrique 2-Lady ANRS 12-169, dont l'objectif est de définir des stratégies de 2^{de} ligne efficaces et bien tolérées dans le contexte spécifique de trois pays africains (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal).

Objectifs

Comparer le coût et l'efficacité de trois combinaisons thérapeutiques de 2^{de} ligne chez des patients en échec de 1^{ère} ligne dans trois pays d'Afrique Sub-saharienne : les deux principales stratégies thérapeutiques recommandées par l'OMS dans les pays à faibles ressources, l'association emtricitabine-ténofovir-lopinavir/ritonavir (stratégie de référence) et l'association abacavir-didanosine-lopinavir/ritonavir ; une troisième stratégie thérapeutique, non recommandée par l'OMS pour les pays du Sud mais ayant le double avantage d'une monoprise quotidienne et d'une meilleure tolérance, l'association emtricitabine-ténofovir-darunavir/ritonavir.

Méthodologie

L'analyse proposée s'appuiera sur une analyse coût-efficacité réalisée à partir des données de l'essai clinique et de données collectées en face à face auprès des patients, complétée par un modèle probabiliste afin d'estimer les effets et les coûts à long terme des stratégies thérapeutiques comparées. La perspective adoptée sera celle de la société. Le critère d'efficacité principal sera le nombre d'années de vie gagnées. L'évaluation de la tolérance et des effets secondaires perçus par les patients dans l'essai 2-lady permettra d'affiner le résultat clinique en valorisant le parcours du patient dans les différents états de santé. L'analyse prendra en compte : les coûts directs médicaux, les coûts non médicaux et les coûts indirects. L'efficacité et le coût des stratégies thérapeutiques seront comparés sur la base d'un ratio coût-efficacité marginal. L'analyse coût-efficacité sera également stratifiée en fonction du niveau d'ARN VIH plasmatique à la pré-inclusion. Une analyse de sensibilité sera conduite afin de tester la robustesse des résultats au changement des valeurs des paramètres clés de l'analyse.

Commanditaires

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

7. Projet d'approche solidaire en santé génésique (Burkina Faso, Cameroun, Mali)

Sigle : PASSAGE

Période : 2006-2009

Problématique

Au Burkina Faso, Cameroun et au Mali, un tiers de la population a entre 10 et 25 ans. Dans ces pays, les adolescents et les jeunes cumulent les obstacles à l'utilisation de services performants : l'accessibilité financière et socioculturelle est réduite et l'offre de soins est souvent inadaptée alors que les besoins sont importants.

Les programmes de santé génésique sont encore trop verticaux, l'offre de soins et de services est très éclatée et parfois de piètre qualité, enfin elle ne correspond pas toujours à la demande et aux besoins ressentis par la population, et les barrières économiques et socioculturelles sont considérables.

Objectifs

Objectif général : Contribuer par une approche globale à l'amélioration de la santé génésique et sexuelle de la population, en particulier des jeunes, dans trois zones d'intervention en Afrique (Burkina Faso, Cameroun, Mali).

Objectif spécifique : Adapter les politiques régionales des zones concernées pour garantir l'adéquation entre la demande des populations et l'offre des services, faciliter l'accessibilité à tous les services et assurer une meilleure qualité de l'offre de soins en matière de santé génésique et sexuelles dans toutes ses composantes.

Le projet d'Approche Solidaire en santé génésique a notamment pour but de pérenniser et d'élargir les acquis du programme Aquasou au Burkina Faso (Ouagadougou) et au Cameroun (Maroua), et d'envisager une extension au Mali (Mopti).

Méthodologie

Pour atteindre cet objectif spécifique, une approche participative et multidisciplinaire impliquant l'ensemble des acteurs sera développée. Les méthodes d'investigation seront diversifiées (recherche documentaire, questionnaires fermés, interviews, focus groups, etc...) et se déclineront en 4 stratégies essentielles :

- identifier avec les communautés les attentes et besoins spécifiques des populations en matière de santé génésique et sexuelle, en particulier ceux des groupes les plus vulnérables (population défavorisée, adolescents, femmes).
- définir et mettre en œuvre une organisation de l'offre de soins et de services plus performante et plus adaptée aux besoins des populations. Cette approche implique l'ensemble des acteurs (patients, communautés, prestataires de soins, ONGs, politiques, élus, partenaires). Tous les services de santé génésique seront intégrés pour faciliter une approche globale centrée sur le patient ;
- améliorer l'information des femmes et des hommes, et en particulier des jeunes, sur l'offre de services de santé génésique et sur leurs droits. La participation des patients et des clients aux décisions en matière de santé devrait être accrue.
- évaluer et échanger les expériences entre les trois équipes de Mopti, Maroua et Ouagadougou, et diffuser les résultats afin de créer ou renforcer des réseaux de santé génésique, tant au niveau régional que national et international.

Commanditaires

EUROPAID

Partenaires

Institut de médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique (ULB), EA 36 94 « Recherches en fertilité humaine – Santé de la reproduction dans les PVD », Université Paul Sabatier de Toulouse, Equilibres et Populations (E&P), Association Songui Manégré-Aide au Développement Endogène (ASMADE), Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP), Direction Régionale Sanitaire du Centre de Ouagadougou, Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité, Cellule de la Planification et de la Statistique du Mali, Direction de la Recherche Opérationnelle-Ministère de la Santé du Cameroun

8. Les recompositions de l'action publique : à partir de la lutte contre le SIDA. Approche interdisciplinaire pour une recherche opérationnelle en santé en Afrique (Burkina-Faso, Cameroun, Botswana)

Signe : CORUS 2

Période : 2007-2009

Problématique

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

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

Objectifs

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

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

L'objectif de la recherche est de constituer un réseau de chercheurs et de doctorants, au Nord et au Sud, qui puissent permettre de rendre compte des dynamiques institutionnelles (agences onusiennes, agences de coopération bilatérale), sociologiques (associations, ONG) et des liens qui unissent tous ces acteurs dont l'action des uns influence celles des autres de manière inégale (les « configurations »).

A partir de travaux menés sur ces trois pays et en relation étroite avec des équipes du Sud et du Nord, ce projet propose une recherche opérationnelle fondée sur l'échange régulier de données, d'analyses interdisciplinaires (science politique, relations internationales, socio-anthropologie, économie, histoire, santé publique) et internationales. Ces échanges visent à aboutir à une sociologie politique de l'expérience partagée, à partir de la lutte contre le sida en Afrique.

Méthodologie

L'ambition de ce projet est de mettre en relation les avancées de la recherche avec la formation par et pour la recherche à travers des ateliers de recherche et des séminaires de formation, au Sud et au Nord. Il s'agira d'envisager la possibilité de « transférer » des expériences de l'Afrique vers l'Afrique.

Commanditaires

Fondation Paul Ango Ela, Yaoundé Cameroun ; Université de Ouagadougou, Burkina Faso ; Université de Botswana, Gaborone, Botswana ; CURRAPP Amiens (UMR 6054 CNRS Université Jules Verne) ; EHESS, Paris / Paris 13, CEAN, IEP de Bordeaux (UMR 5115 CNRS IEP/Université Montesquieu Bordeaux 4)

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

Sigle : FEMMES VILLES & VILLAGES

Période : 2009-2011

Problématique

Les premiers résultats de la recherche ANRS 12123 "Femmes malades du sida, relations de genre et structures de santé (Ouagadougou et Ouahigouya)" justifie l'élaboration de cette recherche qui a pour objectif principal l'analyse conjointe de l'organisation du système médical de prise en charge des PvVIH et les conditions sociales et économiques des personnes infectées et notamment des femmes.

Au Burkina Faso, 80 000 femmes en âge de procréer (15-49) sont estimées porteuses du VIH sur 150 000 cas d'infections (soit au total 2% d'une population de 13,3 millions d'habitants). La potentialité d'une offre de soins disponible a d'une certaine façon accrue la demande. Cela pose du même coup la nécessité d'une analyse sur l'organisation du système de soins comme sur les difficultés inhérentes à la mise en place d'un programme national de prévention des risques de transmission de la mère à l'enfant.

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

Objectifs

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

Méthodologie

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

La recherche sera fondée sur :

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

Commanditaires

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

Partenaires

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

10. Accès aux soins maternels/infantiles et suivi des femmes infectées par le VIH/Sida au Burkina Faso. Une initiative multidisciplinaire pour contribuer à la réduction de la TME

Sigle : PTME Burkina

Période : 2010-2012

Problématique

L'Afrique subsaharienne reste une des régions les plus touchées au monde par l'infection à VIH. Les femmes y sont, comparativement aux hommes, plus nombreuses (58%) à être infectées par le VIH/Sida et beaucoup, parmi elles, apprennent leur séropositivité au moment de leur grossesse. Dans les pays à ressources limitées, des programmes Prévention de la Transmission mère/enfant (PTME) ont démarré depuis une dizaine d'années, mais les progrès restent faibles et force est de constater, que l'Afrique de l'Ouest présente les moins bons résultats. Au Burkina Faso, le taux d'adhésion au dépistage est à l'heure actuelle en deçà de 50% parmi les femmes enceintes vues en CPN et inférieur à 5% parmi leurs partenaires. A ces difficultés liées au dépistage, s'ajoutent celles liées au traitement et au suivi de la prise en charge des femmes et des nourrissons (selon la DSF, 13% des femmes enceintes infectées par le VIH et 22% des enfants nés de mères infectées n'ont pas reçu les ARV en 2007).

Objectifs

A partir d'une analyse de l'offre de services en Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME) et des conditions d'accès des femmes à ces services, cette recherche a pour objectif de contribuer à une meilleure intégration du dépistage des femmes enceintes et à une réduction du nombre de couples mères/enfants perdus de vue. Cette recherche doit permettre d'identifier les « leviers les plus pertinents » pour accroître la performance de la PTME dans la perspective de mettre en place une intervention et d'en évaluer son impact.

Méthodologie

Un état des lieux de la situation au Burkina Faso sera réalisé à partir d'une approche multidisciplinaire (anthropologie, économie, santé publique). Il sera effectué à partir du recueil de données de routine dans un échantillon des différentes structures de la pyramide sanitaire intervenant dans la PTME, de données observationnelles dans les structures de soins, d'entretiens qualitatifs auprès des femmes et des soignants, et d'une enquête quantitative auprès de soignants.

Commanditaires

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

11. Evaluation rapide de la situation des enfants vulnérables et infectés ou affectés par le VIH/SIDA au Maroc

Sigle : SIDA PEDIATRIQUE MAROC

Période : 2008-2009

Problématique

Le projet permettra de réaliser un état des lieux des conditions de prise en charge des enfants infectés et affectés par le VIH et en particulier :

- Documenter l'ampleur du problème des enfants infectés et affectés par le VIH au Maroc
- Documenter le vécu et les besoins des enfants infectés et affectés par le VIH et de leur(s) parent(s) ou de leur(s) tuteur(s).

Objectifs

L'objectif de cette étude est de fournir aux décideurs les informations nécessaires pour asseoir une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des intervenants en faveur des enfants infectés et affectés par le VIH.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude à la fois quantitative et qualitative.

Les données médicales sont recueillies dans les centres de référence de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (Rabat, Casablanca, Agadir, Marrakech, Tanger). Il s'agit en particulier de recueillir les données cliniques dans les services de pédiatrie et de maladies infectieuses de ces établissements à partir d'une grille standardisée.

Les données qualitatives ont trait aux contraintes rencontrées par les personnels de santé de ces services face à la prise en charge d'enfants infectés, et aux activités des associations dans le domaine du sida pédiatrique. Des entretiens réalisés auprès de parents ou de tuteurs d'enfants infectés sont également réalisés à partir de chacun des services hospitaliers concernés par l'étude.

Ce projet associe chercheurs en santé publique et en sociologie.

Commanditaires

Association Soleil – Unicef/ONUSIDA

Partenaires

Institut National d'Administration Sanitaire – Rabat ; CHU de Rabat ; Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies – Ministère de la Santé (Rabat)

12. Efficacité des Maisons d'Attente pour l'accès aux soins qualifiés à l'accouchement et le renforcement de l'autonomie des communautés rurales isolées (Maroc)

Sigle : DAO

Période : 2008-2009

Problématique

Comparé aux autres pays de même niveau de développement, le Maroc avec 227 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a un niveau relativement élevé de mortalité maternelle. Des barrières géographiques et financières peuvent en partie expliquer la situation et le gouvernement a investi de façon majeure dans l'amélioration des routes pour désenclaver les zones reculées et ainsi faciliter l'accès aux services de santé. Cependant, il y a encore un bon nombre de zones où cette solution ne sera pas possible avant plusieurs années. En réponse à ce genre de problème l'UNICEF et le ministère de la santé ont proposé des maisons d'attente appelées 'Dar Al Oumouma' (DAO).

Objectifs

Cette recherche vise à définir la mesure dans laquelle la DAO est une solution efficace pour augmenter la couverture des besoins obstétricaux et néonataux dans les zones reculées tout en contribuant au renforcement de l'autonomie des communautés.

De manière plus spécifique, les objectifs sont de : - évaluer l'évolution des taux d'interventions obstétricales faites pour sauver la vie de la mère avant et après l'implantation des maisons d'attente dans la population de femmes enceintes des zones d'étude ; - évaluer l'évolution des taux de mortalité périnatale précoce parmi les femmes enceintes des régions à l'étude admises dans les hôpitaux de référence ; - identifier les facteurs sociaux (charisme des leaders communautaires, niveau d'autonomie communautaire, pression externe, etc.) qui ont contribué, ou pas, au sentiment d'appropriation des DAOs et qui ont contribué à l'utilisation de ces DAOs et des services obstétricaux modernes.

Méthodologie

L'approche proposée intègre des méthodes quantitatives et qualitatives :

- La composante quantitative est une étude comparative utilisant un devis rétrospectif 'avant et après' et comparatif avec les autres aires des provinces où sont situées les DAOs. Une documentation des outputs des maisons d'accouchements jumelées aux DAOs étudiées sera effectuée, incluant la mesure d'indicateurs concernant les femmes référées et leurs nouveau-nés, et comparée à l'évolution de ces mêmes indicateurs pour les autres aires des maisons d'accouchement des provinces à l'étude.

- La composante qualitative. La prise en charge effective des femmes enceintes ne peut avoir lieu que si les femmes utilisent la DAO. La décision de construire et d'organiser une DAO a été prise avec les représentants de la communauté en réponse à un souci exprimé par la population à propos des soins liés à la maternité. La question suivante est de comprendre pourquoi certaines femmes utilisent et d'autres pas, ce qui rend la DAO acceptable et les barrières perçues par d'autres. Pour analyser la perception des utilisatrices et des non utilisatrices, des prestataires de soins, des représentants de la communauté, une étude qualitative a été définie, basée principalement sur des entretiens avec un échantillon des acteurs cités.

La réussite de l'implantation d'une DAO peut être un indicateur de la dynamique particulière d'une communauté, une caractéristique rarement reproductible. Il est donc important de comprendre ces caractéristiques qui peuvent jouer un rôle déterminant dans le succès ou l'échec des DAOs. D'un autre côté, on peut aussi imaginer que le projet de construction d'une DAO peut agir lui-même comme un catalyseur de la dynamique communautaire. Cette question sera explorée par des entretiens auprès d'informateurs clés et des leaders communautaires. Ceci représente environ 60 entretiens, soit une trentaine pour chacun des deux sites.

Commanditaires

EMRO (OMS) suite à appel d'offre compétitif

Partenaires

INAS, IRD, Direction Régionale de la Santé de Marrakech, ONG Ennakhil, Délégations provinciales de Ouarzazate et de Zagora, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

13. Appui à l'utilisation des données factuelles pour l'élaboration des politiques sanitaires en Afrique (Supporting the Use of Research Evidence for Policy in African Health Systems)

Sigle : SURE

Période : 2009-2014

Problématique

L'accès universel et équitable aux soins, l'atteinte des objectifs du Millénaire (ODM) et de tous les autres objectifs nationaux de santé ne peuvent pas être réalisés sans l'élaboration de politiques sanitaires basées sur des évidences scientifiques ou des données factuelles issues de la recherche scientifique.

Malheureusement, les décideurs publics s'appuient peu ou pas sur ces évidences. Ceci peut expliquer les échecs de certains programmes sanitaires et constituer des obstacles à l'atteinte des ODM, en particulier dans les pays d'Afrique.

Objectifs

Le projet SURE a pour objectif principal « l'aide à la décision » en matière de politique sanitaire à travers l'utilisation par les décideurs publics de données factuelles fiables, pertinentes et accessibles (<http://www.evipnet.org/local/SURE/Website/home.page.htm>).

Ce projet est associé aux projets EVIPnet (Evidence-Informed Health Policy Network) et REACH (Regional East African Community Health).

Les pays associés au projet SURE sont l'Ouganda, le Cameroun, la République Centrafricaine, l'Ethiopie, le Burkina Faso, le Mozambique, la Zambie.

Méthodologie

- Appui des partenaires à la production de notes de politiques à partir de données factuelles fiables et pertinentes issues de la recherche scientifique.

- Développement de stratégies pour améliorer l'utilisation par les décideurs publics des données factuelles issues de recherches scientifiques et évaluation de ces stratégies.

Commanditaires

Union Européenne (European Commission - Research Seventh Framework Programme to support EVIPNet Africa (Evidence-Informed Policy Network) and REACH (Regional East African Community Health Policy Initiative))

Partenaires

Le Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Centre norvégien de santé) d'Oslo en Norvège.

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

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

Retrouvez toutes les publications, communications orales,
communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études
et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Période : 2002-2009

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.

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.

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.

Commanditaires

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 : HEPA VIH

Période : 2005-2009

Problématique

La prise en charge de la co-infection par le VHC est un problème majeur pour le devenir des patients infectés par le VIH : avec une prévalence proche de 30 %, elle est devenue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans cette population depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales hautement actives. Les interactions entre le VIH et le VHC sont nombreuses et complexes. L'infection par le VIH joue un rôle aggravant sur l'évolution spontanée de l'hépatite C, notamment en diminuant le délai de progression vers la cirrhose. De plus, les traitements antirétroviraux, métabolisés par le foie, sont responsables d'une toxicité hépatique.

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.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS CO-13) ; Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

Partenaires

UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; Hôpital Cochin, Service de Médecine Interne, Paris - Hôpital Tenon, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris ; 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.

3. Analyse coût-efficacité comparant une trithérapie (associant le Telaprevir à l'Interféron Pégylé et la Ribavirine) à une bithérapie standard pour le traitement de l'hépatite C

Sigle : ANALYSE COUT-EFFICACITE TRITHERAPIE VHC

Période : 2009-2010

Problématique

Avec le générique de la ribavirine qui arrive sur le marché et la venue des inhibiteurs de la protéase dans la sphère des traitements contre le virus de l'hépatite C, actuellement évalués dans des essais de phase 3, il est pertinent de s'interroger sur l'impact économique des innovations thérapeutiques dans le domaine du VHC. L'arrivée des inhibiteurs de la protéase (IP), appartenant à une nouvelle classe d'antiviraux à cible spécifique, dont on espère une efficacité accrue par rapport à la bithérapie standard (IFN PEG+RIBAVIRINE), pose clairement la question du prix/coût « acceptable » pour les traitements innovants du VHC en cours de développement.

Objectifs

En prenant en compte les effets indésirables et l'émergence de résistances associées aux IP, qui nécessiteront une adaptation des traitements à plus ou moins court terme, et les conséquences économiques engendrées par le passage d'une bi- à une tri-thérapie, ce projet a pour objectif de comparer une trithérapie associant le Telaprevir à IFN PEG+RIBAVIRINE versus une bithérapie standard IFN PEG+RIBAVIRINE pour le traitement du virus de l'hépatite C.

Méthodologie

À partir de données de deux essais cliniques de phase III et de données issues de la littérature, une analyse coût efficacité (ACE) intégrant un modèle probabiliste de transition (modèle de Markov) complété par un modèle épidémiologique de transmission du VHC adapté au contexte français, sera proposée pour estimer les effets et les coûts à long terme des deux stratégies thérapeutiques.

L'analyse proposée comparera le coût et l'efficacité des deux stratégies thérapeutiques pour deux groupes de patients : les patients VHC positif, de génotype 1, et naïfs de tout traitement ; et les patients VHC positif, de génotype 1, en échec thérapeutique ou rechuteurs à un premier traitement par une bithérapie standard IFN PEG+RIBAVIRINE.

Le critère d'efficacité principal retenu sera le nombre d'années de vie gagnées. Les critères secondaires seront la durée avant échec au traitement et la survie sans événement grave. Les ressources consommées seront collectées à partir des données issues des deux essais cliniques de phase 3 (ADVANCE et REALIZE).

Commanditaires

Janssen-Cilag.

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**Maladies transmissibles -
Grippe**

Retrouvez toutes les publications, communications orales,
communications affichées, synthèses des résultats, relatives aux études
et projets de recherche sur le **site internet commun ORS PACA - SE4S** :
www.se4s-orspaca.org

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

Sigle : GRIPPE

Période : 2009-2010

Problématique

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

Objectifs

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

Méthodologie

Outre la collecte de données « classiques » sur les coûts et les résultats des différentes stratégies, plusieurs enquêtes spécifiques seront conduites en France. 1) Une enquête administrée par Internet dans un panel représentatif de la population française (3 vagues prévues) ainsi qu'en accès libre à partir du site de l'INPES ou en sollicitant les internautes cherchant sur la grippe ou le vaccin sur Google permettra d'évaluer et de suivre les attitudes et comportements de la population vis-à-vis de la vaccination pandémique A/H1N1 pendant l'automne et l'hiver 2009-2010 ; 2) Une enquête administrée par CATI dans un échantillon représentatif des médecins généralistes libéraux permettra d'étudier l'organisation du système de soins en réponse à la pandémie A/H1N1 (panel-5 régions été 2009 ; panel national printemps 2010) ; 3) une enquête qualitative permettra de mesurer les répercussions psycho-sociales de la grippe A/H1N1 à distance de l'hospitalisation chez les patients suivis dans la cohorte FluCo. L'analyse coût-utilité des stratégies de lutte contre la pandémie sera réalisée en utilisant toutes les informations disponibles après la première vague en collaboration avec le Pr Fabrice Carrat (Inserm U707) et les Pr Alan Garber et Pr Douglas Owens (Center for Health Policy de l'université de Stanford).

Commanditaires

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

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

Signe : PANEL MG - GRIPPE

Période : 2009

Problématique

Le 20 octobre 2009, les premiers vaccins contre la pandémie de grippe A/H1N1 étaient disponibles dans les hôpitaux ; le 12 novembre, cet accès a été élargi progressivement à la population française dans les centres de vaccination. Contrairement à leurs voisins européens, les médecins généralistes français n'ont pas été impliqués dans la campagne de vaccination (circulaire du 21 août 2009), alors qu'ils ont un rôle pivot dans la vaccination contre la grippe saisonnière. Le taux de couverture vaccinale en France n'excédait pas 10 % en novembre 2009, à la fois dans les hôpitaux et dans les centres de vaccination, bien que la pandémie ait déjà provoqué 68 morts.

Objectifs

Mesurer les attitudes et comportements des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre la pandémie de grippe A/H1N1 et autres mesures de protection contre le virus de la grippe A/H1N1 dans l'hypothèse où les médecins généralistes serviraient de conseil sur la vaccination pour leurs patients et plus largement la population.

Méthodologie

Une enquête téléphonique a été menée du 16 juin au 22 septembre 2009 auprès de 1434 médecins généralistes libéraux représentatifs de quatre régions françaises de densités médicales variées : la Bourgogne, la Basse-Normandie, la Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au cours de ce questionnaire, les médecins ont été interrogés sur leur perception et leurs pratiques dans un contexte d'épidémie de grippe saisonnière et de pandémie grippale. Notamment, leur comportement vis-à-vis de certaines actions qu'ils seraient susceptibles de mettre en œuvre pendant leur exercice pour faire face à la pandémie de grippe A/H1N1 a été évalué (vaccination contre la grippe pandémique, port d'un masque, distribution de masques dans la salle d'attente ...). Ils ont également été interrogés sur le nombre de consultations supplémentaires qu'ils seraient prêts à effectuer quotidiennement pendant quinze jours afin de prescrire des traitements ou de vacciner la population.

Ce travail a fait l'objet d'une publication scientifique dans la revue *Vaccine*.

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) - Ministère de la Santé et des Solidarités / Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ; Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projets 2008 IReSP-Assurance Maladie-INSERM-HAS-DREES-RSI-INPES "Recherches sur les services de santé"; Groupement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) ; Haute Autorité de Santé (HAS).

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 Pr Jean-Paul Moatti, et l'Institut Fédératif de Recherche "Sciences humaines économiques et sociales de la santé d'Aix-Marseille" (SHESS-AM, IFR 134).

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

- l'équipe MATSS "Maladies Transmissibles, Systèmes de Santé", associant des chercheurs INSERM et IRD à des enseignants-chercheurs, décline quatre axes de recherches : Mesure de l'impact socio-comportemental et économique des multithérapies du VIH au Nord ; Evaluation des stratégies d'accès aux traitements du VIH/SIDA pour les pays en développement ; Etude des morbidités associées au VIH au Nord et au Sud (tuberculose, VHC, ...) ; Analyse de l'efficacité et de l'équité des systèmes de santé et de la qualité des soins dans les pays en développement.

- l'équipe DEVI-crs "Economie de la santé et vieillissement", associant des économistes et des épidémiologistes, se structure autour de trois projets principaux : Recherches sur la demande de "soins de long terme" en Europe, avec, par exemple, la mise au point d'un modèle de micro-simulation intégrant des scénarios épidémiologiques de la dépendance des sujets âgés ; Mise en place d'outils longitudinaux d'observation des pratiques des médecins généralistes, permettant d'évaluer la qualité de ces pratiques pour les enjeux économiques et de santé publique ; Economie des systèmes de santé dans les pays du Sud, actuellement confrontés à de nouveaux défis liés au développement des maladies chroniques.

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

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

L'Institut Fédératif de Recherche "Sciences Humaines Economiques et Sociales de la Santé d'Aix-

Marseille", co-dirigé par le Pr Jean-Paul Moatti et Yannick Jaffré, directeur de recherche à l'UMR 6578, regroupe actuellement 13 laboratoires signataires de la Convention 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.

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

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

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

Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- L'Unité INSERM 593 de Bordeaux pour les cohortes APROCO-COPILOTE et HEPAVIH
- L'Unité INSERM 687 de Villejuif pour le projet VESPA
- Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) dans le contexte du contrôle des overdoses de l'étude Méthaville
- 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)
- L'unité INSERM SC10 de Villejuif dans le cadre d'une collaboration visant à comparer la qualité de vie des patients infectés par le VIH participant aux essais cliniques, la population VIH en France (enquête VESPA), et la population générale
- Le Service de Cardiologie (Dr Cuisset Thomas et Dr Quilici Jacques) de l'Hôpital de la Timone, Marseille.
- L'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) de Montpellier (Eric Delaporte et Christian Laurent) dans le cadre de l'analyse des données de l'essai STRATALL (ANRS 12-110)
- Le Jewish Hospital (Unité du Pr Mark Wainberg) à Montréal pour le projet de dépistage rapide auprès des gays (DRAG)
- Le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Louis à Paris pour le projet de prévention pré-exposition (PrEP).
- The National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) dans le cadre d'une collaboration INSERM-NIAAA sur l'alcool et le VIH
- L'Institut de recherche Socio Anthropologique de l'Université catholique d'Afrique centrale (IRSA - Yaoundé, Cameroun) dans le cadre de l'enquête EVAL-ANRS12116 "Evaluation du programme camerounais d'accès aux traitements antirétroviraux".
- Le Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten (Centre norvégien de santé), situé à Oslo en Norvège, dans le cadre du projet SURE (Supporting the Use of Research Evidence for Policy in African Health Systems).

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)

Contribution, pour l'INSEE et la DREES, à l'apurement des données d'enquête Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Aidants 2008.

Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES)

Pour l'AERES, présidence de l'évaluation de deux laboratoires Inserm-CNRS : le CERMES et le CESAMES, impliquant la formation d'un comité d'experts, la visite sur site, la rédaction d'un rapport d'évaluation et la participation à la réunion de notation.

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

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

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

Responsabilité auprès de la DREES de la conception et de la construction d'un panel de 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 des vagues d'enquête n°1, 3 et 5 a été élaboré par les chercheurs et chargés d'études. Les résultats ont donné lieu à l'écriture par ces derniers et à la parution de deux publications dans la série Etudes et Résultats de la DREES (n°610 de novembre 2007 et n°708 d'octobre 2009).

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

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

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

Membre de la commission TSO qui 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. Nous avons 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.

Commission d'expertise INSERM sur la réduction des risques

Membre de l'expertise INSERM qui est une commission d'experts mise en place sur demande de la Direction Générale de la Santé afin d'identifier les priorités en réduction des risques pour la prévention de l'hépatite C. Plusieurs questions sont évaluées telles que l'impact de traitements de substitution aux opiacées sur la prévention du VHC et l'identification de nouveaux outils de réductions des risques.

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.

Institut D'Economie Publique (IDEP) secteur santé

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

Collaboration médicale pluridisciplinaire autour de la santé au travail en PACA : le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence Alpes Côte d'Azur (SISTEPACA) soutenu par la DRTEFP et le Conseil régional PACA

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, un médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre, des médecins du travail de services autonomes et interentreprises du régime général et du régime agricole, des collectivités territoriales, le médecin de la Consultation de Pathologie Professionnelle (CHU de Marseille), des médecins conseils de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la CNAMTS, le médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CRAMSE, un médecin généraliste de l'URML, le coordinateur du Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH 13) et la coordinatrice départementale du Service d'appui au maintien dans l'emploi des Bouches du Rhône (SAMETH HEDA) ont collaboré, dans le cadre du Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA), pour sensibiliser les médecins praticiens aux problèmes de santé liés au travail en construisant un site Internet dédié aux médecins (<http://www.sistepaca.org>) et en organisant des rencontres d'échanges, type formation médicale continue sur le thème santé travail. Ces rencontres ont pour but de favoriser les échanges entre médecine de prévention et médecine de soins. Plusieurs bassins d'exercice ont été ciblés dans le Vaucluse, le Var, les Bouches-du-Rhône et les Alpes Maritimes.

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

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

Programme Alcotra - Alpes latines coopération transfrontalière France Italie – 2007-2013

Dans le cadre du programme de coopération transfrontalière France-Italie Alcotra 2007-2013, l'ORS PACA a été sollicité par la Région Piémont pour participer à un projet de création d'une plateforme d'information transfrontalière commune aux Français et aux Italiens dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Ce projet associe des partenaires de 4 régions : Piémont (la Région, le Consortium pour le système d'information (CSI-Piemonte) et le Comité italien de promotion de la santé (CIPES)), Ligurie (la Région et l'Agence sanitaire locale (ASL) 1 Imperiese), Rhône Alpes (l'ORS Rhône Alpes et la Fédération Rhône Alpes d'éducation pour la santé) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (l'ORS PACA, le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES), le Conseil régional PACA et le Groupement régional de santé publique PACA (GRSP)).

Société d'urologie Félix Guyon du Sud-Est (SFGSE) et Association française d'urologie

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA ont collaboré, dans le cadre du SISTEPACA, pour sensibiliser les urologues au repérage de l'origine professionnelle possible des tumeurs des voies urinaires ; fiche sur internet (www.sistepaca.org), brochure diffusée à l'ensemble des médecins généralistes et urologues de la région, communications régulières à la SFGSE, enquêtes sur les besoins et les pratiques des urologues, participation à un enseignement post-universitaire (Diplôme interuniversitaire d'onco-urologie, janvier 2010).

Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP)

Membre du Comité de la Prévention et de la Précaution, qui est un des organismes de conseil placé auprès du Ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer (MEEDDEM). Il est composé d'une vingtaine de personnalités scientifiques reconnues pour leurs compétences dans les domaines de l'environnement et de la santé.

Haut Conseil de la Santé publique (HCSP)

L'ORS PACA et l'UMR912 participent à deux commissions du Haut Conseil de la Santé Publique.

- Au sein de la commission Prévention et Déterminants de Santé, un chercheur est chargé des questions relatives à la lutte contre le tabagisme. Il participe actuellement à l'évaluation de la loi de santé publique de 2004, et à la rédaction des nouveaux objectifs « tabac » de la prochaine loi de santé publique.

- Un médecin épidémiologiste de l'ORS a été élu vice-président d'une nouvelle commission créée début 2009, la "Commission spécialisée Risques liés à l'Environnement" (CSRE) qui réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des principaux risques liés à l'environnement et au travail pouvant menacer la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.

Association AIDES

AIDES est la principale association de lutte contre le sida en France et en Europe, de nature communautaire (c'est-à-dire composée de citoyens infectés ou affectés effectuant une démarche d'engagement personnel). AIDES est membre du TRT-5, groupe interassociatif qui s'intéresse aux questions de recherche thérapeutique sur le VIH. Le TRT-5 est officiellement reconnu comme un partenaire par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS). Reconnue d'utilité publique, AIDES bénéficie d'une convention pluriannuelle avec la Direction Générale de la Santé (DGS). Elle a constamment besoin d'évaluer son activité et d'analyser les besoins des personnes bénéficiant des actions de l'association. L'équipe participe régulièrement aux enquêtes de AIDES ciblant sa file active, comme l'enquête «AIDES et toi» de type «une semaine donnée». Elle a participé à l'analyse d'une enquête d'un partenaire de AIDES au Cameroun pour analyser les facteurs associés à l'utilisation du préservatif chez les homosexuels camerounais. L'équipe est impliquée avec AIDES dans un projet phare de dépistage rapide auprès des gays, le projet DRAG, financé par l'ANRS.

Coalition Plus

Coalition Plus est une coalition internationale créée le 20 avril 2008 et dont les membres fondateurs sont : AIDES en France, ARCAD SIDA au Mali (Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida), COCQ-Sida au Québec (Coalition des Organismes Communautaires Québécois de Lutte contre le sida) et ALCS au Maroc (Association de Lutte contre le sida). L'objectif de cette coalition est de replacer les malades au cœur des dispositifs d'aide et de prévention, peser auprès des grands financeurs internationaux pour faire évoluer les programmes, développer les associations membres en les soutenant et leur donnant plus de moyens et mutualiser les expertises pour mener des projets de recherche communautaire. L'équipe a travaillé en partenariat avec Coalition Plus sur l'analyse de données issues d'une enquête dont l'objectif était l'étude des comportements et pratiques sexuels auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Douala, Cameroun.

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.

Réseau ONCOPACA & Corse

Le Réseau Régional de Cancérologie, OncoPaca-Corse représente la fédération de quatre réseaux fondateurs (ONCAZUR, ONCORéP, ONCOSUD, R2c) et des réseaux corses ONCO 2a, ONCO 2b. Depuis 2006 une collaboration a été mise en place avec le réseau dans le cadre des cohortes Elippsse. Le réseau s'est engagé à nous aider à sensibiliser les oncologues aux projets Elippsse, en diffusant notamment auprès des membres du réseau les lettres Elippsse deux fois par an. La participation aux assemblées générales nous permet également de communiquer sur les cohortes.

Caisses d'assurance maladie : CNAMTS, MSA, AMPI, CNMSS

Depuis 2005 les quatre principaux régimes d'assurance maladie des régions PACA et Corse (régime général, régime agricole, régime des travailleurs non salariés, non agricoles et régime militaire) sont partenaires des cohortes Elippsse 40 et Elippsse 65. Ce partenariat a été précisé par des conventions qui font l'objet de mises à jour annuelles. Les cohortes sont constituées à partir des fichiers nominatifs des personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100 % au titre d'une ALD pour cancer du sein. Les services médicaux des caisses d'assurance maladie sollicitent toutes les femmes éligibles pour leur proposer de participer à l'enquête. Les caisses ont également en charge la transmission des données anonymisées de consommation de soins pendant la période d'étude et doivent procéder à la recherche du statut vital des individus en fin de cohorte.

Contribution à des structures nationales et régionales, professionnelles et scientifiques

L'ORS et l'UMR912 siègent dans de nombreuses structures nationales et régionales, soit en tant que personnalité morale, soit par la compétence de leurs chargés de recherche. Ils développent également une activité croissante de lecture et de validation d'articles dans de multiples publications scientifiques.

Structures nationales

- Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Actions Coordonnées de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) : n° 5 "Essais thérapeutiques dans l'infection à VIH", n° 7 "Cohortes", n°12 "Pays en développement", n° 24 'essais thérapeutiques dans les hépatites virales', n°25 "Recherche en santé publique, sciences de l'homme et de la société dans le domaine des hépatites", groupe socio-comportemental sur les essais cliniques, groupe nouvelles approches de prévention
- 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 d'Administration de la Fédération Nationale des ORS (FNORS)
- Commission Nationale d'Appel de Qualification en Santé Publique et Médecine Sociale au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Collège Scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Comité de visite de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) pour l'évaluation des unités de recherche
- Comité d'Orientation Stratégique de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité scientifique de l'appel d'offre "recherches sur les services de santé" de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité scientifique de l'appel à projets "les Suds, aujourd'hui" de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR)
- Comité d'Orientation Scientifique de la recherche en sciences humaines, économiques et sociales et en santé publique (COS-SHS) de l'INCa (Institut National du Cancer)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Commissions spécialisées du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) : "risques liés à l'environnement" (CSRE) et "prévention et déterminants de santé" (CS3)
- Commission d'expertise INSERM sur la réduction des risques
- Comité scientifique de l'Association Française pour la Prévention des Catastrophes Naturelles
- Conseil supérieur des installations classées, Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP)
- 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)
- Conférence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 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)
- Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES)
- Conseil d'administration de l'Institut Paoli Calmettes
- Conseil scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille
- Comité Régional du Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville (FIQSV), Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie de la Région PACA
- Comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)
- Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Cancéropôle PACA

Appartenance à des Sociétés savantes

- Société Française de Statistique (SFdS)
- Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse
- International Health Economic Association (IHEA)
- Preference Group Elicitation (PEG)

Activité de reviewing d'articles

- Addiction
- Addictive Behaviors
- Aids
- Aids Care
- American Journal of Public Health
- Antiviral Therapy
- Archives of Women's Mental Health
- BMC Palliative Care
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- Bulletin of the World Health Organization
- Chronic Illness
- Déviance et Société
- Drug and Alcohol Dependence
- Economics and Human Biology
- Economie et Statistique
- Ethique Publique
- Harm reduction journal
- Health and Medicine Journal
- Health Policy
- Indian Journal of Medical Sciences
- International Journal of Environmental Research and Public Health
- International Journal of Drug Policy
- Journal of Epidemiology and Community Health
- Journal of Socio-Economics
- Journal of the International AIDS Society
- Médecine et maladies infectieuses
- Médecine/Sciences
- Politique et Sociétés
- Population
- Preventive Medicine
- Psychology
- Psychology & Health
- Quality of Life Research
- Revue Economique
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- Risk Analysis
- Santé Publique
- Sciences et Motricité
- Sciences Sociales et Santé
- Social Science and Medicine
- Sociologie et Sociétés
- The Lancet

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**Activité de communication
scientifique**

Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2009

Au niveau local et régional

- Conférences publiques IDEP, GREQUAM, SHADYC "A l'école des sciences sociales". - Marseille, France : 31 mars 2009
- Journée Régionale "Santé des Jeunes : prévention, actions éducatives et parentalité". - Marseille, France : 10 avril 2009
- Congrès de Physiologie, de Pharmacologie et de Thérapeutique. Séance Pharmacologie Sociale. - Marseille, France : 16 avril 2009
- Réunion du Groupe Régional Santé Environnement. - Marseille, France : 26 juin 2009
- Séminaire du pôle régional santé travail "Quels dispositifs de connaissances statistiques pour la connaissance des maladies et prévention des risques professionnels ? - Marseille, France : 29 juin 2009
- 23ème journée du collège de gynécologie médicale Marseille Provence. - Marseille, France : 26 septembre 2009.
- 7ème Journée Nationale d'Etude "Elus, Santé Publique & Territoires". L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la Politique de Santé Publique. - Marseille, France : 09 octobre 2009
- Journée Société de médecine et santé au travail Paca Corse - Marseille, France : 24 novembre 2009.
- Colloque CRIPS : Prévention du sida en direction des jeunes : faire plus, faire mieux, faire autrement ? - Marseille, France : 24 novembre 2009.
- 7° Forum Régional de la Culture Scientifique, technique et Industrielle. - Conseil Régional, Marseille, France : 3 décembre 2009.

Au niveau national et international

- 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). - Montréal, Canada : 8-11 février 2009
- 1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie, organisées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. - Paris, France : 11-12 février 2009
- 24ème conférence de l'INAS. - Rabat, Maroc : 19 février 2009
- Séminaire du LEGOS "Economie des politiques sociales : équité et redistribution". - Paris, France : 3-4 mars 2009
- Journée scientifique "Les transferts intergénérationnels", organisée par l'INED. - Paris, France : 17 mars 2009
- 13th International Workshop on HIV Observational Databases. - Lisbonne, Portugal : 26-28 mars 2009.
- 35th Annual Meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. - Göteborg, Sweden : 29 mars-1er avril 2009
- 3th International In Sickness and in Health Conference. - Victoria, Canada : 15-17 avril 2009
- 3ème Congrès de l'Association Française de Sociologie "Violences et société". - Paris, France : 14-17 avril 2009
- Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference. - Bangkok, Thaïlande : 20 avril 2009
- 11th International meeting on Psychosocial aspects of cancer genetic testing. - Toronto, Canada : 23-24 avril 2009
- 8ème Séminaire de recherche clinique sur le VIH de l'ANRS "Vieillesse accélérée chez les patients infectés par le VIH : un phénomène qui se précise". - Paris, France : 4-5 mai 2009
- 3ème Conférence Francophone d'Epidémiologie Clinique. - Fès, Maroc : 8 mai 2009
- Congrès "Cancers souffrance psychique et sociale". - Bordeaux, France : 15 mai 2009.
- 1 Second Belgian SHARE User Conference. - Bruxelles, Belgique : 28 mai 2009
- 9th Alzheimer Europe Conference. - Bruxelles, Belgique : 29-30 mai 2009
- 2nd Conference of the International Microsimulation Association. - Ottawa, Canada : 8-10 juin 2009
- Journées Nationales d'Infectiologie (JNI). - Lyon, France : 10-12 juin 2009
- 1er Forum Science, Recherche & Société organisé au Collège de France par les journaux La Recherche et Le Monde. - Paris, France : 20 juin 2009
- Congrès de l'Association francophone de psychologie de la santé (Afpsa) - Rennes, France : 24-26 juin 2009
- Journée scientifique 2009 du TRT-5 "La qualité de vie dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques et de prise en charge de l'infection par le VIH". - Paris, France : 26 juin 2009
- XIXème Congrès Mondial de Gériatrie et Gerontologie IAGG. - Paris, France : 5-9 juillet 2009
- 7th World Congress on Health Economics. - Beijing, China : July 12-15, 2009
- 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention - Cape Town, Afrique du Sud : 19-22 juillet 2009
- 6th European Congress on Tropical Medicine and International Health. - Verona, Italie : 6-10 septembre 2009
- EFIC : Pain in Europe VI. - Lisbonne, Portugal : 9-12 septembre 2009
- XXIXèmes Journées de l'Association d'Economie Sociale (AES) « emploi et politiques sociales ». - Créteil, France : 17-18 septembre 2009
- European Cancer Organisation ECCO 15 / ESMO 34 - Berlin, Allemagne : 20-24 septembre 2009

- 3ème Congrès International La chaîne des médicaments. Perspectives scientifiques et analyse interdisciplinaire du médicament : produit en évolution. - Milan, Italie : 21-24 septembre 2009
- 9th International AIDS IMPACT Conference. – Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009
- 23rd Annual Conference of the European Health Psychology Society (EHPS). - Pise, Italie : 23-26 septembre 2009
- Santé et mobilités au Nord et au Sud, circulations des acteurs, évolutions des pratiques – Yaoundé, Cameroun : 30 septembre 2009
- 26th International Population Conference. - Marrakech, Maroc : 27 septembre - 02 octobre 2009
- Première édition Rencontres annuelles de l'INCa "Les nouveaux enjeux du Plan Cancer 2009-2013". - Paris, France : 7 octobre 2009.
- 2009 Breast Cancer Symposium – San Francisco, USA : 8-10 octobre 2009
- 9ème Colloque International Toxicomanies-Hépatites-Sida (THS 9), Les rencontres de Biarritz 2009. - Biarritz, France : 13-16 octobre 2009.
- Journées de la Société Française de Radiologie 2009. - Paris, France : 16-20 octobre 2009
- Symposium Sciences Humaines et Oncologie : Des outils, des enjeux, une coopération au service du patient. - Lyon, France : 22-23 octobre 2009.
- Colloque de la FNATH sur les cancers professionnels - Carpentras, France : 26 octobre 2009
- 5th MIM Panafrican Malaria Conference. - Nairobi, Kenya : 2-6 novembre 2009
- 31ème Journées d'Economistes de la Santé Français - Rennes, France : 3-4 décembre 2009
- The publics of public health. On politics, ethos, and economy of 21st century African Bioscience. - Kilifi, Kenya : 7-11 décembre 2009
- Solstice du Pôle Sud - Progrès sanitaires : pourquoi l'Afrique est-elle à la traîne ? - Paris, France : 21 décembre 2009

Activité de valorisation

En 2009, l'équipe ORS-SE4S a donné lieu à la publication de :

- 72 articles scientifiques ;
- 16 articles originaux et synthèses ;
- 9 ouvrages ou chapitres d'ouvrages ;
- 76 communications orales ou affichées.

Site internet

Parce qu'il est indispensable de partager l'information, l'ORS PACA s'est doté depuis fin 2000 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.

Un module de recherche multicritère a été intégré au site en octobre 2006, afin que les utilisateurs puissent interroger la base documentaire de l'ORS depuis 1990 et télécharger les différents documents (rapports, tableaux de bords, articles, RegardSanté, RepèreSanté...).

Au début du second semestre 2009, un nouveau site commun SE4S - ORS PACA a été mis en place (www.se4s-orspaca.org) qui permet aux internautes d'avoir accès non seulement aux rubriques qu'ils ont déjà l'habitude de consulter sur le site de l'ORS PACA mais également à la présentation de l'UMR 912, de ses équipes, et de l'ensemble des projets de recherche en cours au sein de la plateforme ORS PACA - UMR 912.

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**Activités d'enseignement
et de formation**

Activité d'enseignement

L'équipe ORS-SE4S contribue à la formation en participant aux enseignements universitaires et post-universitaires et aux séminaires, mais surtout au travers de l'accueil et de l'encadrement d'étudiants en Master (1^{ère} et 2^{ème} années), de doctorants qui réalisent leur thèse sur le site de l'ORS, de post-doctorants, d'internes en médecine et en pharmacie, et d'étudiants qui effectuent leur stage de fin d'étude au sein de l'ORS.

En 2009, l'équipe a participé à divers enseignements :

- Master of Public Affairs (Sciences Po, Institut d'Etudes Politiques (IEP) - Paris)
- Mastère Gestion des risques sur les territoires (Ecole Nationale d'Administration (ENA) - Strasbourg)
- Mastère Action Publique, module " Prévention et gestion des risques" (Ecole Nationale des Ponts et Chaussées (ENPC) - Paris)
- Master of Public Health (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) - antenne de Paris)
- Master Santé Publique et Management de la Santé, spécialité "Méthodes en évaluation thérapeutique" (Faculté de médecine Xavier Bichat, Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, Paris)
- Master en Sciences Sociales, 1^{ère} année, sur le thème "Analyse statistique de données" (Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) - Marseille)
- Master Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales (MASS), 2^{ème} année, sur le thème "Analyse statistique des données longitudinales" (Université de la Méditerranée et Université de Provence)
- Master Economie, Gestion et Politiques Publiques, 1^{ère} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master Economie, 2^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master Ingénierie Economique et Financière, 2^{ème} 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)
- Master Expertise et Ingénierie des Systèmes d'Information en Santé, module Epidémiologie (Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Master recherche Oncologie, 3^{ème} cycle, module Nouvelles voies diagnostiques et nouveaux critères de jugement en oncologie (Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Master Ressources Humaines - Cadre de santé, 1^{ère} année (Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté de Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Mastère professionnel Prévention et dépistage (Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Master Conseil en génétique et médecine prédictive, 3^{ème} cycle, module Relation médecin patient et modèles de décisions (Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Mastère professionnel Psychologie de la santé (Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Magistère Ingénieur Economiste, 1^{ère} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Administration 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}, 2^{ème} et 3^{ème} année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Professionnelle Gestion et traitement statistique de base de données - Module Traitement statistique de données épidémiologiques et génomiques (Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Diplôme Universitaire "Addictions, Psychiatrie, VIH et Hépatites Virales" (Hôpital Paul Brousse, Paris)
- Diplôme Universitaire "Approche psycho-dynamique du cancer chez l'adulte" (Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine de Marseille)
- Séminaire de formation "ARV Treatment Seminar" (Open Society Institute (OSI) - Salzburg, Autriche)
- Formation à l'économie de la santé : Offre de soins-Soins de ville-Soins hospitaliers (Collège des Economistes de la Santé-Caisse Nationale d'Assurance-Maladie-Régime Social des Indépendants)

- Formation Médicale Continue (Université de la Méditerranée, Faculté de médecine de Marseille, Département Universitaire de Formation Médicale Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles) sur les thèmes :
 - "La prise en charge des souffrances morales au travail"
 - "La prise en charge des cancers professionnels en médecine générale"
 - "Les facteurs environnementaux et professionnels des rhinites et asthmes"
 - "Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en médecine générale"
 - "La prise en charge des troubles musculo-squelettiques professionnels (TMS)"
 - "Le maintien dans l'emploi"
- Formation des Réseaux Ville Hôpital AIX TOX et Santé Provence (Centre Hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence)
- Formation des infirmiers 1^{ère} année, UE Méthodes de travail (Institut de Formation en Soins Infirmiers, Hôpital Nord, Marseille)

Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2009 au sein de la plateforme ORS-SE4S :

THÈSES SOUTENUES

- Anne-Déborah Bouhnik, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Santé Publique. Date de soutenance : 25 novembre 2009
Thèse : "Comportements à risque des personnes vivant avec le VIH en France dans le contexte des multithérapies antirétrovirales" (directeur de thèse : Dr Y. Obadia, Observatoire Régional de la Santé Paca)
- Perrine Roux, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 07 janvier 2010
Thèse : "Observance thérapeutique des patients multitraités : le cas de la toxicomanie" (directeur de thèse : B. Spire, Inserm)
- Luis Sagaon Teyssier, Faculté de Sciences Economiques, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 16 novembre 2009
Thèse : "Analyses empiriques de la dynamique du marché du travail mexicain à partir de données longitudinales" (directeur de thèse : Pr X. Joutard, GREQAM, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)

THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Julien Chauveau, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Econométrie. Date de soutenance : 2010
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)
- Isabelle Clerc, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2011
Thèse : "Modèles multiniveaux et analyses économétriques sur données de panel" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Emilie Guyon, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Mathématiques et Informatiques. Date de soutenance : 2012
Thèse : "Traitement statistique des données manquantes" (directeurs de thèse : D. Pommeret, Institut de Mathématiques de Luminy ; C. Protopopescu, Inserm UMR912)
- Gilbert Ndziesi, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2012
Thèse : "Impact des traitements ARV sur la prévention du VIH en Afrique subsaharienne" (directeur de thèse : P. Carrieri, Inserm)
- Marie-Laure Saliba, Université de Provence - Aix-Marseille I
Doctorat en Sociologie. Date de soutenance : 2010
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)
- Sophie Thiebaut, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2010
Thèse : "Vieillesse des populations et dépenses de santé" (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 : 2010
Thèse : "Qualité non contractualisable et gestion du système de santé" (directeur de thèse : Pr JP. Moatti, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)

INTERNES EN MEDECINE

- Stéphanie Boden, Interne en pharmacie hospitalière et des collectivités, Faculté de Pharmacie de Marseille
- Faïza Fafi, Interne en pharmacie hospitalière et des collectivités, Faculté de Pharmacie de Marseille
- Guillaume Gionta, Interne en médecine du travail, Faculté de Médecine de Marseille
- Sophie Rasson, Interne en santé publique, Faculté de Médecine de Marseille

MASTERS, LICENCES

- Lise Balet, Master "Santé publique et environnement" spécialité "Intervention en promotion de la santé", Faculté de Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy I
- Cyril Berenger, Master 2 "Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales" (MASS), Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Alaâ Dakkak, Master 2 "Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales" (MASS), Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Charly Falcone, Licence professionnelle "Gestion et traitement statistique de bases de données" (GTSBD), Faculté des sciences de Luminy, Aix Marseille II
- Aurèle Francou, Elève ingénieur agronome, AgroParisTech
- Emilie Guyon, Master 2 "Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales" (MASS), Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Nicolas Lorente, Master 2 "Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales" (MASS), Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Gilbert Ndziessi, Master 2 Recherche "Analyse des systèmes de santé", Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Aix Marseille II
- Julie Pennachi, Master 2 "Psychologie sociale du travail et des organisations" (PSTO), Université de Provence
- Aurèle Saccavini, Master 2 professionnel "Population développement prospective", Université Bordeaux IV Montesquieu
- Laura Spica, Master 2 professionnel "Anthropologie", Université de Provence
- David Y.S. Zombre, Master 2 "Recherche en santé publique et ingénierie des systèmes de santé", option "Méthodes d'analyse des systèmes de santé", Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Aix Marseille II

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009-2010**

**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

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 Sorrentino, 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-Louis Maurizi, Président du Syndicat Régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée du Sud-Est

Organismes publics de recherche biomédicale

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 Pharmacies 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

Mme Bérengère Dalbiès, 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, Présidente de la Section Alpes Maritimes des Mutuelles Santé Plus, Administratrice Mutuelles de France Méditerranée

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

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

L'équipe ORS - SE4S

Direction

MOATTI Jean-Paul

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

OBADIA Yolande

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

VERGER Pierre

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

Equipe administrative et technique

ADAM Marie-Odile

Aide comptable
Tél: 04 91 59 89 06
marie-odile.adam@inserm.fr

BEJ Kinga

Infographiste
Tél: 04 91 59 89 21
kinga.bej@inserm.fr

DARDEL Marie-Catherine

Assistante du Directeur de l'UMR912 SE4S
Tél: 04 91 59 89 19
marie-catherine.dardel@inserm.fr

DELOYE Erwan

Infographiste
Tél: 04 91 59 89 21
erwan.deloye@inserm.fr

DESPRETZ Régine

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

GIOVANNINI Carole

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

GORINE Zohra

Secrétaire d'études
Technicienne ORS
Tél: 04 91 59 89 05
zohra.gorine@inserm.fr

GUELMANI Najoua

Secrétaire
Technicienne IPC/ORS
Tél: 04 91 22 35 02
najoua.guelmani@inserm.fr

KISSIKIAN Marie-Pierre

Comptable
Tél: 04 91 59 89 15
kissikian@orspaca.org

LAMBERTI Jacqueline

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

MAYER Laurent

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

RENOUX Anne-Claire

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

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

Equipe Observation et territoires

- **Responsable(s) d'équipe**

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

- **Composition de l'équipe**

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

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

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

DUMESNIL Hélène
Psychosociologue
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 12
helene.dumesnil@inserm.fr

GRILLO Nathalie
Statisticienne
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 23
nathalie.grillo@inserm.fr

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

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

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

PENNACCHI Julie
Psychosociologue
Technicienne d'études ORS/INSERM
Tél: 04 91 13 41 13
julie.pennacchi@inserm.fr

VIAU Alain
Médecin de santé publique
Chargé d'études ORS
Tél: 04 91 59 89 02
alain.viau@inserm.fr

Equipe Cancer, Biomédecine & Société (CAN-BIOS)

- **Responsable(s) d'équipe**

JULIAN-REYNIER Claire
Médecin Epidémiologiste
Directeur de recherche INSERM
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site
Institut Paoli Calmettes
Tél: 04 91 22 35 03
claire.julian-reynier@inserm.fr

- **Composition de l'équipe**

APOSTOLIDIS Thémis
Psychosociologue
Professeur de psychosociologie - Université de
Provence
themistoklis.apostolidis@univ-provence.fr

BEN DIANE Karim
Sociologue
Chargé de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 91 22 33 87
marc-karim.bendiane@inserm.fr

BERENGER Cyril
Statisticien
Technicien d'études ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 23
cyril.berenger@inserm.fr

BOUHNİK Anne-Déborah
Biostatisticienne
Ingénieur d'étude INSERM
Tél: 04 91 22 35 01
anne-deborah.bouhnik@inserm.fr

BOURRET Pascale

Sociologue
Maître de conférence - Université de la Méditerranée
Tél: 04 91 22 35 42
pascale.bourret@univmed.fr

CAO Caroline

Economètre
Ingénieur d'étude INSERM
Tél: 04 91 22 35 02
caroline.cao@inserm.fr

CLUZE Camille

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

EISINGER François

Oncogénéticien
Praticien hospitalier - Institut Paoli-Calmettes
Tél: 04 91 22 35 41
eisingerf@marseille.fnclcc.fr

EL ABED Rim

Biologiste
Ingénieur d'étude INSERM
elabed.rim@inserm.fr

FABRE Roxane

Statisticienne
Ingénieur d'étude INSERM
Tél: 04 91 22 35 02
roxane.fabre@inserm.fr

FAUCHER Catherine

Hématologue
Praticien hospitalier - Institut Paoli-Calmettes
faucherc@marseille.fnclcc.fr

HUIART Laetitia

Oncogénéticienne
Praticien hospitalier - Institut Paoli-Calmettes
Tél: 04 91 22 37 42
huiartl@marseille.fnclcc.fr

LE CORROLLER-SORIANO Anne-Gaëlle

Economiste
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 91 22 36 73
anne-gaëlle.le-corroller@inserm.fr

MARINO Patricia

Economiste
Ingénieur de recherche INSERM
Tél: 04 91 22 35 02
patricia.marino@inserm.fr

PELLEGRINI Isabelle

Psychologue
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 91 22 36 34
isabelle.pellegrini@inserm.fr

PERETTI-WATEL Patrick

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

PETRI-CAL Anouk

Psychosociologue
Ingénieur d'étude INSERM
petri-cal.anouk@inserm.fr

RABAYROL Laetitia

Economètre
Coordinatrice Interface Oncogénétique
Institut Paoli-Calmettes
Tél: 04 91 22 34 93
rabayroll@marseille.fnclcc.fr

RAPTI Myrto

Psychologue
Ingénieur de recherche INSERM
Tél: 04 91 22 33 33 (poste 4713)
myrto.rapti@inserm.fr

REY Dominique

Médecin Epidémiologiste
Chargée de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 91 22 37 51
dominique.rey@inserm.fr

SEROR Valérie

Economiste
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 91 22 33 87
valerie.seror@inserm.fr

TARPIN Carole

Oncologue
Praticien hospitalier - Institut Paoli-Calmettes
Tél: 04 91 22 35 37
tarpinc@marseille.fnclcc.fr

• Doctorant(s)**BASCETTO Vanessa**

Doctorante en sciences économiques,
Bourse INCa
Tél: 04 91 22 33 09
vanessa.bascetto@inserm.fr

CONSTANCE Jean

Doctorant en sociologie
jean.constance@inserm.fr

SPICA Laura

Doctorante en anthropologie
Tél: 04 91 22 33 33
laura.spica@inserm.fr

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

- **Responsable(s) d'équipe**

GRUENAI Marc-Eric

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

SPIRE Bruno

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

- **Composition de l'équipe**

AULAGNIER Marielle

Démographe, Statisticienne
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 69
marielle.aulagnier@inserm.fr

BLANCHE Jérôme

Gestionnaire de bases de données
Technicien d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 82
jerome.blanche@inserm.fr

BOURDIER Frédéric

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

CABUT Sandrine

Statisticienne
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 08
sandrine.cabut@inserm.fr

CARRIERI Patrizia

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

COHEN Julien

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

DE BROUWERE Vincent

Professeur de santé publique
Directeur de recherche IRD
Tél: +212661221164
vdbrouwere@itg.be

EBOKO Fred

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

FERONI Isabelle

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

FUGON Lionel

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

GUAGLIARDO Valérie

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

HANDSCHUMACHER Pascal

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

LOUBIERE Sandrine

Economiste
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
sandrine.loubiere@inserm.fr

MARCELLIN Fabienne

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

MORA Marion

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

MORIN Michel

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

OBADIA Yolande

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

ORSI Fabienne

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

OUATTARA Fatou

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

POIZOT-MARTIN Isabelle

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

PREAU Marie

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

PROTOPOESCU Camelia

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

ROUX Perrine

Chercheur en Santé Publique
Tél: 04 96 10 28 78
perrine.roux@inserm.fr

SUZAN-MONTI Marie

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

TAIEB Charlotte

Gestionnaire de bases de données
Technicienne ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 68
charlotte.taieb@inserm.fr

TOURNEUX Henry

Anthropologue
Directeur de Recherche CNRS
Tél: 04 91 59 89 05
henry.tourneux@wanadoo.fr

VIDAL Laurent

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

VILLES Virginie

Biostatisticienne
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 81
virginie.villes@inserm.fr

WERNER Jean-François

Anthropologue
Chargé de Recherche IRD
Tél: 04 90 09 99 34
jean-francois.werner@ird.fr

• Post-doctorant(s)**ABU-ZAINEH Mohammad**

Economiste
Post-doctorant
Tél: 04 96 10 28 65
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

ATTANE Anne

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

HANE Fatoumata

Anthropologue
Post-doctorante
Bourse Sidaction
hanefatoumata@yahoo.fr

KOUOKAM Estelle

Anthropologue
Post-doctorante
esthelka@yahoo.com

• Doctorant(s)**BADIANE Célestine**

Doctorante en anthropologie
Tél: 04 91 59 89 05
celbadiane@yahoo.fr

BALONDI Steeve

Doctorant en anthropologie
balondjisteeve@yahoo.fr

BOYER Sylvie

Doctorante en sciences économiques
Bourse Sidaction
Tél: 04 96 10 28 72
sylvie.boyer@inserm.fr

CHAUVEAU Julien

Doctorant en sciences économiques
Tél: 04 96 10 28 60
julien.chauveau@inserm.fr

GUYON Emilie

Doctorante en sciences mathématiques et informatiques
Bourse doctorale régionale
emilie.guyon@inserm.fr

HERMANN Judith

Doctorante en anthropologie
Bourse Sidaction
yodit_her@yahoo.fr

MBALLA Josiane

Doctorante en anthropologie
Bourse ANRS
joelmballa@yahoo.fr

MEDAH Paule Rachel

Doctorante en anthropologie
medchel1@yahoo.fr

MEINERS Constance

Doctorante en sciences économiques
Bourse ANRS
Tél: 04 96 10 28 69
constance.meiners@inserm.fr

MOUNSADE KPOUNDIA Fadimatou

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

NDZIESSI Gilbert

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

NGO YEBGA Solange

Doctorante en anthropologie
Bourse IRD, chargée de cours à l'UCAC
Tél: 04 91 59 89 05
yebs20@yahoo.com

TOE Léa

Doctorante en anthropologie
Bourse de thèse IRD
lea_toe@yahoo.com

ZONGO Sylvie

Doctorante en anthropologie
Bourse ANRS
zongsyl@yahoo.fr

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

- **Responsable(s) d'équipe**

VENTELOU Bruno

Economiste
Chargé de recherche CNRS
Tél: 04 91 59 89 16
bruno.ventelou@inserm.fr

- **Composition de l'équipe**

ARRIGHI Yves

Statisticien
Ingénieur d'études ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 44
yves.arrighi@inserm.fr

BLOIS Stéphanie

Psychosociologue
Ingénieur d'études ORS/INSERM
stephanie.blois@univ-provence.fr

BOUVENOT Gilles

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

FLICOTEAUX Rémi

Médecin de santé publique
Chargé de recherche ORS/INSERM
dr.flicoteaux@gmail.com

LIONS Caroline

Statisticienne
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 66
caroline.lions@inserm.fr

PARAPONARIS Alain

Economiste
Maître de conférence - Université de la Méditerranée
Tél: 04 91 59 89 02
alain.paraponaris@inserm.fr

PROTIERE Christel

Economiste
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 91 59 89 16
christel.protiere@inserm.fr

ROLLAND Sophie

Statisticienne
Technicienne d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 13 41 12
sophie.rolland@inserm.fr

SCHWARZINGER Michael

Médecin Epidémiologiste
Chargé de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 60
michael.schwarzinger@inserm.fr

SOUVILLE Marc

Psychosociologue
Maître de conférence - Université de Provence
marc.souville@univ-provence.fr

TACHE Gwendoline

Statisticienne
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 21
gwendoline.tache@inserm.fr

VERGER Pierre

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

VILLANI Patrick

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

- **Post-doctorant(s)**

DAVIN Bérengère

Economiste
Bourse post-doctorale CNSA - Programme FLARE
Tél: 04 91 59 89 10
berengere.davin@inserm.fr

SAGAON TEYSSIER Luis

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

- **Doctorant(s)**

AFRIDI Muhammad asim

Doctorant en sciences économiques
Bourse doctorale Ministère de la Recherche
Tél: 04 96 10 28 64
asim.afridi@inserm.fr

CLERC Isabelle

Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale régionale
Tél: 04 91 59 89 28
isabelle.clerc@inserm.fr

THIEBAUT sophie

Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale Région-Inserm
Tél: 04 96 10 28 61
sophie.thiebaut@inserm.fr

VIDEAU Yann

Doctorant en sciences économiques
Bourse doctorale Ministère de la Recherche
yann.videau@inserm.fr

Plateforme d'enquêtes

- **Responsable(s) d'équipe**

MARADAN Gwenaelle

Responsable de la plateforme d'enquêtes
Tél: 04 91 63 56 44
gwenaelle.maradan@inserm.fr

- **Composition de l'équipe**

ASSEF Christelle

Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 97
christelle.assef@inserm.fr

BIEMAR Julie

Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 95
julie.biemar@inserm.fr

CHAPPE Cécile

Technicienne d'enquête
Tél: 04 91 63 56 45
cecile.chappe@inserm.fr

DIALLO Issaga

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

HUGUET Sandrine

Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 94
sandrine.huguet@inserm.fr

MARTIN Maddy

Technicienne d'enquête
Tél: 04 91 63 56 43
maddy.martin@inserm.fr

ZOVIGHIAN Eric

Gestionnaire de bases de données
Tél: 09 96 10 28 86
eric.zovighian@inserm.fr

**RAPPORT
D'ACTIVITE
2009 - 2010**

**Les publications et communications
2009 - 2010**

2010

Publications à caractère scientifique

- 10-S01 LERT F., SITTA R., BOUHNİK A.D., DRAY-SPIRA R., SPIRE B. – HIV-positive men who have sex with men: biography, diversity in lifestyles, common experience of living with HIV. ANRS-EN12 VESPA Study, 2003.
AIDS Care, 2010, 22(1) : 71-80 (Vespa)
- 10-S02 POTARD V., CHASSANY O., LAVIGNON M., COSTAGLIOLA D., SPIRE B. – Better health-related quality of life after switching from a virologically effective regimen to a regimen containing efavirenz or nevirapine.
AIDS Care, 2010, 22(1) : 54-61
- 10-S03 KATZENSTEIN D., KOULLA-SHIRO S., LAGA M., MOATTI J.P. – Learning and doing: operational research and access to HIV treatment in Africa. (Editorial)
AIDS, 2010, 24(suppl 1) : S1-S4
- 10-S04 BOYER S., EBOKO F., CAMARA M., ABE C., OWONA NGUINI M.E., KOULLA-SHIRO S., MOATTI J.P. – Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon.
AIDS, 2010, 24(suppl 1) : S5-S15 (Cameroun EVAL)
- 10-S05 MARCELLIN F., BONONO C.R., BLANCHE J., CARRIERI M.P., SPIRE B., KOULLA-SHIRO S., and the EVAL Study Group. – Higher risk of unsafe sex and impaired quality of life among patients not receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the EVAL survey (ANRS 12-116).
AIDS, 2010, 24(suppl 1) : S17-S25 (Cameroun EVAL)
- 10-S06 VERGER P., GUAGLIARDO V., GILBERT F., ROUILLON F., KOVESS-MAFETY V. - Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking.
Social psychiatry and psychiatric epidemiology, février 2010, 45(2): 189-199. (Baromètre étudiants)

Acceptés, à paraître

PERETTI-WATEL P., GUAGLIARDO V., COMBES J.B., OBADIA Y., VERGER P. - Young smokers' adaptation to higher cigarette prices: how did those daily smokers who did not quit react? The case of students of South-Eastern France.
Drugs, Education, Prevention and Policy, 2010 (à paraître) (Baromètre étudiants)

TANTCHOU, J. - Santé reproductive des adolescents en Afrique: pour une approche globale.
Natures Sciences Sociétés, 2010, 1 (à paraître) (Passage -Ird)

MARCELLIN F., PROTOPODESCU C., ABE C., BOYER S., BLANCHE J., ONGOLO-ZOGO P., KOULLA-SHIRO S., MOATTI J.P., CARRIERI M.P., SPIRE B., and the EVAL Study Group. – Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116).
AIDS Care, 2010 (à paraître) (Cameroun EVAL)

LE CORROLLER SORIANO A.G., BOUHNİK A.D., PREAU M., MALAVOLTI L., JULIAN REYNIER C., AUQUIER P., MOATTI J.P. - Does cancer survivors' health related quality of life depend on cancer type? Findings from a large french national sample two years after cancer diagnosis..
European Journal of cancer care, 2010 (à paraître) (CanBioS)

PROTOPODESCU C., ROUX P., CARRIERI M.P., KATLAMA C., COLLIN F., BESNEIR J.M., CHENE G., RAFFI F., SPIRE B., LEPORTE C., and the ANRS CO8 APROCO-COPILOTE study group. - Medically recorded prolonged treatment interruptions among patients with controlled viremia on HAART: when physicians have to juggle between patient negotiation and guidelines.
Journal of AIDS, 2010 (à paraître) (Aproco)

PREAU M., BOUHNİK A.D., REY D., MANCINI J., and the ALD Cancer study group. - Two years after cancer diagnosis, which couples become closer?
European Journal of Cancer Care, 2010 (à paraître) (CanBioS)

MANCINI J., REY D., PREAU M., LE CORROLLER-SORIANO A.G., MOATTI J.P. - Barriers to procreational intentions among cancer survivors 2 years after diagnosis: a French national cross-sectional survey.
Psycho-Oncology, 2010 (à paraître) (Cancer Drees) (CanBioS)

PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J. - La cigarette du pauvre.
Ethnologie française, 2010 (à paraître) (tabagisme et population) (CanBioS)

MICHEL L., CARRIERI M.P., FUGON L., ROUX P., AUBIN H.J., LERT F., OBADIA Y., SPIRE B., and the VESPA study group. - Harmful alcohol consumption in HIV-infected patients receiving antiretrovirals (ANRS-EN12-VESPA Study): Relevance for clinical management and intervention.
AIDS Care, 2010 (à paraître) (Vespa)

CARRIERI M.P., WODAK A. - Commentary on Uhlmann et al: "Managing HIV in drug users: the huge gap remaining between evidence and international policy and practice".
Addiction, 2010 (à paraître)

SCHWARZINGER M., VERGER P., GUERVILLE M.A., AUBRY C., ROLLAND S., OBADIA Y., MOATTI J.P. - Positive attitudes of French general practitioners towards A/H1N1 influenza pandemic vaccination: a missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public?
Vaccine, 2010 (à paraître) (Panel médecins - vague Grippe)

MANCINI J, GENRE D, DALENC F, FERRERO JM, KERBRAT P, MARTIN AL, ROCHÉ H, MAYLEVIN F, TARPIN C, VIENS P, GENÈVE J, JULIAN REYNIER C. - Participants' uptake of clinical trial results: a randomised experiment.

British Journal of Cancer, 2010 (à paraître) (CanBioS)

ORSI F, D'ALMEIDA C – Soaring ARV prices, TRIPS and TRIPS flexibilities: A burning issue for the sustainability of ART scale-up in developing countries.

Current Opinion in HIV and AIDS (à paraître)

MOATTI JP, EBOKO F – Economic research on HIV prevention, care and treatment : why it is more than ever needed ?

Current Opinion in HIV and AIDS (à paraître)

Communications orales et affichées

10-C01 BENDIANE MK - Relations soignants-patientes dans la prise en charge de la douleur après traitement initial d'un cancer du sein - 12ème Colloque sur la politique de recherche de la Ligue - Marseille, France : 5-6 février 2010. (Eliipse)

Ouvrages

10-001 VIDAL L. - Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement. - Paris, Editions La Découverte, Collection Recherches/Terrains anthropologiques, Janvier 2010, 296 p. (Ird)

10-002 DARMON N., BOCQUIER A., LYDIE N. - Nutrition, revenus et insécurité alimentaire – In Escalon H., Bossard C., Beck F.dir, *Baromètre santé nutrition 2008*, Saint-Denis, collection Baromètres santé, janvier 2010, pp : 272-301 (Baromètre santé nutrition 807)

10-003 BOSSARD C., BOCQUIER A., GRANGE D., LE BIHAN G., RUIZ I., VINCELET C.- Alimentation et activité physique dans sept régions françaises – In Escalon H., Bossard C., Beck F.dir, *Baromètre santé nutrition 2008*, Saint-Denis, collection Baromètres santé, janvier 2010, pp : 326-362 (Baromètre santé nutrition)

Acceptés, à paraître

DELAPORTE E., KOULLA-SHIRO S., ABE C., EBOKO F. (Eds) - L'évaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux. - Paris : ANRS, 2010 (à paraître) (Ird)

EBOKO F., BOURDIER F. (Eds) - Caps aux Suds. Les mobilisations collectives face au sida dans le monde. - Paris : IRD Editions, 2010 (à paraître) (Ird)

2009

Publications à caractère scientifique

09-S01 PERETTI-WATEL P. – Sports and drugs: further interpretative hypotheses are necessary. (invited commentary). *Addiction*, 2009, 104 : 150-151

09-S02 RICHARD F., OUEDRAOGO C., ZONGO V., OUATTARA F., ZONGO S., GRUENAI S.M.E., DE BROUWERE V. - The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116(1) : 38-44 (Ird)

09-S03 DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. - Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly: Empirical evidence from a French national health survey. *Journal of Socio-Economics*, 2009, 38(1) : 138-146 (Econcare, HID)

09-S04 MICHEL L., GIORGI R., VILLES V., POIZOT-MARTIN I., DELLAMONICA P., SPIRE B., PROTOPODESCU C., CARRIERI M.P. - Withdrawal symptoms as a predictor of mortality in patients HIV-infected through drug use and receiving highly active antiretroviral therapy (HAART). *Drug and Alcohol Dependence*, 2009, 99 : 96-104 (Manif 2000)

09-S05 MARTHA C., GRELOT L., PERETTI-WATEL P. - Participants' sports characteristics related to heavy episodic drinking among French students. *International Journal of Drug Policy*, 2009, 20 : 152-160

09-S06 CYPOWYJ C, EISINGER F, HUIART L, SOBOL H, MORIN M, JULIAN-REYNIER C. - Subjective interpretation of inconclusive BRCA1/2 cancer genetic test results and transmission of information to the relatives *Psycho-Oncology*, 2009, 18(2) : 209-215 (CanBioS)

09-S07 PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J. – "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009 (Open access) (tabagisme et population) (CanBioS)

09-S08 TANTCHOU YAKAM J.C.Y., GRUENAI S.M.E. - Involving new actors to achieve ART scaling-up: difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroon. *International Nursing Review*, 2009, 56 : 50–57 (Ird)

09-S09 PERETTI-WATEL P., SEROR V., CONSTANCE J., BECK F. - Poverty as a smoking trap. *International Journal of Drug Policy*, 2009, 20(3) : 230-236 (tabagisme et population) (CanBioS)

09-S10 PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J., SEROR V., BECK F. – Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 2009, 51(3) : 343-350 (tabagisme et population) (CanBioS)

- 09-S11 SEROR V., VILLE Y. – Prenatal screening for down syndrome: women's involvement in decision-making and their attitudes to screening.
Prenatal Diagnosis, 2009, 29 : 120-128 (CanBioS)
- 09-S12 BENDIANE M.K., BOUHNIAK A.D., GALINIER A., FAVRE R., OBADIA Y., PERETTI-WATEL P. - French hospital nurses' opinion toward euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey.
Journal of Medical Ethics, 2009, 35 : 238-244 (Soins palliatifs) (CanBioS)
- 09-S13 DAVIN B., JOUTARD X., PARAPONARIS A., VERGER P. - Endogénéité du statut du répondant dans les enquêtes sur la santé : quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ?
Revue Economique, 2009, 60(2) : 275-292 (Econcare)
- 09-S14 MATARIA A., KHATIB R., DONALDSON C., BOSSERT T., HUNTER D.J., ALSAYED F., MOATTI J.P. - The health-care system: an assessment and reform agenda.
The Lancet, 2009, 373(9670) : 1207-1217 (Palestine)
- 09-S15 BOYER S., MARCELLIN F., ONGOLO-ZOGO P., ABEGA S.V., NANTCHOUANG R., SPIRE B., MOATTI J.P. - Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroon: first results of a national cross-sectional survey.
Bulletin of the World Health Organization, 2009, 87(4) : 279-287 (Cameroun EVAL)
- 09-S16 MOATTI J.P., VENTELOU B. - Economie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation.
Revue Economique, 2009, 60(2) : 241-256
- 09-S17 VERGER P., LIONS C., VENTELOU B. - Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults?
European Journal of Public Health, 2009, 19(6) : 618-624 (EDS - Dépression co-morbide)
- 09-S18 MANCINI J., GENEVE J., DALENC F.L., GENRE D., MONNIER A., KERBRAT P., LARGILLIER R., SERIN D., RIOS M., ROCHE H., JIMENEZ M., TARPIN C., JULIAN-REYNIER C., et le Comité de patients de la Ligue nationale contre le cancer. - Attitudes envers les essais randomisés en cancérologie selon le vécu préalable.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009, 57S : S39-S40 (CanBioS)
- 09-S19 MANCINI J., REY D., PREAU M., LE CORROLLER-SORIANO A.G., MOATTI J.P. - Projets parentaux à deux ans du diagnostic d'un cancer : rôle limitant des facteurs économiques.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009, 57S : S40 (Cancer Drees, CanBioS)
- 09-S20 PERETTI-WATEL P., SEROR V. - L'évaluation de la lutte antitabac : démêler une toile d'araignée avec des gants de boxe ?
Regards croisés sur l'économie, 2009, 5 : 201-209
- 09-S21 PLASS A.M., BAARS M., CORNEL M., JULIAN-REYNIER C., NIPPERT I., HARRIS H., KRISTOFFERSSON U., SCHMIDTKE J., ANIONWU E., BENJAMIN C., CHALLEN K., HARRIS R., KATE L. - Testing the children: Do non-genetic health-care providers differ in their decision to advise genetic presymptomatic testing on minors? A cross-sectional study in five countries in the European Union.
Genetic Testing and Molecular Biomarkers, 2009, 13(3) : 367-376 (CanBioS)
- 09-S22 MARCELLIN F., ABE C., LOUBIERE S., BOYER S., BLANCHE J., KOULLA-SHIRO S., ONGOLO-ZOGO P., MOATTI J.P., SPIRE B., CARRIERI M.P., and the EVAL Study Group. – Delayed first consultation after diagnosis of HIV infection in Cameroon.
AIDS, 2009, 23(8) :1015-1019 (Cameroun EVAL)
- 09-S23 COLLIN F., DUVAL X., LE MOING V., PIROTH L., AL KAIED F., MASSIP P., VILLES V., CHENE G., RAFFI F., and the ANRS CO8 APROCO-COPILOTE study group. - Ten-year incidence and risk factors of bone fractures in a cohort of treated HIV1-infected adults.
AIDS, 2009, 23(8) : 1021-1024 (Research letters) (Aproco)
- 09-S24 JARDIN M., BOCQUIER A., NAULEAU S., MILLION C., VERGER P. - Impact de l'estimation de la population affiliée à l'Assurance Maladie sur le calcul de la prévalence pharmacologique du diabète à l'échelle régionale et territoriale.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009, 57(3) : 159-167
- 09-S26 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group., SAMB B., EVANS T., DYBUL M., ATUN R., MOATTI J.P., NISHTAR S., WRIGHT A., CELLETTI F., HSU J., KIM J.Y., BRUGHA R., RUSSELL A., ETIENNE C.- An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems.
The Lancet, 2009, 373(9681) : 2137-2169 (Positive synergies)
- 09-S29 SOUVILLE M., CABUT S., VIAU A., IARMARCOVAI G., ARNAUD S., VERGER P. - General practitioners and patients with psychological stress at work.
Journal of Occupational Rehabilitation, 2009, 19(3) : 256-263 (KABP Santé-Travail)
- 09-S30 PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J. - Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ?
Déviante et Société, 2009, 33(2) : 205-219 (tabagisme et population) (CanBioS)
- 09-S31 PELLEGRINI I., SARRADON-ECK A., BEN SOUSSAN P., LACOUR A.C., LARGILLIER R., TALLET A., TARPIN C., JULIAN-REYNIER C. - Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view.
Psycho-oncology, 2009 Jun 9, Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.1593 (CanBioS)
- 09-S32 BLAISE D., TABRIZI R., MICHALLET M., BAY J.-O., FAUCHER C., FURST S., MOHTY M., MILPIED N., EL CHEIKH J., BOYER CHAMMARD A., LE CORROLLER A.G., BOHER J.M. - Prospective randomised study comparing non-myeloablative (Flu-TBI) and reduced intensity (Flu-BU-ATG) conditioning for haematological malignancies: a multicentre ITAC study.
Bone Marrow transplantation, 2009, 43(S1) : S65 (CanBioS)

- 09-S33 HENRY E., MARCELLIN F., YOMB Y., FUGON L., NEMANDE S., GUEBOGUO C., LARMARANGE J., TRENADO E., EBOKO F., SPIRE B. - Factors associated with unprotected anal intercourse (UAI) among men who have sex with men (MSM) in Douala, Cameroun.
Sexually Transmitted Infections, 2009, Published online : 24 Aug 2009. doi:10.1136/sti.2009.036939
- 09-S34 DUMESNIL H., VERGER P. - Public awareness campaigns about depression and suicide: a review.
Psychiatric services, 2009, 60(9) : 1203-1213 (Guide répertoire suicide)
- 09-S35 EBOKO F., OWONA NGUINI M.E., ENGUELEGUELE M., - Cameroun Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique.
Télescope. Revue d'analyse comparée en administration publique (Ecole nationale d'administration publique, Québec, Canada), printemps-été 2009, 15(2) : 52-67 (CORUS2 - Ird)
- 09-S37 VERGER P., COMBES J.B., KOVSS-MASFETY V., CHOQUET M., GUAGLIARDO V., ROUILLON F., PERETTI-WATEL P. - Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women.
Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2009, 44(8) : 643-650 (Baromètre étudiants)
- 09-S38 DUMESNIL H., SALIBA-SERRE B., REGI J., LEOPOLD Y., VERGER P. - Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants.
Santé Publique, 2009, 21(4) : 355-364 (Panel dépression)
- 09-S39 JULIAN-REYNIER C., CHABAL F., FREBOURG T., LEMERY D., NOGUES C., PUECH F., STOPPA-LYONNET D. - Professionals assess the acceptability of Preimplantation Genetic Diagnosis and Prenatal Diagnosis for managing inherited predisposition to cancer.
Journal of Clinical Oncology, 2009, 27 : 4475-4480 (CanBioS)
- 09-S40 PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J., SEROR V., BECK F. - Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor?
Addiction, 2009, 104(10) : 1718-1728 (tabagisme et population) (CanBioS)
- 09-S41 BENDIANE M.K., BOUHNİK A.D., REY D., PERETTI-WATEL P. - Pain knowledge of French district and hospital nurses according to personal and professional characteristics.
European Journal of Pain, 2009, 13(S1) : S31 (Soins palliatifs) (CanBioS)
- 09-S42 SPICA L., BENDIANE M.K., REY D., PERETTI-WATEL P. - Pain narratives among women breast cancer survivors.
European Journal of Pain, 2009, 13(S1) : S182 (Elipse) (CanBioS)
- 09-S43 LOUBIERE S., PERETTI-WATEL P., BOYER S., BLANCHE J., ABEGA S.C. and SPIRE B. - HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: results from the ANRS-EVAL Study.
Social Science and Medicine, 2009, 69(6) : 885-891 (Cameroun EVAL)
- 09-S44 ARNAUD S., CABUT S., VIAU A., SOUVILLE M., VERGER P. - Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists.
International Archives of Occupational and Environmental Health, 2009, published online 4 september 2009. Doi:10.1007/s00420-009-0457-y (KABP Santé-Travail)
- 09-S45 BENDIANE M.K., BOUHNİK A.D., GALINIER A., FAVRE R., REY D., MOATTI J.P., PERETTI-WATEL P. - Agreement of French nurses with euthanasia for end-of-life patients: focus on haematology and oncology nurses.
European Journal of Cancer Supplements, 2009, 7(2) : 236-237 (Soins palliatifs) (CanBioS)
- 09-S46 REY D., BENDIANE M.K., VIENS P., BOUHNİK A.D., BUC V., OBADIA Y., PERETTI-WATEL P. - Factors associated with delayed presentation in the cohort ELIPPSE40 of young breast cancer women.
European Journal of Cancer Supplements, 2009, 7(2) : 318 (Elipse) (CanBioS)
- 09-S47 BOUHNİK A.D., REY D., BENDIANE M.K., BUC V., MOATTI J.P., PERETTI-WATEL P. - Factors associated with provider delay in the cohort ELIPPSE40 of young breast cancer women.
European Journal of Cancer Supplements, 2009, 7(2) : 319 (Elipse) (CanBioS)
- 09-S48 BONAÏTI-PELLIÉ C., ANDRIEU N., ARVEUX P., BONADONA V., BUECHER B., DELPECH M., JOLLY D., JULIAN-REYNIER C., LUPORSI E., et al. - Oncogénétique : estimation des besoins de la population en France pour les dix ans à venir.
Bulletin du Cancer, 2009, 96(9) : 875-900 (CanBioS)
- 09-S49 PROTOPOPESCU C., RAFFI F., ROUX P., REYNES J., DELLAMONICA P., SPIRE B., LEPORT C., CARRIERI M.P., on behalf of the ANRS CO8 (APROCO-COPILOTE) study group. - Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data.
Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2009, 64(3) : 599-606 (Aproco)
- 09-S50 DIA A., MARCELLIN F., BONONO R.C., BOYER S., BOUHNİK A.D., PROTOPOPESCU C., KOULLA-SHIRO S., CARRIERI M.P., ABE C., SPIRE B. - Prevalence of unsafe sex with one's steady partner either HIV-negative or of unknown HIV status and associated determinants in Cameroon (EVAL ANRS 12-116 survey).
Sexually Transmitted Infections, 2009, published online 16 oct 2009. Doi:10.1136/sti.208.035147 (Cameroun EVAL)
- 09-S51 SPIRE B., Arnould B., Barbier F., Durant J., Gilquin J., Landman R., Carret S., Saussier C., El Kebir S., Cohen-Codar I. - Simplification and First Validation of a Short Battery of Patient Questionnaires for Clinical Management of HIV-Infected Patients: The HIV-SQUAD (Symptom Quality of life Adherence) Questionnaire®.
HIV Clinical Trials, 2009, 10(4) : 215-232
- 09-S52 LOUBIERE S., BOYER S., PROTOPOPESCU C., BONONO R.C., ABEGA S.C., SPIRE B., MOATTI J.P. - Decentralisation of HIV care in Cameroon: increased access to ART and associated persistent barriers.
Health Policy, 2009, 92(2-3) : 165-173 (Cameroun EVAL)

- 09-S53 PEREZ-ELLIS C., GONCALVES A., JACQUEMIER J., MARTY M., GIRRE V., ROCHE H., BRAIN E., MOATTI J.P., VIENS P., LE CORROLLER-SORIANO A.G. - Cost-Effectiveness Analysis of Trastuzumab (Herceptin) in HER2-Overexpressed Metastatic Breast Cancer.
American Journal of Clinical Oncology, 2009, 32(5) : 492-498 (CanBioS)
- 09-S54 PROTIERE C., VIENS P., ROUSSEAU F., MOATTI J.P. - Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy?
Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2009, published online 23 oct 2009. doi:10.1016/j.critrevonc.2009.09.007 (CanBioS)
- 09-S55 ATUN R., DYBUL M., EVANS T., KIM J.Y., MOATTI J.P., NISHTAR S., RUSSELL A. - Venice Statement on global health initiatives and health systems.
The Lancet, 2009, 374(9692) : 783-784 (Positive synergies)
- 09-S56 PERETTI-WATEL P., GARELIK D., BARON G., SPIRE B., RAVAUD P., DUVAL X. - Smoking motivations and quitting motivations among HIV-infected smokers.
Antiviral therapy, 2009, 14(6) : 781-787 (Tabac et VIH, Aproco)
- 09-S57 ROUX P., CARRIERI M.P., COHEN J., RAVAUX I., POIZOT-MARTIN I., DELLAMONICA P., SPIRE B. - Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success in HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment.
Clinical Infectious Diseases, 2009, 49(9) : 1433-1440 (Manif 2000)
- 09-S58 PERETTI-WATEL P., VILLES V., DUVAL X., COLLIN F., REYNES J., SOBEL A., PROTOPOPESCU C., CHENE G., SPIRE B., RAFFI F. - How do HIV-infected smokers react to cigarette price increase? Evidence from the APROCO-COPILOTE ANRS CO8 cohort.
Current HIV Research, 2009, 7(4) : 462-467 (Tabac et VIH, Aproco)
- 09-S59 ROUX P., CARRIERI M.P., MICHEL L., FUGON L., MARCELLIN F., OBADIA Y., SPIRE B. - Effect of anxiety symptoms on adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women. (Letter to the Editor)
Journal of Clinical Psychiatry, 2009, 70(9) : 1328-1329 (Vespa)
- 09-S60 BECK F., GAUTIER A., GUILBERT P., PERETTI-WATEL P. - Représentations et attitudes du public vis-à-vis du cancer.
Médecines & Sciences, 2009, 25(5) : 529-533 (CanBioS)
- 09-S61 VERGER P., ROLLAND S., PARAPONARIS A., BOUVENOT J., VENTELOU B. - Drug reimbursement and GPs' prescribing decisions: a randomized case-vignette study about the pharmacotherapy of obesity associated with type 2 diabetes: how GPs react to drug reimbursement.
Fundamental & Clinical Pharmacology, 2009 Oct 13 (Epub ahead of print) (Panel médecins)
- 09-S62 TOE L.P., SKOVMAND O., DABIRE K.R., DIABATE A., DIALLO Y., GUIGUEMDE T.R., DOANNIO J.M., AKOGBETO M., BALDET T., GRUENAI S.M.E. - Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso.
Malaria Journal, 2009, 8 : 175 (Ird)
- 09-S63 VENTELOU B., ROLLAND S. - Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. (Evaluation of general practitioners' involvement in the appropriate and good use of prescription drugs).
Santé Publique, 2009, 21(2) : 129-138 (Panel médecins)
- 09-S64 VERGER P., GUAGLIARDO V., GILBERT F., ROUILLON F., KOVESS-MASFETY V. - Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking.
Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2009, published online 19 avril 2009. doi: 10.1007/s00127-009-0055-z (Baromètre étudiants - 746)
- 09-S65 ABU-ZAINEH M., MATARIA A., LUCHINI S., MOATTI J.P. - Equity in health care finance in Palestine: the triple effects revealed.
Journal of Health Economics, 2009, 28(6) : 1071-1080 (Palestine)
- 09-S66 LEGLEYE S., BECK F., PERETTI-WATEL P., CHAU N., FIRDION J.M. - Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use.
Journal of Affective Disorders, 2009, published online 5 novembre 2009
- 09-S67 PARDON C., DUMESNIL H., CHARRIER D., DE LABRUSSE B., LEBRETON C., LEHUCHER-MICHEL M.P., VIAU A., ARNAUD S., SOUVILLE M., VERGER P. - Médecins du travail et cancers professionnels : attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-Est de la France.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2009, published online 13 novembre 2009. (KABP Médecins du Travail)
- 09-S68 MICHEL L., VILLES V., DABIS F., SPIRE B., WINNOCK M., LOKO M.A., POIZOT-MARTIN I., VALANTIN M.A., BONNARD P., SALMON-CERON D., CARRIERI M.P., and the ANRS Co13 HEPAVIH study group. - Role of treatment for depressive symptoms in relieving the impact of fatigue in HIV-HCV co-infected patients: ANRS Co13 Hepaviv, France, 2006-2008.
Journal of Viral Hepatitis, 2009, published online 30 novembre 2009. doi: 10.1111/j.1365-2893.2009.01223.x (Hepaviv)
- 09-S69 MARINO P., SIANI C., ROCHE H., PROTIERE C., FUMOLEAU P., SPIELMANN M., MARTIN A.L., VIENS P., LE CORROLLER-SORIANO A.G. - Cost-effectiveness of adjuvant docetaxel for node-positive breast cancer patients: results of the PACS 01 economic study.
Annals of Oncology, 2009, published online 27 december 2009. doi:10.1093/annonc/mdp561 (CanBioS)
- 09-S70 PERETTI-WATEL P., LEGLEYE S., BAUMANN M., CHOQUET M., FALISSARD B., CHAU N., and The Lorhandicap Group. - Fatigue, insomnia and nervousness: gender disparities and roles of individual characteristics and lifestyle factors among economically active people.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2009, 44(9) : 703-709

- 09-S71 CARRIERI M.P., DESENCLOS J.C. - Expanded access to SEPs and other harm reduction measures in France (commentary). *Addiction*, 2009, 104(9) : 1447-1448
- 09-S72 TANTCHOU J., GRUÉNAIS M.E. - Involving new actors to achieve ART scaling-up: difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroon. *International Nursing Review*, 2009, 56(1) : 50-57 (Burnout Cameroun - Ird)
- 09-S73 ORSI F. - SIDA : Le combat du « libre » dans le domaine pharmaceutique. *Terminal*, 07/02/09, 102 : 157-172 (ird)
<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=numero&no=27962>
- 09-S74 REY D, CHAVANET P, SCHMITT MP, HOIZEY G, MEYER P, PEYTAVIN G, SPIRE B, HOEN B, ALLAVENA C, DIEMER M, MAY T, SCHMIT JL, DUONG M, CALVEZ V, LANG JM. Premature discontinuation of the DAUFIN trial, in relation to early virologic failure of a once daily tritherapy (Tenofovir/Lamivudine/Nevirapine), versus a twice daily tritherapy (Zidovudine/Lamivudine/Nevirapine) in a randomized study in antiretroviral naïve HIV-1-infected patients. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*, 2009 Feb;63(2):380-8.
<http://jac.oxfordjournals.org/content/vol63/issue2/index.dtl>
- 09-S75 SITTA R, LERT F, COMBAUD B, GUEGEN A, SPIRE B, DRAY-SPIRA R. No variability across centres in adherence and response to HAART in French hospitals: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, décembre 2009, 52(5):643-647 (Vespa)

Publications à caractère général

- 09-G01 GUAGLIARDO V, PERETTI WATTEL P, COMBES JB, OBADIA Y., VERGER P. - Facteurs socio-démographiques et économiques associés aux usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez des étudiants en première année d'université en région Paca, 2005-2006. *Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire*, 10 février 2009, 6 : 53-56 (Baromètre étudiants)
- 09-G02 ARNAUD S. - Surdité d'origine professionnelle. *Le Concours Médical*, 2009, 131(6) : 207-208 (Risques professionnels)
- 09-G03 GUAGLIARDO V, GILBERT F., ROUILLON F., KOVESS-MASFETY V., VERGER P. - Troubles psychiatriques chez les étudiants universitaires de première année : prévalence annuelle, retentissement fonctionnel et recours aux soins en région Paca, France. *Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire*, 07 juillet 2009, 29 : 317-321 (Baromètre  tudiants)
- 09-G04 BOCQUIER A., NAULEAU S., VERGER P. - Intérêt des données de l'Assurance Maladie pour l'étude des disparités territoriales de santé : l'exemple des anxiolytiques et des hypnotiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005. *Pratiques et Organisations des soins*, 2009, 40(2) : 91-97
- 09-G05 ATTANE A. - Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple des milieux urbains au Burkina Faso. *Autrepart*, numéro thématique "La fabrique des identités sexuelles", 2009, 49 : 151-169 (Ird)
- 09-G06 HERMANN J. - Du ministère des  mes au ministère des corps ? L'encadrement des pratiques sexuelles par l' glise éthiopienne, entre sida et aide américaine. *Autrepart*, numéro thématique "La fabrique des identités sexuelles", 2009, 49 : 47-64 (VIH Ethiopie - Ird)
- 09-G07 BROQUA C., EBOKO F. - La fabrique des identités sexuelles. *Autrepart*, numéro thématique, 2009, 49 (Ird)
- 09-G08 GUERVILLE M.A., PARAPONARIS A., REGI J.C., VAISSADE L., VENTELOU B., VERGER P. - Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Etudes et Résultats*, DREES, n  708, octobre 2009, 8 pages (Panel 5 régions)
- 09-G09 OUATTARA F., BATIONO B.F., GRUENAIIS M.E. - Pas de mere sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart*, 2009, 52 : 81-94 (Ird)

Acceptés, à paraître

LE CORROLLER-SORIANO A.G., MARINO P. - Quelle "santé perçue" après une allogreffe de cellules souches hématopoiétiques ?
Correspondances en Onco-hématologie, 2009, Regards Croisés, Suppl. au Vol. IV, n  2 (  paraître) (CanBioS)

Communications orales et affichées

- 09-C01 ABU-ZAINEH M. - Decomposing Inequality in Health Care Utilisation in The Occupied Palestinian Territory: A Micro-Simulation Approach. - 7th World Congress on Health Economics. - Beijing, China : July 12-15, 2009 (Palestine)
- 09-C02 TANTCHOU, J., GRUENAIIS, M.E. - Blurring boundaries: surgical practice in a context of a health system crisis. - 3rd In Sickness & In Health Conference. - Victoria, BC, Canada : 15-17 april 2009 (Burnout Cameroun - Ird)
- 09-C03 ABAACROUCHE M., ANAS BELGHALI A., GRUENAIIS M.E., DE BROUWERE V. - Effet des maisons d'attente (Dar Al Oumama/DAO) sur la couverture des besoins obstétricaux en milieu rural au Maroc. - 26th International Population Conference. - Marrakech, Maroc : 27 septembre - 02 octobre 2009 (DAO - Ird)

- 09-C04 DAVIN B. - La place de la personne en perte d'autonomie et l'évaluation globale des ses besoins de compensation. - 1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie, organisées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. - Paris, France : 11-12 février 2009 (Econcare)
- 09-C05 DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. - Entre famille et marché : déterminants et coût monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire. - Journée scientifique "Les transferts intergénérationnels", organisée par l'INED. - Paris, France : 17 mars 2009 (Econcare)
- 09-C06 VENTELOU B. - Une méthode de prévision de dépenses de santé à long terme. - 24ème conférence de l'INAS. - Rabat, Maroc : 19 février 2009
- 09-C07 DAVIN B. - Comparaison du recours à l'aide formelle et informelle en France et en Irlande à partir de l'enquête SHARE. - Séminaire du LEGOS "Economie des politiques sociales : équité et redistribution". - Paris, France : 3-4 mars 2009 (Econcare)
- 09-C08 VENTELOU B. - Prévoir les dépenses de santé à l'horizon 2025. - Conférences publiques IDEP, GREQUAM, SHADYC "A l'école des sciences sociales". - Marseille, France : 31 mars 2009
- 09-C09 LIONS C. - Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. - Journée Régionale "Santé des Jeunes : prévention, actions éducatives et parentalité". - Marseille, France : 10 avril 2009 (Baromètre étudiants)
- 09-C10 SARRADON A., PELLEGRINI I. - La prescription de Tamoxifène : une décision thérapeutique partagée ? - 3ème Congrès de l'Association Française de Sociologie "Violences et société". - Paris, France : 14-17 avril 2009 (CanBioS)
- 09-C11 TANTCHOU J., GRUENAI S. M. E. - Le Cameroun te donne de l'espoir et te rabougrit : conditions de travail des soignants et burnout. - 3th International In Sicknes and in Health Conference. - Victoria, Canada : 15-17 avril 2009 (Ird)
- 09-C12 ROUX P. - Retention in opioid substitution treatment as a major predictor of long-term virological success in HIV-infected IDUs receiving antiretroviral treatment. - Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference. - Bangkok, Thaïlande : 20 avril 2009 (Manif 2000)
- 09-C13 SPIRE B., ALBOUKER J. P. - L'avènement de la qualité de vie dans les stratégies de prise en charge de l'infection par le VIH. - 8ème Séminaire de recherche clinique sur le VIH de l'ANRS "Vieillesse accélérée chez les patients infectés par le VIH : un phénomène qui se précise". - Paris, France : 4-5 mai 2009
- 09-C14 DAVIN B., GANNON B. - Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France. - Second Belgian SHARE User Conference. - Bruxelles, Belgique : 28 mai 2009 (Econcare)
- 09-C15 DAVIN B., PARAPONARIS A., VERGER P. - Economic valuation of formal and informal care for French disabled elderly living at home. - 19th Alzheimer Europe Conference. - Bruxelles, Belgique : 29-30 mai 2009 (Econcare)
- 09-C16 BLAISE D., TABRIZI R., MICHALLET M., BAY J.-O., FAUCHER C., FURST S., MOHTY M., MILPIED N., EL CHEIKH J., BOYER CHAMMARD A., LE CORROLLER A. G., BOHER J. M. - Prospective randomised study comparing non-myeloablative (Flu-TBI) and reduced intensity (FLU-BU-ATG) conditioning for haematological malignancies : a multicentre ITAC study. - 35th Annual Meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. - Göteborg, Suède : 29 mars-1er avril 2009 (CanBioS)
- 09-C17 MANCINI J., GENEVE J., DALENC F. L., GENRE D., MONNIER A., KERBRAT P., LARGILLIER R., SERIN D., RIOS M., ROCHE H., JIMENEZ M., TARPIN C., le Comité de patients de la Ligue nationale contre le cancer, JULIAN-REYNIER C. - Attitudes envers les essais randomisés en cancérologie selon le vécu préalable. - 3ème Conférence Francophone d'Epidémiologie Clinique. - Fès, Maroc : 8 mai 2009 (CanBioS)
- 09-C18 PREAU M., BOUHNIAK A. D., LE CORROLLER SORIANO A. G. - Croyances religieuses et qualité de vie chez les personnes atteintes de cancer - Congrès de l'Association francophone de psychologie de la santé (Afpsa) - Rennes, France : 24-26 juin 2009 (CanBioS)
- 09-C19 CONSTANCE J., HUET P., PERETTI-WATEL P., SEROR V. - La fabrique du dégoût. Le cas du tabagisme dans l'imagerie préventive. - Congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS). - Paris, France : 14-17 avril 2009 (tabac et prévention)
- 09-C20 JULIAN-REYNIER C. - Cancer risk management practices within BRCA 1/2 mutation positive families, five years after test result: in the Genepso national cohorts of unaffected women. - 11th International meeting on Psychosocial aspects of cancer genetic testing. - Toronto, Canada : 23-24 avril 2009 (CanBioS)
- 09-C21 JULIAN-REYNIER C., CHABAL F., NOWAK F., FREBOURG T., LEMERY D., NOGUES C., PUECH F., THEPAOT F., STOPPA-LYONNET D. - Pre-implantation genetic diagnosis (PGD) and prenatal diagnosis (PND) for cancer predisposition syndromes: reported practices and attitudes of French professionals. - 11th International meeting on Psychosocial aspects of cancer genetic testing. - Toronto, Canada : 23-24 avril 2009 (CanBioS)
- 09-C22 BOUHNIAK A. D., PELLEGRINI I., BERTHET P., CARON O., FRICKER J. P., GAUTHIER-VILLARS M., LASSET C., LUPORSI E., NOGUES C., JULIAN-REYNIER C. - Psychological attendance of unaffected women by two years after BRCA 1/2 cancer genetic testing. - 23rd Annual Conference of the European Health Psychology Society (EHPS). - Pise, Italie : 23-26 septembre 2009 (CanBioS)
- 09-C23 SEROR V. - Pharmacogénomique : point de vue économique. - Conférence-débat "Santé : Vers une médecine adaptée à chacun ?". - 1er Forum Science, Recherche & Société organisé au Collège de France par les journaux La Recherche et Le Monde. - Paris, France : 20 juin 2009 (CanBioS)
- 09-C24 ROUX P. - Améliorer la qualité de vie des personnes coinfectées par le VIH et le VHC. - Journée scientifique 2009 du TRT-5 "La qualité de vie dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques et de prise en charge de l'infection par le VIH". - Paris, France : 26 juin 2009 (Co-infection VIH-VHC)
- 09-C25 WERNER J. F., DIAKHATÉ I., SOKO T., NDIAYE A., DEMANGE J. L., BADJI E. - Bilan de la seconde année d'activité de l'IRM de l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal). - Journées de la Société Française de Radiologie 2009. - Paris, France : 16-20 octobre 2009 (Ird)

- 09-C26 BOCQUIER A., NAULEAU S., VERGER P. - Facteurs associés aux variations cantonales des remboursements d'anxiolytiques et d'hypnotiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005. - Congrès de Physiologie, de Pharmacologie et de Thérapeutique. Séance Pharmacologie Sociale. - Marseille, France : 16 avril 2009
- 09-C27 BOCQUIER A. - Connaissances, attitudes et comportements des habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine santé-environnement. Résultats du Baromètre santé environnement 2007. - Réunion du Groupe Régional Santé Environnement. - Marseille, France : 26 juin 2009 (Baromètre santé environnement)
- 09-C28 THIEBAUT S., DAVIN B., ARRIGHI Y., PARAPONARIS A., VENTELOU B. - Elderly disability and changes in family support: microsimulation for France in 2025. - 2nd Conference of the International Microsimulation Association. - Ottawa, Canada : 8-10 juin 2009
- 09-C29 VIAU A., VERGER P., ARNAUD S., CABUT S. SOUVILLE M. - Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins généralistes, rhumatologues et pneumologues en PACA. - Séminaire du pôle régional santé travail "Quels dispositifs de connaissances statistiques pour la connaissance des maladies et prévention des risques professionnels ? - Marseille, France : 29 juin 2009 (KABP Santé-Travail)
- 09-C30 FERONI I. - De la marque au générique : modifications galéniques et évolutions réglementaires de la buprénorphine haut dosage. - 3^{ème} Congrès International La chaîne des médicaments. Perspectives scientifiques et analyse interdisciplinaire du médicament : produit en évolution. - Milan, Italie : 21-24 septembre 2009 (bupremed - 767)
- 09-C31 PARAPONARIS A., SAGAON TEYSSIER L., VENTELOU B. - Cancer diagnosis and transitions between employment and non-employment: a continuous-time Markov approach. - 7th World Congress on Health Economics. - Pékin, Chine : 12-15 juillet 2009 (Conséquences socioéco des cancers)
- 09-C32 LE CORROLLER SORIANO A.G. - L'enquête ALD-Cancer (DREES-INSERM) : le cancer, 2 ans après. - Congrès "Cancers souffrance psychique et sociale". - Bordeaux, France : 15 mai 2009. (Cancer Drees, CanBioS)
- 09-C33 LINNEMAYR S., ORGIAZZI E., VENTELOU B. - The effect of HIV-AIDS on education attainment, theoretical ambiguity but conclusive empirics. - 7th World Congress on Health Economics. - Pékin, Chine : 12-15 juillet 2009
- 09-C34 DE BROUWERE V. - La necesidad obstétrica no cubierta. - Los determinantes de mortalidad materna en Mexico y América central: hacia un enfoque multisectoral. - Mexico city (D.F.), Mexique : 12-13 août 2009 (Ird)
- 09-C35 DE BROUWERE V., RICHARD F., WITTER S. - Access to maternal and perinatal health services : successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn. - 6th European Congress on Tropical Medicine and International Health. - Verona, Italie : 6-10 septembre 2009 (Ird)
- 09-C36 BEN DIANE M.K., BOUHNİK A.D., REY D., PERETTI-WATEL P. - Pain knowledge of French district and hospital nurses according to personal and professional characteristics. - EFIC : Pain in Europe VI. - Lisbonne, Portugal : 9-12 septembre 2009 *In European Journal of Pain, 2009, 13(S1) : S31* (Soins palliatifs - 668) (CanBioS)
- 09-C37 SOPHIE R., VIDEAU Y. - De la motivation des médecins généralistes français. - XXIX^{èmes} Journées de l'Association d'Economie Sociale (AES) « emploi et politiques sociales ». - Créteil, France : 17-18 septembre 2009
- 09-C38 LE CORROLLER SORIANO A.G. - Cancer et guérison : résultat d'une enquête. - 23^{ème} journée du collège de gynécologie médical Marseille Provence. - Marseille, France : 26 septembre 2009. (Cancer Drees, CanBioS)
- 09-C39 PROTOPODESCU C., RAFFI F., ROUX P., REYNES J., DELLAMONICA P., SPIRE B., MOATTI J.P., LEPORT C., CARRIERI M.P., and the APROCO-COPILOTE ANRS CO8 study group. - Factors associated with non-adherence to long-term HAART: a 10-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. - 9th International AIDS IMPACT Conference. - Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009 (Aproco)
- 09-C40 BOYER S., RASSON S., BONONO R.C., FUGON L., LOUBIERE S., TANTCHOU J., MARCELLIN F., ONGOLO-ZOGO P., PREAU M., CARRIERI M.P., SPIRE B., MOATTI J.P., and the EVAL study group. - Decentralization of access to HIV treatment in Cameroon: impact on knowledge, practices, attitudes and working conditions among physicians involved in HIV care. - 9th International AIDS IMPACT Conference. - Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009 (Cameroun EVAL)
- 09-C41 SPIRE B., BOYER S., MARCELLIN F., CARRIERI M.P., MOATTI J.P., KOULLA-SHIRO S. - Higher risk of unsafe sex and impaired quality of life among patients not receiving ART in Cameroon: results from the EVAL survey (ANRS 12-116). - 9th International AIDS IMPACT Conference. - Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009 (Cameroun EVAL)
- 09-C42 SPIRE B. - Quality of life and HIV. The need to introduce patient reported outcomes in clinical trials. - 9th International AIDS IMPACT Conference. - Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009
- 09-C43 VILLES V., ROUX P., COHEN J., POIZOT-MARTIN I., SPIRE B., RAVAUX I., CARRIERI M.P. - The impact of substitution opioid treatment on inconsistent condom use in individuals HIV-infected through drug use : results from the MANIF 2000 cohort study. - 9th International AIDS IMPACT Conference. - Gaborone, Botswana : 22-25 septembre 2009 (Manif 2000)
- 09-C44 KOUAKAM E. - Les personnels de santé entre identité religieuse et entrepreneuriat humanitaire. Étude d'une structure de soin confessionnelle au Cameroun - Santé et mobilités au Nord et au Sud, circulations des acteurs, évolutions des pratiques - Yaoundé, Cameroun : 30 septembre 2009 (Ird)
- 09-C45 DIADHIOU M., DIENG T., WITTER S., DENERVILLE E., DE BROUWERE V. - Evaluation de la délégation des compétences en chirurgie obstétricale d'urgence au Sénégal - XXVI^e Congrès international de la population, IUSSP-UIESP - Marrakech, Maroc : 26 septembre-2 octobre 2009 (Ird)
- 09-C46 ABAACROUCHE M., BELGHALI A., GRUENAI S.M.E., DE BROUWERE V. - Effet des maisons d'attente sur la couverture des besoins obstétricaux en milieu rural au Maroc - XXVI^e Congrès international de la population, IUSSP-UIESP - Marrakech, Maroc : 26 septembre-2 octobre 2009 (Ird)

- 09-C47 BENDIANE M.K., BOUHNİK A.D., GALINIER A., FAVRE R., REY D., MOATTI J.P., PERETTI-WATEL P. - Agreement of French nurses with euthanasia for end-of-life patients: focus on haematology and oncology nurses. - European Cancer Organisation ECCO 15 / ESMO 34 – Berlin, Allemagne : 20-24 septembre 2009
In European Journal of Cancer Suppléments, 2009, 7(2) : 236-237 (Soins palliatifs) CanBioS
- 09-C48 BARAIZE P., VERGER P. - De l'observation à l'aide à la décision publique : pratiques diverses, expertises plurielles, autant de questions... - 7^{ème} Journée Nationale d'Etude "Elus, Santé Publique & Territoires". L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la Politique de Santé Publique. - Marseille, France : 09 octobre 2009 (Communication à caractère général)
- 09-C49 LE CORROLLER SORIANO A.G. - Le retour à l'emploi des patients atteints de cancer deux ans après le diagnostic de leur maladie. - Symposium Sciences Humaines et Oncologie : Des outils, des enjeux, une coopération au service du patient. - Lyon, France : 22-23 octobre 2009. (Cancer Drees, CanBioS)
- 09-C50 MOATTI J.P. - La prévention des cancers réduit-elle ou aggrave-t-elle les inégalités de santé ? - Première édition Rencontres annuelles de l'INCa "Les nouveaux enjeux du Plan Cancer 2009-2013". - Paris, France : 7 octobre 2009. (CanBioS)
- 09-C51 MOATTI J.P. - Plénière de clôture. - Symposium Sciences Humaines et Oncologie : Des outils, des enjeux, une coopération au service du patient. - Lyon, France : 22-23 octobre 2009. (CanBioS)
- 09-C52 MOATTI J.P. - Les enjeux sociaux de la vaccination contre la pandémie de grippe A/H1N1. - 7^o Forum Régional de la Culture Scientifique, technique et Industrielle. - Conseil Régional, Marseille, France : 3 décembre 2009. (Grippe)
- 09-C53 S. ARNAUD - Le SISTEPACA : Présentation de l'aide aux médecins -Colloque de la FNATH sur les cancers professionnels - Carpentras, France : 26 octobre 2009 (Risques professionnels)
- 09-C54 V. GUAGLIARDO - Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15 à 24 ans en région paca : données épidémiologiques - Colloque CRIPS : Prévention du sida en direction des jeunes : faire plus, faire mieux, faire autrement ? - Marseille, France : 24 novembre 2009. (Santé des jeunes)
- 09-C55 S. ARNAUD, S. CABUT, D. CHARRIER, B. DE LABRUSSE, C. LEBRETON, M.P. LEHUCHER-MICHEL, M. SOUVILLE, P. VERGER, A. VIAU - Connaissances, attitudes et pratiques des médecins du travail vis-à-vis des risques de cancers professionnels - Journée Société de médecine et santé au travail Paca Corse - Marseille, France : 24 novembre 2009. (KABP Médecins du Travail)
- 09-C56 A.PARAPONARIS, V.BASCETTO, L.SAGAON TEYSSIER - A continuous-time Markov process for mobility in the labor market : the impact of breast cancer diagnosis in the case of French females - 31^{ème} Journées d'Economistes de la Santé Français - Rennes, France : 3-4 décembre 2009. (Conséquences socioéco des cancers)
- 09-C57 T.BARNAY, B.VENTELOU, S.THIEBAUT - Prédire les dépenses de médicaments à l'horizon 2025 : vieillissement des populations, morbidité des cohortes et choix de recours des personnes - 31^{ème} Journées d'Economistes de la Santé Français - Rennes, France : 3-4 décembre 2009
- 09-C58 KOUAKAM E. - The notion of public in a changing health system and its implication on the anthropologist work: the case of a research on medical missions in Cameroon. - The publics of public health. On politics, ethos, and economy of 21st century African Bioscience. - Kilifi, Kenya : 7-11 décembre 2009 (trd)
- 09-C59 MOATTI J.P. - Que nous a appris la lutte contre le sida en Afrique sub-saharienne ? - Solstice du Pôle Sud - Progrès sanitaires : pourquoi l'Afrique est-elle à la traîne ? - Paris, France : 21 décembre 2009
-
- 09-P01 VILLES V., ROUX P., COHEN J., POIZOT-MARTIN I., SPIRE B., RAVAUX I., CARRIERI M.P. - The impact of opioid substitution treatment (OST) on inconsistent condom use in individuals HIV-infected through drug use and receiving HAART: Results from the MANIF 2000 cohort. - 13th International Workshop on HIV Observational Databases. - Lisbonne, Portugal : 26-28 mars 2009. Poster n° 13-218. (Manif 2000)
- 09-P02 ROUX P., VILLES V., COHEN J., POIZOT-MARTIN I., SPIRE B., RAVAUX I., CARRIERI M.P. - The impact of opioid substitution treatments on self-reported side-effects in individuals HIV-infected through drug use and receiving antiretroviral treatment: Results from the MANIF 2000 cohort study. - 13th International Workshop on HIV Observational Databases. - Lisbonne, Portugal : 26-28 mars 2009. Poster n° 13-219. (Manif 2000)
- 09-P03 MARCELLIN F., LACOMBE K., FUGON L., MOLINA J.M., BONNARD P., MAILHES P., LASCoux-COMBE C., ROUX P., CARRIERI M.P., GIRARD P.M., SPIRE B. - Health-related quality of life of HIV-infected patients with chronic HBV infection: a 3-year longitudinal analysis. - 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). - Montréal, Canada : 8-11 février 2009 (Co-infection VIH-VHB)
- 09-P04 PELLEGRINI I., CHABANNON C., MANCINI J., VIRET F., VEY N., JULIAN-REYNIER C. - Informed consent for biobanks and research: what make sense for cancer patients?. - 23rd Annual Conference of the European Health Psychology Society (EHPS). - Pise, Italie : 23-26 septembre 2009 (CanBioS)
- 09-P05 MANCINI J., REY D., PREAU M., LE CORROLLER-SORIANO A.G., MOATTI J.P. - Projets parentaux à deux ans du diagnostic d'un cancer : rôle limitant des facteurs économiques. - 3^{ème} Conférence Francophone d'Epidémiologie Clinique. - Fès, Maroc : 8 mai 2009 (Cancer Drees, CanBioS)
- 09-P06 PROTOPODESCU C., RAFFI F., ROUX P., DELLAMONICA P., SPIRE B., LEPORT C., CARRIERI M.P. - Facteurs associés à la non observance aux ARV - Analyse des 10 années de suivi avec correction du biais induit par les données manquantes. - Journées Nationales d'Infectiologie (JNI). - Lyon, France : 10-12 juin 2009 (Aproco)
- 09-P07 DAVIN B., PARAPONARIS A. - Determinants and economic valuation of formal and informal care for French disabled elderly living at home. - XIX^{ème} Congrès Mondial de Gérontologie et Gériatrie IAGG. - Paris, France : 5-9 juillet 2009 (Econcare)

- 09-P08 MEINERS C., PROTOPOPESCU C., CHAUVEAU J., LUCHINI S., VENTELOU B., MOATTI J.P. - Pharmaceutical patents and access to HIV/AIDS treatment in Brazil: an analysis of antiretroviral drug price evolution. - 7th World Congress on Health Economics – Pékin, Chine : 12-15 juillet 2009 (Coût-efficacité VIH Brésil)
- 09-P09 MICHEL L., VILLES V., DABIS F., SPIRE B., WINNOCK M., LOKO M.A., POIZOT-MARTIN I., VALANTIN M.A., BONNARD P., SALMON-CERON D., CARRIERI M.P. - Role of antidepressants in relieving the impact of fatigue in HIV-HCV co-infected patients: results from the HEPAVIH French cohort (ANRS Co13). - 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention - Cape Town, Afrique du Sud : 19-22 juillet 2009 (Hepaviv)
- 09-P10 SUZAN-MONTI M., PREAU M., BLANCHE J., CABUT S., CARRIERI M.P., LERT F., OBADIA Y., SPIRE B., the ANRS VESPA-12 study group. - Factors associated with serosorting among HIV-positive MSM in France : results from the French VESPA ANRS study. - 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. - Cape Town, Afrique du Sud : 19-22 juillet 2009 (Vespa)
- 09-P11 SPICA L., BENDIANE M.K., REY D., PERETTI-WATEL P. - Pain Narratives among women breast cancer survivors. - EFIC : Pain in Europe VI – Lisbonne, Portugal : 9-12 septembre 2009
In European Journal of Pain, 2009, 13(S1) : S182 (Elipsee) (CanBioS)
- 09-P12 BOUHNIAK A.D., REY D., BENDIANE M.K., BUC V., MOATTI J.P., PERETTI-WATEL P. - Factors associated with provider delay in a cohort ELIPSE 40 of young breast cancer women- European Cancer Organisation ECCO 15 / ESMO 34 – Berlin, Allemagne : 20-24 septembre 2009
In European Journal of Cancer Suppléments, 2009, 7(2) : 319 (Elipsee) (CanBioS)
- 09-P13 REY D., BENDIANE M.K., VIENS P., BOUHNIAK A.D., BUC V., PERETTI-WATEL P. - Factors associated with delayed presentation in a cohort ELIPSE 40 of young breast cancer women - European Cancer Organisation ECCO 15 / ESMO 34 – Berlin, Allemagne : 20-24 septembre 2009
In European Journal of Cancer Suppléments, 2009, 7(2) : 318 (Elipsee) (CanBioS)
- 09-P14 REY D., BOUHNIAK A.D., BENDIANE M.K., PERETTI-WATEL P., VIENS P. - Factors associated with self-report of cognitive impairment in the cohort elipsee40 of french young breast cancer women - 2009 Breast Cancer Symposium – San Francisco, USA : 8-10 octobre 2009 (Elipsee) (CanBioS)
- 09-P15 ROUX P., CARRIERI M.P., COHEN J., RAVAUX I., POIZOT-MARTIN I., DELLAMONICA P., SPIRE B. - Retention in opioid substitution treatments (OST): a major predictor of virological success in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment. - 9^{ème} Colloque International Toxicomanies-Hépatites-Sida (THS 9), Les rencontres de Biarritz 2009. - Biarritz, France : 13-16 octobre 2009. (Manif 2000)
- 09-P16 CARRIERI M.P., ROUX P., COHEN J., RAVAUX I., DELLAMONICA P., PROTOPOPESCU C., SPIRE B., ROSENBLUM A. - The impact of opioid substitution treatments (OST) on self-reported symptoms in individuals HIV-infected through drug use receiving antiretroviral treatments from the MANIF 2000 cohort study. - 9^{ème} Colloque International Toxicomanies-Hépatites-Sida (THS 9), Les rencontres de Biarritz 2009. - Biarritz, France : 13-16 octobre 2009. (Manif 2000)
- 09-P17 KOUAKAM E. - The social constraints of Direct Observed Treatment for pregnant women. A research from private non-for-profit health facilities (Far North region of Cameroon). - 5th MIM Panafrican Malaria Conference. - Nairobi, Kenya : 2-6 novembre 2009 (Ird)

Synthèses

- 09-SY01 Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. - Regard Santé. - Marseille : Région PACA, ORS PACA, SE4S, n° 19, Janvier 2009 (KABP Santé-Travail)
- 09-SY02 Surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'examen de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. - La lettre d'information du système de surveillance du VHC en PACA. - Marseille : ORS PACA, GRSP, n° 5, Mars 2009 (Eval VHC CDAG)
- 09-SY03 Evaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux : impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectées par le VIH. - ANRS Actualité en santé publique. - Paris : ANRS, Juin 2009 (Cameroun EVAL)
- 09-SY04 Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés. - Regard Santé. - Marseille : Région PACA, ORS PACA, SE4S, n° 20, Octobre 2009 (tabagisme et population) (CanBioS)
- 09-SY05 Pourquoi certains patients traités pour leur dépendance aux opiacés par la buprénorphine ne respectent-ils pas la prescription du médecin ? - Regard Santé. - Marseille : Région PACA, ORS PACA, SE4S, n° 21, Novembre 2009 (Subazur)
- 09-SY06 Evaluation du programme camerounais d'accès aux traitements du VIH/Sida : avancées et limites de la décentralisation (Principaux résultats de l'enquête EVAL - ANRS 12-116) - Regard Santé. - Marseille : Région PACA, ORS PACA, SE4S, n° 22, Novembre 2009 (Cameroun EVAL)

Ouvrages

- 09-001 ATLANI-DUAULT L., VIDAL L. (ss dir). - Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des savoirs aux pratiques, des pratiques aux savoirs. - Paris, Armand Colin, 2009 : 360 p. (Ird)
- 09-002 LOUBIERE S., MOATTI J.P. - La prévention et la rationalité économique. - In Bourdillon F., Tubiana M. *Traité de prévention*, Flammarion, Médecine-Sciences, mars 2009, pp 51-55

- 09-003 VIDAL L. - L'anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Entre exigences méthodologiques, ambition épistémologique et souci éthique. - In Atlani-Duault L., Vidal L. *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des savoirs aux pratiques, des pratiques aux savoirs.* - Paris, Armand Colin, 2009, pp 229-252 (Ird)
- 09-004 EBOKO F., NEMECKOVA, T. - AIDS-Challenge to health Security in Africa: Politics in Africa and Case Study on Botswana. In Hans Gunter Brauch et al. (Eds.), *Facing Global Environmental change: Environmental, Human, Energy, Food, Health and Water Security Concepts. Hexagon series on human and environmental security and peace.* - Berlin, Heidelberg, New York : Springer-Verlag, ISBN n° 978-3-540-68487-9, 2009, vol. 4, pp. 553-562 (CORUS2 - Ird)
- 09-005 ATTANE A. - Se marier à Ouahigouya : Argent et mutations des rapports sociaux de sexe, d'âge et de génération au Burkina Faso. - In Martial A. *La valeur des liens. Hommes, femmes et transactions familiales.* - Toulouse, Editions des Presses Universitaires du Mirail, Collection Les anthropologiques, 2009 (Ird)
- 09-006 MOATTI J.P. - Economie de la santé dans les pays en développement : les apports de la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. - In Bras P.L., De Pouvourville G., Tabuteau D. *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Presses de Sciences Po, Editions de Santé, juin 2009, pp. 531-541
- 09-007 SALIBA-SERRE B., VENTELOU B. - L'exercice de la médecine de ville : entre changement et continuité. - In Bras P.L., De Pouvourville G., Tabuteau D. *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Presses de Sciences Po, Editions de Santé, juin 2009, pp. 407-414
- 09-008 PERETTI-WATEL P., MOATTI J.P. - Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés. - Paris, La République des idées / Seuil, ISBN n° 978-202100958, 2009 : 112 p.
- 09-009 ARNAUD S., VIAU A., MICHEL E., VERGER P. - Comment repérer l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie : la démarche du SISTEPACA, système d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur. - In Héry M. *Cancers de la vessie et risques professionnels.* Ouvrage collectif de l'INRS, EDP Sciences, Collection Avis d'experts, 2009, pp. 327-334 (Risques professionnels)