



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

# RAPPORT D'ACTIVITE 2011-2012



# RAPPORT D'ACTIVITE 2011 - 2012

Créé au début des années 1980 dans le cadre de la décentralisation, l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, dirigé par le Docteur Yolande OBADIA et présidé par Monsieur Michel VAUZELLE, Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, est l'un des 26 Observatoires Régionaux de la Santé regroupés dans une fédération nationale, la FNORS.

La principale mission de l'ORS est l'aide à la décision à travers l'observation et la mise à disposition d'informations sur la santé de la population régionale.

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

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

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

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

En partenariat privilégié avec l'UMR912 SESSTIM (INSERM - IRD - Aix-Marseille Université), l'ORS regroupe des chargés d'études, des chercheurs de l'INSERM, de l'IRD ou du CNRS, des enseignants-chercheurs, des doctorants, soit au total une équipe de 80 personnes de formation pluridisciplinaire (médecins épidémiologistes, économistes, sociologues, statisticiens, démographes).

## La valorisation des connaissances...

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

Afin d'être encore plus réactif et de rendre ces informations accessibles à un large public de professionnels de la santé et de décideurs, l'ORS a mis en place une banque de données originale sur la santé régionale : **[www.sirsepa.org](http://www.sirsepa.org)**

L'ORS a également mis en place un Système d'information en santé, travail et environnement (**[www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)**) qui a pour objectifs d'informer les médecins praticiens sur les maladies professionnelles (repérage, déclaration), sur le maintien dans l'emploi de leurs patients, et de favoriser les échanges avec les médecins du travail : organisation de réunions médicales pluridisciplinaires santé-travail et mise à disposition d'outils d'aide.

## La production de connaissances nouvelles...

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

## Les thématiques étudiées...

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

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

## L'animation de réseaux...

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

## Le partage de ses acquis...

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

L'ORS contribue également à la formation d'étudiants en masters, doctorats de santé publique et sciences sociales et organise des formations continues.

## L'aide à la décision...

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

# RAPPORT D'ACTIVITE 2011 - 2012

Activité 2011 - 2012

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

1. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org))  
Sigle : SIRSE 5
2. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse)  
Sigle : SIRSE CORSE 6
3. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé  
Sigle : MRS 7
4. Observatoire transalpin de promotion de la santé  
Sigle : ALCOTRA - <http://www.opsa.eu> 8

## Offre et demande de soins

1. Panel national et interrégional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale  
Sigle : PANEL MG NATIONAL - INTERREGIONAL 9
2. Etude de faisabilité d'un panel jeunes médecins  
Sigle : PANEL JEUNES MEDECINS 10
3. Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant à domicile  
Sigle : CONSO DE SOINS ET VIEILLISSEMENT 11
4. Coûts économiques et sociaux de l'aide informelle dans la maladie d'Alzheimer  
Sigle : CICAD 12
5. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des seniors dépendants. Etude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I  
Sigle : DSD 13
6. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie (QUALIMEC)  
Sigle : QUALIMEC 14
7. Les hospitalisations évitables comme marqueur d'un déficit de prise en charge ambulatoire  
Sigle : SYSTEME DE SOINS ET TERRITOIRES 15
8. Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays africains et du Moyen-Orient : Problèmes de mesure et d'interprétation  
Sigle : INEGSANTE - ANR 16
9. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong  
Sigle : SOREMA - ANR 18
10. Les recompositions de l'action publique en santé en Afrique : A partir de la lutte contre le sida (Cameroun, Burkina Faso, Botswana)  
Sigle : CORUS SANTE 19

## Environnement, travail, habitudes de vie, prévention - dépistage précoce

1. Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une tumeur cancéreuse ou du VIH  
Sigle : VITAVI - ANR 21
2. Cycles de formation de médecins de soins à la prise en charge médico-sociale de cancers professionnels  
Sigle : FORMATION MG CANCER 22
3. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Sigle : SISTEPACA 23
4. Etude qualitative sur le maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI 24

5. Etude de faisabilité d'un tableau de bord sur les risques psychosociaux au travail dans le Var Sigle : TB RISQUES PSYCHOSOCIAUX VAR	25
6. Enquête qualitative interrégionale sur les représentations du dopage chez les sportifs et les personnes de leur entourage Sigle : ENQUETE DOPAGE	26
7. Impact sur la population des communications sur les risques multiples Sigle : CORIMU	27
8. La santé des enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : évaluation et évolution 2003 - 2010 Sigle : EVAL MATER 2	28
<b>Santé mentale</b>	
1. 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	29
2. Enquête sur la prise en charge de la dépression dans le cadre d'un panel national de médecins généralistes Sigle : PANEL MG NATIONAL - VAGUE DEPRESSION	30
3. Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail Sigle : TS ET TRAVAIL	31
<b>Cancer</b>	
1. Enquête nationale sur la qualité et les conditions de vie auprès de 6000 personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic Sigle : ALD 2010	33
2. 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 (ELIPSE 40)	34
3. 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 (ELIPSE 65)	35
4. Impact du traitement du cancer du sein et du suivi médico-psycho-social sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées Sigle : ELIPSE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES	36
5. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon Sigle : CANCER-DELAIS DE PRISE EN CHARGE	37
6. Opinions croisés sur les critères d'efficacité des traitements du cancer (patients, médecins, population générale, décideurs) Sigle : CRIT-EFF	38
<b>Conduites addictives</b>	
1. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC Sigle : METHAVILLE	39
2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection Sigle : AERLI	40
<b>Maladies transmissibles – Infection à VIH</b>	
1. Enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA 2010) Sigle : VESPA2010	41
2. Dépistage rapide auprès des gays Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS	42
3. Traitement antirétroviral "à la demande" en prophylaxie pré exposition de l'infection par le VIH chez les homosexuels masculins en France et au Québec Sigle : IPERGAY	43
4. 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	44
5. Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote) Sigle : COPILOTE	45

6. 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 nom Sigle : TIPI-QUALI	46
7. 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. Sigle : DREAM	47
8. Evaluation du risque résiduel de transmission du VIH chez des HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable (Etude ANRS EP 49 "EVARIST") Sigle : EVARIST	48
<b>Maladies transmissibles – Co-infection VIH-VHC</b>	
1. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH) Sigle : HEPA VIH	49
2. 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	50
<b>Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du Sud</b>	
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 (Cameroun) Sigle : STRATALL - CAMEROUN	51
2. Evaluation du programme camerounais d'accès aux ARV et prise en charge de la co-infection VIH/TB Sigle : EVAL VIH/TB	52
3. Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique (ANRS 12231) : projet associé à l'essai clinique Anrs-12169-2lady (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal) Sigle : 2LADY	53
4. 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	54
5. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil Sigle : MEDICAMENTS GENERIQUES	55
6. Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives. Sigle : GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE	56
7. Echange global de données pour l'information à propos de l'intelligence du marché Sigle : UNITAID	57
8. Les associations de lutte contre le sida au Cameroun. Nouvelles implications sociales, militantes et médicales Sigle : ASSO LUTTE SIDA CAMEROUN	59
9. Enfants et parents vivant avec le VIH/Sida au Maroc Sigle : SIDA PEDIATRIQUE MAROC 2010	60
10. Etude socio anthropologique du suivi des nourrissons infectés par le VIH-1, sous traitement antirétroviral précoce au Cameroun Sigle : NOURRISSONS	61
<b>Maladies transmissibles – Autres</b>	
1. CHANGements environnementaux, Circulation de biens et de personnes : de l'invasion de réservoirs à l'apparition d'anthropozoonoses. Le cas du RAT noir dans l'espace sénégal-malien Sigle : CHANCIRA - ANR	63
<b>Partenariat scientifique</b>	65
<b>Activité de communication scientifique</b>	73
<b>Activité d'enseignement et de formation</b>	75
<b>Activité administrative et technique</b>	79
<b>Publications 2011-2012</b>	93



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

**Sigle :** SIRSE

**Période :** depuis 2006

### Problématique

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en œuvre des politiques de santé régionales (loi 2009, loi HPST). Dans ce contexte, la mise à disposition d'indicateurs de santé à l'échelle infra-régionale présente un intérêt majeur, tant pour la définition des priorités d'action que pour le suivi et 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

SIRSéPACA est un système d'information dont l'objectif 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 (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, comportements, offre de prise en charge, environnement...). Sa spécificité est de fournir ces informations à l'échelle de différents échelons territoriaux (communes, cantons regroupés, zones d'emploi, départements...).

Il vise d'une part à faciliter l'accès à des indicateurs socio-sanitaires territorialisés sous forme de cartes interactives et de tableaux ; il fournit des informations sur ces indicateurs et les sources des données (définitions, limites et précautions à prendre pour l'interprétation des résultats). Il permet d'autre part de consulter les études, tableaux de bord et diagnostics socio-sanitaires réalisés par l'ORS Paca dans différents territoires de la région.

SIRSéPACA est un outil au service des multiples acteurs régionaux et locaux de la santé publique et de la planification des actions de prévention et de l'offre de prise en charge. Il vise en particulier à les aider dans la réalisation de diagnostics territoriaux de santé, la définition des actions et territoires prioritaires et l'évaluation des politiques mises en œuvre.

### 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 (cancers, 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.

SIRSéPACA est accessible depuis octobre 2006 sur le site Internet «[www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org)». Il est mis à jour et enrichi de façon continue. En 2010, il a servi d'outil de référence pour l'élaboration du document préparatoire du Projet Régional de Santé sur les états de santé et inégalités en région Paca.

L'ORS Paca organise des journées de formation offrant, à travers des exemples concrets, une découverte approfondie de l'outil SIRSéPACA. Destinées à un large public, ces formations permettent aux participants de devenir autonomes dans la recherche de données, l'export de cartes et de tableaux.

En 2011, une réflexion a été amorcée pour faire évoluer SIRSéPaca vers un véritable observatoire, offrant un accès aux indicateurs sous forme de cartes, de graphiques (évolution dans le temps par exemple) et de tables de données, mais également à des parcours guidés, orientant vers une sélection d'informations clés sur une problématique spécifique. Cet observatoire permettra également de générer de façon automatique et standardisée des « Portraits de territoires » offrant par exemple une vue d'ensemble sur la situation socio-sanitaire d'un territoire.

### Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre du Contrat de Projet.

### Partenaires

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) – SCORE Santé ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) ; Mutualité Sociale Agricole des Alpes-Maritimes, Alpes- Vaucluse, Bouches-du-Rhône et Var.

## 2. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse)

**Sigle :** SIRSE CORSE

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

Depuis plusieurs années, l'échelle territoriale a pris une importance croissante dans la mise en œuvre des politiques de santé régionales (Plans régionaux de santé publique puis loi « Hôpital, patients, santé, territoires », mise en place des contrats locaux de santé). 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 le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre. Un outil de cartographie interactive a ainsi été développé pour mettre à disposition ce type d'informations à l'échelle de divers territoires de la région Corse.

### **Objectifs**

Le SIRSéCorse est une extension à la région Corse du SIRSéPACA, Système d'Information Régional en Santé, disponible sur Internet depuis 2006.

Le SIRSéCorse a été mis en place dans le cadre d'une convention tripartite entre l'ARS Corse, l'ORS Corse et l'ORS Paca. Son objectif principal est de mettre à disposition de tous (décideurs, professionnels de santé, experts, acteurs de terrain...), sur Internet, des informations sur l'état de santé de la population régionale et sur certains de ses déterminants (caractéristiques démographiques, socioéconomiques, comportements...). Sa spécificité est de fournir ces informations à l'échelle de différents échelons territoriaux (communes, cantons regroupés, zones de recours, bassins de vie, bassins de vie unifiés, zones d'emploi, espaces de concertation, départements et région).

SIRSéCorse vise notamment à faciliter l'accès à des indicateurs socio-sanitaires territorialisés sous forme de cartes interactives et de tableaux, à faciliter la réalisation de diagnostics territoriaux sanitaires et à fournir des éléments d'aide à la décision et d'évaluation aux acteurs régionaux et locaux de la santé publique et de la planification de l'offre de prise en charge notamment pour aider à la réalisation, au suivi et à l'évaluation des Schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.

### **Méthodologie**

Les indicateurs du SIRSéCorse se basent sur l'expérience du SIRSéPACA, mis en place depuis 2006. Les indicateurs sont définis en fonction des priorités régionales et des indicateurs recommandés en annexe à la Loi relative à la politique de santé publique de 2004. Fin 2011, ils concernent les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé général, les principales pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires...) et certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation...). Les données proviennent de différents organismes nationaux et régionaux, partenaires de la Fédération nationale des ORS (Fnors).

SIRSéCorse est accessible depuis juillet 2011 sur le site Internet [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org). Il contient actuellement des données de cadrage sociodémographiques, des indicateurs sur la mortalité ainsi que sur les affections de longue durée. Il sera mis à jour et enrichi de nouveaux indicateurs de façon continue durant l'année 2012. Les mises à jour concerneront notamment les indicateurs de mortalité sur la période 2004-2008 et les affections de longue durée. De nouveaux indicateurs seront intégrés concernant l'offre de soins libérale, les hospitalisations en services de soins de courte durée et le recours aux soins (pour la maladie d'Alzheimer en particulier).

### **Commanditaires**

Agence Régionale de Santé de Corse (ARS de Corse).

### **Partenaires**

Observatoire Régional de la Santé de Corse (ORS de Corse).

### 3. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé

**Sigle :** MRS

**Période :** 2011-2012

#### **Problématique**

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur développe actuellement un dispositif expérimental de Maisons Régionales de Santé (MRS), qui seront implantées en priorité dans les territoires de la région où l'offre de soins est insuffisante et où l'accès aux soins et à la prévention est problématique. Ce dispositif vise notamment à : 1) consolider et développer une offre de soins de proximité de qualité, 2) garantir une égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens de la région, 3) assurer une coopération entre les professionnels de l'offre de soins, et entre ces professionnels et l'ensemble du système de santé autour de l'hôpital public et 4) renforcer les dispositifs et actions de prévention. Le principe directeur du dispositif des Maisons Régionales de Santé est de développer une réponse adaptée aux besoins locaux et tenant compte des caractéristiques et des spécificités du territoire.

Le développement de chaque projet doit reposer sur la réalisation d'un diagnostic local, qui permettra d'évaluer les besoins de la population, de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité d'une MRS sur le territoire et d'identifier les priorités d'actions pour chaque dispositif. Cependant, la réalisation d'un diagnostic local est un exercice difficile, qui nécessite des compétences méthodologiques précises.

#### **Objectifs**

Dans le cadre du dispositif de Maisons Régionales de Santé, l'ORS PACA constitue un centre ressource à la disposition des porteurs de projets. L'objectif de cet appui méthodologique est d'accompagner les porteurs de projet de Maisons Régionales de Santé dans leur démarche de diagnostic, dans ses phases quantitative comme qualitative, de susciter leur réflexion et de les aider à prioriser les besoins et les actions à entreprendre.

#### **Méthodologie**

L'accompagnement proposé est adapté à chaque projet (contexte, avancée et contenu de la démarche, ressources et contraintes...) et tient également compte des attentes et des compétences des porteurs de projet. Il peut consister à :

- Apporter des connaissances susceptibles d'enrichir le diagnostic, qu'il s'agisse d'indicateurs provenant de SIRSÉPACA, de résultats d'études réalisées par l'ORS ou de documents de formats variés (rapports, plans...);
- Apporter un soutien méthodologique dans la réalisation du diagnostic (définition des objectifs, choix des outils appropriés...) mais aussi dans l'interprétation des données récoltées ;
- Aider à la restitution et à la valorisation des résultats ;
- Prioriser les besoins et les actions à mener sur le territoire.

#### **Résultats**

L'année 2012 sera consacrée à la poursuite de l'accompagnement méthodologique des porteurs de projets des MRS dans la réalisation du diagnostic et dans l'étape de priorisation ; au suivi des projets ; à l'appui au Conseil Régional dans la réflexion autour de l'implantation de Maisons Régionales de Santé (réalisation de diagnostics préliminaires, portraits départementaux).

#### **Commanditaires**

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## 4. Observatoire transalpin de promotion de la santé

**Sigle :** ALCOTRA - <http://www.opsa.eu>

**Période :** 2009-2012

### Problématique

Un Observatoire transalpin pour la Promotion de la Santé (OPSA) a été créé dans le cadre de la quatrième génération de programmes européens de coopération transfrontalière le long de la frontière continentale entre la France et l'Italie (programme Alcotra 2007-2013). Ce projet OPSA est né dans le but d'un partage de connaissances entre les acteurs locaux et les populations des régions italiennes (Ligurie et Piémont) et françaises (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

### Objectifs

Ce projet a pour objectif général de favoriser le partage de connaissances entre les acteurs locaux et parmi les populations des régions italo-françaises concernées par le projet, par la mise en place d'une plateforme transfrontalière d'informations et d'échanges dans le domaine de la santé publique (observation sanitaire, planification et promotion de la santé). Une telle plateforme d'informations devrait permettre aux acteurs locaux d'orienter leurs choix politiques dans les domaines liés à la santé publique et de mettre en place des plans et actions, notamment au niveau local, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

### Méthodologie

Le projet OPSA est divisé en 7 activités réalisées entre le 4 août 2009 et le 4 février 2012. Les objectifs généraux des activités sont les suivants : analyse du contexte de référence et des politiques locales de promotion de la santé, analyse des besoins d'information des utilisateurs, analyse de l'état de l'art au niveau européen, analyse et conception technico-fonctionnelle des solutions à mettre en œuvre, développement de la plate forme commune d'information, programmes de formation et d'échanges destinés aux acteurs et décideurs locaux et communication et promotion de la plateforme, de ses activités et de ses résultats.

### Résultats

Le projet s'achève en avril 2012. Un séminaire de présentation du site OPSA est prévu le 13 mars 2012 à Nice. Ce séminaire sera l'occasion de faire une démonstration de la plateforme qui propose un accès à des indicateurs socio-sanitaires à l'aide de cartes interactives disponibles pour les 4 régions, un accès à des répertoires d'acteurs et d'actions, des ressources documentaires ainsi qu'un parcours de formation.

### 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).

### Partenaires

Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Agence Régionale de Santé Paca ; Espace Régional de Santé Publique Rhône-Alpes ; Région Piemonte ; CSI (Consortium pour le Système d'Information) Piemonte ; DoRS (Documentazione per la Promozione della Salute) Piemonte ; CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria) Piemonte ; ASL1 (Azienda Sanitaria Local) Imperiese ; Région Ligurie ; Société 1 égal 2.

# 1. Panel national et interrégional 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, la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a installé, à compter du 1er avril 2010, les 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 (une vague par semestre), 1100 médecins généralistes libéraux nationaux, 1200 médecins issus de trois régions partenaires (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et 300 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 : comportement des médecins face à la grippe A/H1N1 ; économie du cabinet médical (secrétariat, organisation des locaux, conditions de travail, gestion du temps non médical...) ; diagnostic et prise en charge des problèmes de santé mentale ; prise en charge de la dépendance des personnes âgées ; délégation des tâches (personnels paramédicaux, autres professionnels de santé) ; 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 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.

### Résultats

En 2012, les deux dernières vagues du Panel (vague 4 : prise en charge de la personne âgée dépendante et vague 5 : alternatives à la rémunération à l'acte des médecins généralistes libéraux et usage des recommandations de pratique) seront administrées. La vague 4 doit aider à déterminer, en outre, la fréquence de la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie par les médecins généralistes libéraux, les ressources dont ces derniers disposent pour y parvenir ainsi que leurs difficultés. La vague 5 propose de mesurer les attentes des médecins vis-à-vis des nouvelles formes de rémunération de l'activité libérale (notamment les contrats d'amélioration des pratiques individuelles et, de façon générale, les formes de rémunération dérogeant au paiement à l'acte). L'usage des recommandations de bonne pratique sera documenté, en lien avec le paiement à la performance, dans le cadre de quelques pathologies (diabète, hypertension par exemple).

### 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 et Pays de la Loire.

## 2. Etude de faisabilité d'un panel jeunes medecins

**Sigle :** PANEL JEUNES MEDECINS

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

L'objectif général de cette recherche, soutenue par la chaire Management de la Santé de la Fondation de l'Université, est d'améliorer l'observation et la connaissance du comportement des "jeunes" médecins généralistes de ville. On sait peu de chose sur la période intercalaire entre la fin des études médicales et le moment où le médecin est installé en cabinet en plein exercice. Les jeunes médecins -"remplaçants", pour beaucoup- sont pourtant une population particulièrement intéressante à étudier, notamment par contraste avec les médecins installés de longue date. Une question centrale sera de connaître les différences éventuelles de pratique de prise en charge (prescription...).

### **Objectifs**

Une étude de faisabilité sera effectuée en 2012, d'abord pour la région Provence-Alpes Côte d'Azur. Elle permettra de prendre date, en constituant une cohorte qui servira les analyses ultérieures (au-delà de 2014, date à laquelle l'échantillon sera complètement recruté). L'extension de ce panel initial à d'autres régions pourra également être étudiée.

### **Méthodologie**

Questionnaire (auto-questionnaire papier et relance téléphonique), à partir du fichier des étudiants des Départements Universitaires de Médecine Générale des Facultés d'Aix-Marseille et de Nice. L'échantillon à recruter serait de taille conséquente : 160 à Marseille, 100 à Nice, sur plusieurs années (trois années), pour atteindre le chiffre de 750 médecins suivis. Les médecins seront interrogés tous les ans.

La cohorte devrait permettre d'étudier : les déterminants des choix d'installation et/ou de remplacement ; les choix d'organisation du cabinet ; les questions de l'offre de travail du jeune médecin (durées et formes) ; ou la question du rapport du médecin à la santé publique et aux institutions... Bien entendu, ces différentes dimensions seront analysées, autant que possible, en lien avec leurs conséquences sur les pratiques et la qualité de la prise en charge des populations.

### **Résultats**

Les travaux ont consisté en revue de littérature et groupes d'expert pour déterminer les thématiques d'enquête. La première enquête devrait porter sur le stage d'exercice, le projet d'installation et le ressenti des études. Un partenariat est en cours de construction avec les départements universitaires de médecine générale, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et l'Institut d'Economie Publique (IDEP).

### **Commanditaires**

Fondation Université de la Méditerranée dans le cadre de l'Appel d'offres 2011 de la chaire Management de la santé.

### **Partenaires**

Département universitaire de médecine générale de Nice ; Département universitaire de médecine générale de Marseille ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Union nationale des professions de santé (UNPS) ; Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS).

### 3. 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. La partie appliquée exploitera les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages et de l'enquête Handicap-Santé Aidants, toutes deux conduites en 2008.

#### **Résultats**

Les travaux de valorisation porteront en 2012 sur les aspects méthodologiques de mesure des biais consécutifs au recours à des répondants proxy (personnes qui aident ou remplacent les sujets interrogés) dans les enquêtes sur la santé en population générale. En outre, les articles en cours de rédaction entendent traiter de l'impact du recours à un proxy sur la déclaration par les personnes âgées en domicile ordinaire de besoins d'aide pour la réalisation des activités de la vie courante et sur la mesure de leur satisfaction. Pour ce faire, un système d'équations est estimé à l'aide de la méthode du maximum de vraisemblance, comprenant une équation auxiliaire expliquant le recours à un proxy permettant de contrôler l'endogénéité du recours au proxy à l'état de santé du sujet, une première équation d'intérêt expliquant la déclaration d'un besoin d'aide et sélectionnant les répondants considérés dans la seconde équation d'intérêt où la satisfaction du besoin d'aide est expliquée.

#### **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 in Europe»).

#### **Partenaires**

Institut d'Economie Publique (IDEP) ; Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ; Université Aix-Marseille II.

## 4. 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.

### **Résultats**

L'impact social et économique de la provision d'aide aux malades d'Alzheimer est documenté. Les préférences individuelles des aidants informels, entre aide voulue et aide contrainte, seront particulièrement étudiées.

### **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".

## 5. Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire des seniors dépendants. Étude à partir des données des enquêtes HS-M et HS-I

**Sigle :** DSD

**Période :** 2010-2012

### **Problématique**

Les besoins en soins bucco-dentaires des sujets âgés tendent à s'accroître et la situation est d'autant plus préoccupante que les répercussions de la santé orale sur la santé générale et la qualité de vie sont unanimement reconnues. Les études menées dans les pays étrangers démontrent que les besoins en soins sont d'autant plus élevés que les sujets vivent en institution, qu'ils présentent des limitations fonctionnelles ou des troubles cognitifs. Aucune étude n'a révélé à ce jour les besoins et déterminants de la santé bucco-dentaire des personnes âgées à l'échelle nationale. Au-delà de l'aspect descriptif pur, ce projet propose une exploration systématique de la santé bucco-dentaire des personnes âgées à partir d'analyses secondaires des enquêtes Handicap Santé Ménages 2008 et Handicap Santé Institutions 2009. Les analyses porteront particulièrement sur la relation entre le handicap/dépendance des personnes âgées, la façon dont celui-ci est pris en charge (en institution et à domicile) et les indicateurs de santé bucco-dentaire retenus.

### **Objectifs**

- Fournir les premières données représentatives à l'échelle de la France de santé bucco-dentaire des seniors, qu'ils vivent à domicile ou en institution.
- Déterminer si les personnes âgées en perte d'autonomie ont un risque accru de présenter un état de santé bucco-dentaire dégradé par rapport aux personnes âgées non dépendantes.
- Déterminer si les personnes âgées en perte d'autonomie ont un risque accru de présenter un moindre recours aux soins bucco-dentaires par rapport aux personnes âgées non dépendantes.
- Identifier les autres déterminants pouvant jouer sur le recours aux soins et l'état de santé buccodentaire des personnes âgées, afin de discuter des possibilités d'action de la politique de santé.

### **Méthodologie**

L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) s'intéresse à la santé et aux difficultés que rencontrent les personnes dans leur vie quotidienne. 28 500 individus ont été interrogés à leur domicile, sur leur état de santé, leur environnement socio-familial, leurs ressources socio-économiques.

L'enquête Handicap Santé Institution (HSI) a pour objectif de connaître l'état de santé et les caractéristiques des situations de handicap et de dépendance des personnes vivant en institution. 9107 sujets ont été interrogés dans les maisons de retraite, les structures d'accueil des personnes handicapées, les établissements psychiatriques.

Nous nous concentrerons sur les sujets de plus de 60 ans. Ainsi, l'échantillon sera composé de 9233 sujets pour la base HSM et 4168 pour la base HSI. Les mesures d'économétrie de données d'enquête seront complétées par des analyses en régression multi niveaux permettant de distinguer la variabilité existant au niveau individuel de la variabilité inter-groupe et donc d'apprécier :

- pour HSM (domicile), l'effet des variables dites « de contexte » : les caractéristiques de l'offre de services médicaux des lieux de résidence, notamment ;
- pour HSI, l'effet « vie en institution » (par rapport au domicile) et de certaines grandes caractéristiques des institutions (organisation, statut juridique, etc.).

La comparaison des données issues des deux types d'enquêtes pourrait se faire à l'aide d'une stratégie d'appariement du type propensity score matching qui permet de contrôler l'hétérogénéité observable au sein des deux populations d'individus.

### **Résultats**

Après une première publication discutant des inégalités d'accès aux soins en relation avec la densité de chirurgiens-dentistes (Health Policy, 2011; 103:160-7), les articles en cours d'écriture aborderont les points suivants : qualité de la prise en charge bucco-dentaire des personnes dépendantes en institution ; handicaps et accès aux soins bucco-dentaires ; rôle des praticiens dans le recours aux soins ("demande induite ?").

### **Commanditaires**

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et Mission Recherche (MiRe) / Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans le cadre de l'Appel à projets de recherche 2010 sur le handicap et la perte d'autonomie "Appel à projets de recherches portant sur l'exploitation secondaire des enquêtes publiques dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie".

### **Partenaires**

Laboratoire de Microbiologie Orale, Université de Nice Sophia Antipolis, UFR d'odontologie ; Pôle d'odontologie, Hôpital Saint Roch, Nice.

## 6. L'utilisation de l'évaluation contingente pour valoriser l'aide informelle apportée aux personnes souffrant de handicap ou en perte d'autonomie (QUALIMEC)

**Sigle :** QUALIMEC

**Période :** 2009-2012

### **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.

### **Résultats**

Les résultats de l'analyse quantitative des dispositions à payer (respectivement à recevoir) pour éviter (respectivement réaliser) une heure d'aide de plus sont croisés avec les résultats des entretiens qualitatifs réalisés auprès d'aidants informels. Il en résulte le constat que le format ordinaire du questionnement des enquêtes mettant en œuvre les méthodes de l'évaluation contingente n'est pas totalement intelligible des aidants informels, soit que la référence à une heure d'aide n'est pas adaptée, soit que l'heure d'aide informelle ne renvoie pas à un bien homogène. Les entretiens qualitatifs permettent par ailleurs de comprendre les réponses contestataires (le refus de donner une valeur), traditionnellement élevées dans ce champ, entre rôle familial propre, aide naturelle et altruisme.

### **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".

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

**Sigle :** 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, 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 sont 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 est 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 sont définis en fonction des travaux internationaux déjà réalisés dans ce domaine.

Des réunions sont organisées dans chacune des régions avec des représentants des Agences régionales de santé (ARS) et des professionnels locaux afin de leur présenter les résultats et recueillir leurs perceptions au regard de leur connaissance de l'organisation et du fonctionnement du système de soins régional.

### Résultats

Cette analyse a montré qu'en matière de santé, la Région PACA se distingue très peu de l'ensemble de la France. L'état de santé, mesuré par les déclarations des individus enquêtés, ne semble pas nettement lié au niveau de revenu, en Région comme en France, sauf pour quelques maladies spécifiques : les troubles mentaux et du comportement et les maladies de l'appareil digestif. En particulier, ce travail a montré que les difficultés financières ou familiales favorisent le développement d'une dépression. Enfin, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, quand elles sont malades, déclarent plus souvent souffrir de plusieurs maladies que les populations plus favorisées.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Equipe de V. Rodwin, International Longevity Center (ILC-USA).

## 8. Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays africains et du Moyen-Orient : Problèmes de mesure et d'interprétation

**Sigle :** INEGSANTE - ANR

**Période :** 2010-2013

### Problématique

Le rapport publié en 2009 par la Commission sur les “déterminants sociaux de la santé” de l’OMS a réaffirmé l’importance des inégalités, universellement constatées, en matière de morbidité et de mortalité prématurée au détriment des catégories socio-économiques les plus défavorisées. Dans les pays en développement (PED), suite à l’Initiative de Bamako (1987) qui avait conduit à introduire des contributions financières des usagers au point de consommation des soins (politique de recouvrement des coûts) dans des systèmes publics de santé jusque là essentiellement gratuits, le débat sur les inégalités de santé s’est plutôt concentré sur l’équité dans le financement des dépenses de santé et dans l’accès aux soins. Des recherches récentes, menées notamment sur des données de Palestine et de quatre capitales africaines par certaines des équipes impliquées dans le présent projet (INSERM/IRD/Université Aix-Marseille II UMR SE4S et GREQAM/IDEP), ont montré que les mesures agrégées d’équité verticale et horizontale (dérivées des indices de dispersion de type Gini et des courbes de Lorenz) qui ont constitué l’essentiel de la littérature appliquée aux inégalités dans les pays développés en économie de la santé pouvaient s’avérer inappropriées dans le contexte des PED où les paiements directs au point de consommation constituent souvent plus de la moitié du total du financement des dépenses de santé.

### Objectifs

Ce projet de recherche INEGSANTE s’inscrit dans le champ de la mesure et de l’explication des inégalités de santé dans le contexte des pays en développement (PED). Il s’interroge sur le bien-fondé des mesures standard d’équité précédemment utilisées dans les pays développés. En effet, la prégnance des inégalités socio-économiques ainsi que les spécificités des systèmes de santé dans les PED invitent à envisager des approches plus fines, capables de tenir compte de certaines particularités, comme l’hétérogénéité des comportements des groupes socio-économiques et l’absence de couverture santé universelle. De ce fait, le présent projet de recherche accorde un intérêt particulier à la valeur ajoutée apportée par des approches plus élaborées, telles que la décomposition des inégalités de santé basée sur une technique de microsimulation. Pour ce faire, il s’appuie sur des données empiriques issues principalement des enquêtes nationales destinées à établir des comptes nationaux de la santé dans les PED.

### Méthodologie

Nous nous proposons de contribuer au débat scientifique international sur l’équité en matière de financement de la santé et d’accès aux soins dans les PED dans trois dimensions :

- Par le transfert à ce champ des avancées méthodologiques récentes de la littérature en économie publique et fiscale (méthodes non linéaires de décomposition des distributions et techniques de microsimulation qui permettront de mieux séparer les effets de demande et de préférences individuelles des populations d’une part, les conséquences des dysfonctionnements de l’offre de soins et des mécanismes de financement dans la formation des inégalités de financement et d’accès aux soins).
- En réexaminant les relations entre inégalités de revenus et inégalités dans le financement et l’accès aux soins (par référence notamment aux approches proposées par Amartya Sen que l’on tentera d’opérationnaliser dans ce champ ainsi qu’en estimant dans la lignée de l’économie fiscale les effets ex post de reclassement dans la distribution des revenus induits par les modes de financement du système de soins).
- En effectuant des analyses économétriques approfondies d’un ensemble de données d’enquêtes ménages, incluant les aspects santé de façon détaillée dans un échantillon de 12 pays d’Afrique et du Moyen-Orient à bas revenus (Burkina-Faso, Sénégal, Zambie), et à revenus intermédiaires (Cameroun, Côte d’Ivoire, Egypte, Jordanie, Maroc, Palestine, Tunisie) ainsi que Liban et Afrique du Sud.

La contextualisation et l’interprétation des résultats économétriques seront facilitées par la participation de chercheurs de la région EMRO (Moyen Orient et Afrique du Nord) de l’OMS et des Universités de Birzeit, Cape Town et Tunis. De plus, la valorisation des résultats, au-delà des publications scientifiques attendues, sera facilitée par le rôle d’experts auprès de différentes organisations internationales de plusieurs participants au projet (Banque Mondiale, BIT, Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, OMS, etc.).

### Résultats

Notre projet a démarré avec la mise en place de la coopération scientifique avec les partenaires sud méditerranéens (Tunisie, Egypte, Palestine). A ce titre, une mission pour la définition des tâches et la collecte des données auprès des organismes et autorités de santé en Tunisie a été réalisé sur la période du 25 mai au 02 juin 2011. En parallèle, une synthèse de l’état de connaissance et des travaux réalisés sur les évaluations et les mesures des inégalités de santé a été faite. Etant donné l’évolution rapide dans ce domaine de recherche, nous assurons régulièrement une veille

scientifique via les principaux moteurs de recherche de données bibliographiques. Ceci a permis de conceptualiser le cadre théorique adéquat à notre étude et de commencer à élaborer des outils méthodologiques. Nous avons opté pour une approche basée sur des techniques de microsimulation.

Deux articles ont été soumis pour publications.

Le premier porte sur les évaluations des inégalités de santé de manière dynamique, en incluant ou non la mortalité associée aux maladies chroniques létales (à titre d'exemple le VIH) [Article soumis pour publication à Health Economics]. Cette étude fait appel à un modèle de microsimulation, construit à partir de données représentatives : les Enquêtes démographiques et de santé (DHS). En se basant sur le contexte épidémiologique de trois pays d'Afrique Sub-saharienne, à savoir le Cameroun, le Swaziland et la Tanzanie, trois scénarios de politique publique sont élaborés: 1) Aucune intervention ; 2) Accès universel aux antirétroviraux (ARVs) ; 3) Prévention. Cette analyse permettra d'examiner sous quelles conditions un scénario donné peut générer le moins d'inégalités de santé. Un des enseignements de recherche porte sur l'importance des biais dus à la non-comptabilisation des décès survenus entre le temps de l'intervention et la mesure des inégalités de santé par un indicateur transversal.

Le deuxième article est consacré à l'étude de l'équité en matière de financement et d'accès aux soins dans le système de santé des pays en voie de développement (PED) [Article soumis pour publication à International Journal of Health Care Finance and Economics]. Nous nous interrogeons sur le bien-fondé des mesures standard d'équité précédemment utilisées dans les pays développés. En effet, la prégnance des inégalités socio-économiques ainsi que les spécificités des systèmes de santé dans les PED invitent à envisager des approches plus fines, capables de tenir compte de toutes ces particularités. La présente étude accorde un intérêt particulier à la valeur ajoutée apportée par des approches plus élaborées des inégalités en s'appuyant sur des données empiriques issues de l'enquête tunisienne sur la morbidité et le recours aux soins 2006-2007.

Au cours de l'année à venir nous nous attellerons à étendre nos analyses à d'autres pays en Afrique et Moyen Orient.

### **Commanditaires**

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel à projets ANR "Les Suds Aujourd'hui II"

### **Partenaires**

Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille-Institut D'Economie Publique (GREQAM-IDEF) ; World Health Organization-Eastern-Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO) ; Health Economics and HIV/AIDS Research Division of the University of KwaZulu-Natal (HEARD-UKZN) ; Institute of Community and Public Health-Birzeit University (ICPH-BZU) ; National Institute of Labour and Social Studies-University of Carthage Tunis (INTES-UCT)

## 9. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong

**Sigle :** SOREMA - ANR

**Période :** 2012 – 2015

### **Problématique**

Ce projet explore les logiques sanitaires d'interventions les plus récentes destinées à lutter contre le paludisme. Cette pathologie continue à poser de graves problèmes de nature médicale et socio-économique à de nombreux pays du Sud. Aux mesures de santé publique mises en place par les Etats s'ajoutent d'autres formes d'interventions sectorielles incluant l'éducation, l'information ainsi que divers programmes socio-économiques. Notre ambition est de contribuer à l'analyse des systèmes de santé mis en place pour lutter contre une maladie qui évolue dans un milieu social et écologique en pleine métamorphose du fait de l'intensification de la circulation des personnes et des biens. De cette analyse découle directement l'une des questions essentielles à laquelle nous souhaitons répondre : dans un contexte humain et environnemental spécifique, le renforcement actuel des systèmes de santé, défini par des politiques exogènes, pondère-t-il les inégalités en matière de santé, et de quelle façon ?

Dans le cas de la sous-région du Mékong (Laos, Vietnam, Cambodge), deux phénomènes concomitants induisent une réorganisation des politiques de santé : la persistance du paludisme et de ses formes sévères ; ainsi que l'émergence de résistances au traitement.

### **Objectifs**

Ce projet a quatre objectifs :

- identifier les mécanismes générateurs d'inégalités à travers l'évolution du paludisme et la diffusion de la résistance.
- montrer les réaménagements écologiques associés aux déplacements humains, car ceux-ci reconfigurent les dynamiques endémiques de l'infection et conduisent à une recrudescence de l'infection et de la résistance aux médicaments.
- réaliser une mise en perspective historique du paludisme qui permet de comprendre dans quels cadres et dans quelles directions évoluent les nouvelles politiques de santé.
- analyser les interrelations entre stratégies internationales, politiques nationales, interventions locales et savoirs intégrés. Celles-ci sont en effet en voie de reformulation à une époque où le risque de diffusion de résistance prédomine sur la scène mondiale.

### **Méthodologie**

Deux axes significatifs sont retenus :

- 1- la question de la variabilité de l'exposition au paludisme qui est associée au processus d'émergence de la résistance aux anti-paludéens. Seront examinés les paramètres qui influent sur les inégalités face à la maladie dans une société en mutation (circulation humaine accrue, milieux écologiques anthropisés).
- 2- les problématiques liées la colonisation spatiale et humaine du territoire, aux interventions publiques de santé et aux épisodes de résistance. Cette exploration historique constitue un tremplin indispensable pour resituer la question centrale qui vise à rendre compte des activités de santé contemporaines et futures.

La méthodologie associe une exploration extensive de thèmes propres à la sous-région du Mékong. Elle inclut une identification spatiale de l'infection, des mécanismes de production des inégalités de santé, des mouvements de population et de l'avancée de la résistance. A cette fin, elle propose une analyse fine sur trois grandes zones-témoins sélectionnées pour leur représentativité en termes de gestion différenciée du paludisme. L'analyse mettra en avant les modalités de réaménagement des inégalités de santé. Elle sera réalisée dans plusieurs microsites de chacune des trois zones et portera sur : 1/ les dynamiques qui façonnent les inégalités face au paludisme ; 2/ les modifications qui touchent les écosystèmes sociaux et naturels ; 3/ les politiques de santé internationales qui se répercutent localement ; 4/ les conditions historiques qui les sous-tendent ; 5/ l'interférence entre savoirs locaux et savoirs globaux ; 6/ les stratégies originales associant initiatives de santé et services de prestations sociales.

### **Commanditaires**

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du Programme "Métamorphose des sociétés 'Inégalité-Inégalités'" 2011.

### **Partenaires**

Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Institut Pasteur du Cambodge.

## 10. Les recompositions de l'action publique en santé en Afrique : A partir de la lutte contre le sida (Cameroun, Burkina Faso, Botswana)

**Sigle :** CORUS SANTE

**Période :** 2007-2011

### **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" dont ces trois pays nous servent de points de départ, 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 recompositions contemporaines de l'action publique dans le champ de la santé, à partir du sida en Afrique. Il envisage trois cas différents, trois dynamiques épidémiologiques, sociologiques et politiques différentes représentées par trois sites géographiques susceptibles de nourrir une approche comparée : le Cameroun en Afrique centrale, le Burkina Faso en Afrique de l'Ouest et le Botswana en Afrique australe.

La recherche s'articule autour de deux axes : la recomposition locale des programmes verticaux de santé, conçus au niveau international ; 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 oeuvre.

### **Méthodologie**

Récolte de données thématiques dans les trois axes retenus et dans chaque pays, dans la mesure du possible. Entretiens approfondis avec des représentants des institutions, associations et réseaux concernés dans la mise en oeuvre des axes retenus :

- Axe 1 : Les relations internationales et l'action publique contre le sida en Afrique
- Axe 2 : Configurations d'acteurs et mobilisations collectives dans le champ de la santé
- Axe 3 : Classements, déclassés et reclassés des autres pathologies (TB, malaria).

### **Résultats**

Les résultats ont été présentés lors du double Atelier international qui s'est tenu à l'ORS Paca à Marseille les 13 & 14 décembre 2011. Un premier article de synthèse a été publié en cours de projet dans une revue internationale à comité de lecture (Télescope). Et deux articles ont été publiés dans des revues à comité de lecture au Burkina Faso en 2010 et 2011 (*Annales de l'Université de Ouagadougou*), ainsi que des articles dans un ouvrage collectif pour le cas du Cameroun.

Un ouvrage de synthèse "Etats, santé et politique en Afrique" sera publié en 2012.

Les résultats et les pistes issus de ce projet Corus ont donné lieu au montage du projet "Gouvernance et sida en Afrique".

### **Commanditaires**

Ministère des Affaires Etrangères ; Secrétariat Exécutif IRD

### **Partenaires**

Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE), Yaoundé, Cameroun ; Groupe de Recherches sur les Initiatives Locales (GRIL), Université de Ouagadougou, Burkina Faso ; Center for the Study of HIV/AIDS, University of Botswana, Gaborone, Botswana ; CURRAPP Amiens (UMR 6054 CNRS Université Jules Verne) ; EHESS, IRIS, Paris



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

**Sigle :** VITAVI - ANR

**Période :** 2009-2012

## **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).

Le recueil des données est achevé et les analyses sont en cours pour le volet qualitatif ; le recueil est achevé pour les cohortes comme pour l'une des grandes enquêtes transversales (VESPA II), et pour l'autre enquête transversale le recueil commence en mars 2012.

## **Résultats**

Pour l'instant, les principaux résultats disponibles concernent le volet qualitatif du projet, en l'occurrence les 21 entretiens approfondis réalisés avec des femmes de la cohorte ELIPPSE, âgées de moins de 40 ans au diagnostic, et interrogées de 16 mois à 3 ans après ce diagnostic. Parmi celles qui avaient initialement une situation professionnelle précaire (CDD...), leur situation professionnelle s'est souvent détériorée avant même l'arrêt de travail, avec des conséquences importantes sur les indemnités perçues durant cet arrêt. Cette détérioration est parfois aussi survenue pendant l'arrêt. Ensuite, si le désir de retravailler est unanime, les obstacles sont nombreux, par exemple lorsque les séquelles des traitements obligent à renoncer à son ancien métier. En outre, ces femmes ont souvent de nouvelles aspirations professionnelles après leur cancer, et tentent alors de réorienter leur carrière, ce qui constitue une difficulté supplémentaire sur le marché de l'emploi. Enfin, pour retrouver un emploi, il leur faut fréquemment dissimuler leur maladie et mobiliser leur réseau social (qui joue également un rôle important pour amortir les conséquences financières de l'arrêt).

## **Commanditaires**

Agence Nationale de la Recherche (ANR).

## 2. Cycles de formation de médecins de soins à la prise en charge médico-sociale de cancers professionnels

**Sigle :** FORMATION MG CANCER

**Période :** 2011-2013

### Problématique

L'origine professionnelle des cancers n'est pas souvent recherchée, ce qui conduit à leur sous-déclaration. Parmi les facteurs évoqués, on relève: - l'apparition fréquente des cancers professionnels après cessation de l'activité, une traçabilité des expositions professionnelles non effective, - la formation insuffisante des médecins de soins à la conduite d'un interrogatoire sur le passé professionnel; leur manque de temps, - une méconnaissance de la réglementation française sur les maladies professionnelles, - une faible collaboration entre médecins de soins et du travail, - une sous-estimation des facteurs professionnels par les médecins de soins en cas de tabagisme. D'après l'InVS (2003), la sous-déclaration des cancers professionnels, moins importante pour le mésothéliome pleural et les cancers naso-sinusiens, concerne les cancers du poumon, les leucémies et les cancers de la vessie (taux de reconnaissance respectivement de 20%, 10% et 1%).

### Objectifs

L'objectif principal du projet est de tester un cycle de formation pilote auprès de médecins de soins afin d'améliorer leurs connaissances/ pratiques concernant la prise en charge médico-sociale de patients traités pour cancer professionnel ou ayant été exposés à des cancérogènes professionnels.

Eléments qualitatifs ciblés : 1- améliorer les connaissances et pratiques en matière de repérage de l'origine professionnelle de cancers en s'appuyant sur des outils d'aide au repérage des expositions professionnelles actuelles et passées à des cancérogènes issus du SISTEPACA ; 2- améliorer l'accompagnement par le médecin de la déclaration en maladie professionnelle faite par le patient, (rédaction du certificat médical initial, consultation des tableaux de maladies professionnelles ...) ; 3- faire connaître le dispositif et les acteurs du maintien dans l'emploi ; 4- informer sur le suivi post-professionnel des personnes exposées à des cancérogènes professionnels ; 5- améliorer les échanges avec les médecins du travail dans une logique de bassin d'exercice et faire connaître le rôle de la consultation de pathologie professionnelle ; 6- tester la mesure dans laquelle les attitudes, connaissances et pratiques déclarées des participants sont modifiées à l'issue du cycle de formation.

### Méthodologie

Population : Deux groupes de 15 à 20 médecins par bassin d'exercice, généralistes et spécialistes.

Lieux : Deux bassins d'exercice choisis dans la région Paca, le premier est à Toulon.

Formation : - Première réunion : présentation d'un cas clinique de cancer professionnel, de situations de travail à risques, du site [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org) (aide au repérage de l'origine professionnelle, déclaration en maladie professionnelle, rôle du médecin du travail et du médecin conseil). Intervenants : médecins du travail de la zone d'exercice, médecins conseils et médecin de prévention des risques professionnels (CARSAT SE) du SISTEPACA, spécialistes (oncologues).

- Intervalle entre les réunions : mise en pratique des conseils reçus auprès de patients traités pour cancer ou exposés à des cancérogènes professionnels. Soutien téléphonique du SISTEPACA.

- Deuxième réunion (à environ 6 mois): restitution collective des cas et des actions engagées par les médecins ; analyse des difficultés rencontrées et des besoins pour rechercher des solutions pratiques. Présentation de la visite de pré-reprise et du réseau de maintien dans l'emploi.

Un comité de pilotage s'appuyant sur le groupe de suivi technique pluri-institutionnel du SISTEPACA est mis en place. L'évaluation auprès des médecins sera de type avant-après par un questionnaire standardisé téléphonique.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

### Partenaires

Institutions collaborant au SISTEPACA (voir rubrique « Qui sommes-nous » du site [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org) ) ; Réseau ONCOPACA - Corse

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

**Sigle :** SISTEPACA

**Période :** 2001-2012

#### **Problématique**

L'ORS PACA a été chargé en 2004, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région 2000-2005 puis d'un contrat Etat-Région annuel, de créer et de pérenniser un système d'information des médecins praticiens, pour les sensibiliser à la prise en charge des maladies liées au travail. Cette démarche originale et innovante est justifiée par : - une sous-déclaration des maladies professionnelles (MP) indemnisables en France / en PACA, - des relations entre médecine de soins et de prévention à développer, des patients non suivis par un médecin du travail (demandeurs d'emploi, retraités, indépendants...), -un lien maladie - métier(s) exercé(s) difficile à faire, - une formation médicale initiale en santé travail insuffisante, une méconnaissance du rôle du médecin du travail et du réseau de maintien dans l'emploi.

#### **Objectifs**

Le SISTEPACA, Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur a pour objectifs d'aider les médecins de soins : à repérer un lien possible entre maladie et métier exercé, à renforcer les échanges avec les médecins du travail, à améliorer la déclaration des MP et le maintien dans l'emploi et à envisager un dépistage précoce des MP.

#### **Méthodologie**

- Comité de pilotage : avec le Pôle Travail de la DIRECCTE et le Conseil régional PACA.

Réunions mensuelles d'un groupe de travail, composé de médecins du travail, de médecins conseils, d'un médecin conseiller du service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est, du médecin de la Consultation de pathologie professionnelle AP-HM, de médecins de l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux, de la coordinatrice du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et de médecins épidémiologistes / santé publique ; collaboration d'un médecin inspecteur régional du travail ;

- Outils disponibles : un site internet [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org) labellisé Hon Code, des brochures ;

- Réunions médicales pluridisciplinaires santé-travail sur un bassin d'exercice entre médecins de soins, médecins du travail, médecins conseils et acteurs du maintien dans l'emploi ;

- Soutien aux médecins praticiens pour les questions de santé au travail émanant de leur pratique ;

- Sondage annuel auprès des médecins informés pour connaître leurs pratiques et leurs besoins ;

- Promotion de la démarche auprès de sociétés savantes, de services de santé au travail, en congrès médicaux, auprès d'acteurs du maintien dans l'emploi, participation à des groupes de travail régionaux sur des thématiques communes (risques psycho-sociaux, maintien dans l'emploi ...).

#### **Résultats**

2011 : Thèmes travaillés : cancers professionnels, souffrance liée au travail, grossesse et travail. Collaborations : deux ateliers santé-ville, le réseau ONCOPACA-Corse, deux centres de coordination en cancérologie, les CHU de Marseille et de Nice. Conférence de presse sur BPCO et travail. Neuf réunions, participation à divers colloques et congrès.

2012 : Thèmes prévus : saturnisme et potiers, grossesse et travail, travail préliminaire sur addiction et travail. Mise en place de cycles de formation sur les cancers professionnels (2 réunions à 6 mois + suivi des médecins). Participation aux Débats d'Eurogip sur les maladies professionnelles.

#### **Commanditaires**

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), Pôle Travail ; Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

#### **Partenaires**

Groupe de suivi technique : DIRECCTE, Inspection médicale régionale : Dr C Kaltwasser ; Médecins du travail : Dr C Berkowitz-Saban (GIMS 13), Dr D Bonnet (Santé Travail Provence), Dr L Boulon (Conseil général 83), Dr D Charrier (AISMT 13), Dr K Coulibaly (Compagnie pétrochimique de Berre), Dr B de Labrusse (AIST Avignon), Dr G Péguin (ASTBTP 13), Dr T Rico (MSA 13), Dr G Roux (MSA 13), Dr P Sabrou (MSA 13), Dr M Trani (ASTBTP 13) ; Consultation de pathologie professionnelle : Dr MP Lehucher-Michel ; Médecins conseil de la Direction régionale du service médical (DRSM de la CNAMTS) : Dr A Pialot, Dr E Milella ; Médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est : Dr C Landret ; Union régionale des professionnels de santé (URPS PACA) : Dr F Michel ; Coordinatrice départementale du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés des Bouches du Rhône (SAMETH 13) : Mme G François.

## 4. Etude qualitative sur le maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Sigle :** QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

Le maintien dans l'emploi (MDE) 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, l'émergence de nouveaux risques en termes de santé et sécurité au travail et l'intensification du travail (Gosselin 2007) font du maintien dans l'emploi un enjeu crucial plus que jamais d'actualité.

L'Observatoire Régional de la Santé PACA a mené en 2009 une enquête qualitative exploratoire sur le thème du maintien dans l'emploi auprès des acteurs impliqués dans cette problématique et de quelques usagers, à la demande de la DIRECCTE PACA. En complément, une nouvelle enquête qualitative va être mise en place sur ce thème prochainement, auprès d'usagers et d'employeurs.

### **Objectifs**

Cette enquête vise en premier lieu à décrire le parcours des salariés concernés par une problématique de maintien de l'emploi au sein du dispositif et l'impact sur leur situation professionnelle. Ensuite, elle a pour objectif d'étudier les connaissances et attitudes des salariés et des employeurs vis-à-vis du dispositif actuel de maintien dans l'emploi en PACA. Cette enquête doit notamment permettre de mettre en évidence quelles sont les structures et acteurs qui constituent une ressource pour les employeurs et les salariés concernés par une problématique de maintien de l'emploi.

### **Méthodologie**

L'enquête qualitative consiste en la réalisation d'une vingtaine d'entretiens individuels, auprès de salariés (n=10) et d'employeurs (n=10). Deux guides d'entretien distincts ont été élaborés (un pour les entretiens avec les usagers, un autre pour les entretiens avec les employeurs) et serviront de trame commune à l'ensemble des entretiens. Une analyse de contenu thématique sera utilisée pour exploiter les données récoltées.

Cette nouvelle enquête qualitative sur le thème du maintien dans l'emploi va nous permettre d'affiner nos connaissances sur le fonctionnement du dispositif de maintien dans l'emploi en PACA, ses forces et ses faiblesses, mais aussi de mettre en évidence les connaissances et attitudes des employeurs et salariés vis-à-vis de ce dispositif.

Finalement, elle devrait nous aider à envisager des pistes d'amélioration du dispositif de maintien dans l'emploi dans la région.

### **Résultats**

Durant l'année 2011, le protocole a été élaboré, le comité de pilotage constitué, et les professionnels-relais identifiés.

L'année 2012 sera consacrée à la réalisation du terrain au 1<sup>er</sup> semestre 2012 (réalisation d'une vingtaine d'entretiens auprès d'employeurs et de salariés de la région PACA concernés par des troubles musculo-squelettiques avec répercussions sur l'activité professionnelle) et à la retranscription et l'analyse des données recueillies. La restitution des résultats est prévue au 4<sup>ème</sup> trimestre 2012.

### **Commanditaires**

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

### **Partenaires**

Université de Provence, UFR de Psychologie.

## 5. Etude de faisabilité d'un tableau de bord sur les risques psychosociaux au travail dans le Var

**Sigle :** TB RISQUES PSYCHOSOCIAUX VAR

**Période :** 2011-2012

### Problématique

Le Comité départemental de prévention des risques psychosociaux (RPS) du Var, institué sous l'égide de l'Unité territoriale du Var de la DIRECCTE PACA, a demandé à l'ORS PACA d'étudier la faisabilité d'un tableau de bord des risques psychosociaux dans ce département.

C'est dans le Var qu'a été signé le premier accord départemental interprofessionnel sur la prévention des RPS le 3 mars 2011, dans lequel les parties signataires ont décidé "d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre un plan d'actions départemental de prévention des RPS". Cet accord a été signé par les partenaires sociaux du département du Var et les membres des institutions de prévention représentées au Comité départemental varois de prévention des RPS.

### Objectifs

La constitution d'un tableau de bord varois des risques psycho-sociaux est incluse dans le plan d'actions départemental de prévention des RPS. L'objectif d'un tel tableau de bord est de connaître la situation varoise pour guider le Comité à définir ses priorités d'action. Pour ce faire, ce tableau de bord devrait regrouper, dans l'idéal, des indicateurs sur l'exposition aux RPS et les conséquences sanitaires associées dans le Var, ainsi que des indicateurs concernant les actions mises en œuvre.

### Méthodologie

- Etude bibliographique sur les données épidémiologiques disponibles en France sur l'exposition aux RPS et les impacts sur la santé de ces risques.
- Recherche des recommandations existantes sur les indicateurs qui devraient être construits et suivis dans ce domaine.
- Bilan des données statistiques et enquêtes disponibles en France à partir desquelles des indicateurs recommandés sur les RPS, pourraient être construits à différentes échelles géographiques.

### Perspectives

Si de nombreuses enquêtes et données existent au niveau national qui permettraient de renseigner une partie au moins des indicateurs sur les RPS, peu sont disponibles et directement exploitables au niveau régional et encore moins au niveau départemental.

Trois pistes de travail principales apparaissent :

- 1) Renforcer des dispositifs implantés dans la région Paca de sorte qu'ils permettent une exploitation départementale : notamment le réseau Evrest dont le nombre de médecins du travail qui participent dans le Var était initialement faible mais s'est accru récemment ;
- 2) Extrapoler au département du Var, des données nationales, en tenant compte des différences de structure de secteurs d'activité entre la France et le Var, par des techniques de redressement : par exemple, à partir de l'enquête SUMER 2009 ; mais ceci gommerait les "particularités" du var, s'il en existe, et ne permettrait pas d'évaluer l'impact global des actions menées dans ce département ;
- 3) Exploiter des données sur un sous-échantillon varois au sein d'une enquête nationale ou régionale ; par exemple, à partir de l'extension régionale en Paca du baromètre santé 2010 de l'INPES qui documente certains indicateurs relatifs aux RPS. Cependant, le nombre d'individus dans le sous-échantillon varois resterait très limité, ce qui limiterait notablement l'interprétation des indicateurs construits.

Enfin, une autre piste pourrait être de construire des indicateurs d'activité à partir de données transmises par les acteurs du département, sous réserve que ces données soient déjà centralisées et recueillies de façon standardisée : par exemple, accords d'entreprises sur le stress au travail enregistrés par la DIRECCTE.

### Commanditaires

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)

### Partenaires

Comité départemental de prévention des risques psychosociaux (RPS) du Var ; AIST83 ; Réseau EVREST-SUD

## 6. Enquête qualitative interrégionale sur les représentations du dopage chez les sportifs et les personnes de leur entourage

**Sigle :** ENQUETE DOPAGE

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

Au cours du printemps 2011, le Ministre des Sports a annoncé la préparation d'un prochain "Plan Prévention Dopage". Un des axes de ce plan concerne l'amélioration des connaissances sur les pratiques et les représentations du dopage en France, dans différents milieux sportifs.

Une convention triennale (2011-2013) vient d'être signée entre la Fédération Nationale des ORS et le Ministère des Sports et vise à développer une collaboration sur la prévention des accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives, et à la prévention du dopage. Dans ce cadre, une enquête qualitative sur le dopage va être réalisée d'ici la fin 2012 dans 6 régions (Auvergne, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Rhône-Alpes et Bretagne), en partenariat entre les Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les ORS concernés. Six sports, arrêtés par le Ministère des Sports et les DRJSCS des six régions, vont être retenus parmi les catégories suivantes : sport de combat et de catégorie de poids, sport d'endurance, sport collectif, sport à maturité précoce.

### **Objectifs**

Cette enquête qualitative a pour but de faire émerger les représentations de différents publics cibles (sportifs, encadrants sportifs, cadres et élus de fédérations, professionnels de santé et parents) vis-à-vis des conduites dopantes chez les sportifs ainsi que leurs regards sur la prévention, dans différents milieux sportifs.

### **Méthodologie**

Chaque région, en charge de deux sports, adoptera la même méthodologie que décrite ci-dessous.

Le public cible est composé de cinq populations : les sportifs faisant de la compétition, leurs parents, les élus et cadres de fédérations sportives, les encadrants sportifs et enfin les professionnels de santé en charge des sportifs.

Chaque région va réaliser, pour chaque sport dont elle a la charge, 3 entretiens collectifs (un auprès de sportifs mineurs, un auprès de sportifs majeurs, un auprès de parents de sportifs). En parallèle et pour chaque sport, des entretiens individuels seront réalisés auprès des cadres de fédérations sportives, des encadrants sportifs et des professionnels de santé (4 à 6 entretiens par type de population).

L'étude des représentations du dopage auprès de différents publics, et dans différents milieux sportifs, devrait fournir des pistes au Ministère des Sports pour améliorer la pertinence des actions de prévention.

### **Résultats**

L'année 2012 sera consacrée à la réalisation du terrain (recrutement des différents publics et réalisation des entretiens individuels (12 à 18) et des focus groups (6)) et à l'analyse des données. La restitution des résultats se fera sous forme d'un rapport et de plaquettes de synthèse destinés au Ministère des Sports.

### **Commanditaires**

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé / Ministère des Sports.

### **Partenaires**

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRJSCS PACA).

## 7. Impact sur la population des communications sur les risques multiples

**Sigle :** CORIMU

**Période :** 2008-2012

### **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**

L'objectif de ce projet est d'étudier l'impact des messages préventifs (relatifs au tabagisme, à l'abus d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires) au sein de la population : pour connaître l'information retenue, savoir 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), connaître l'impact observable sur les comportements déclarés, et plus généralement savoir comment les campagnes préventives sont perçues.

### **Méthodologie**

Une première enquête téléphonique par questionnaire fermée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de 2000 personnes a été réalisée en juin-juillet 2008. Elle sera complétée par une seconde enquête en face-à-face auprès d'un échantillon plus restreint et plus ciblé de 500 personnes qui se déroulera à la fin du printemps 2012.

### **Résultats**

Les premiers résultats publiés portent principalement sur les réactions des fumeurs face aux politiques de lutte antitabac, et en particulier à l'égard de la hausse des taxes (et donc des prix) des produits du tabac. Il apparaît que les fumeurs plus jeunes et plus précaires ont plus souvent tendance à essayer de réduire le coût de leur tabagisme (en achetant des cigarettes moins chères ou du tabac rouler, ou sur le marché noir, ou à l'étranger...) plutôt que de tenter d'arrêter ou de réduire leur consommation, tandis que les fumeurs les plus aisés ont tendance à ne rien modifier à leurs pratiques tabagiques.

Par ailleurs, les réactions face à la hausse des prix, mais aussi la perception du risque tabagique, les attitudes à l'égard des messages des campagnes de prévention, ou encore les tentatives d'arrêt récentes, dépendent des motifs pour lesquels les individus fument (fumer pour se sentir à l'aise en société, pour lutter contre le stress, pour oublier ses problèmes, etc.), ainsi que de leur horizon temporel (leur capacité à se projeter dans le futur, et à se discipliner au présent pour en tirer des bénéfices plus tard). Ces motifs et cet horizon sont eux-mêmes fortement corrélés avec le statut socioéconomique, et en particulier avec le niveau de diplôme, même si aucune de ces variables n'épuise totalement le pouvoir explicatif des autres.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

GREG HEC & CNRS (UMR 2959)

## 8. La santé des enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : évaluation et évolution 2003 - 2010

**Sigle :** EVAL MATER 2

**Période :** 2009-2011

### **Problématique**

Le bilan de santé « Eval Mater », élaboré en 2003 en région Paca, est à présent utilisé par la plupart des équipes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la région. Il permet d'évaluer la présence 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 de réaliser durant l'année scolaire 2009-2010 une enquête auprès d'enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi, en utilisant ce bilan.

### **Objectifs**

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les évolutions observées depuis une étude précédente réalisée en 2002-2003 à l'aide du même bilan et selon une méthodologie similaire, ce pour plusieurs indicateurs (couverture vaccinale, problèmes de poids, troubles du langage et de la psychomotricité, santé bucco-dentaire) et de décrire leurs variations interdépartementales.

### **Méthodologie**

L'enquête a été réalisée dans 153 écoles tirées au sort à partir des listes fournies par les services de PMI de la région. L'échantillon est représentatif aux plans régional et départemental. Parmi les 4136 enfants inscrits dans les écoles maternelles tirées au sort, 3086 (74,6 %) ont été examinés par les médecins de PMI à l'aide du bilan Eval Mater. Les taux de réponse varient selon les départements de 66,2 % à 82,8 %.

### **Résultats**

Parmi les enfants examinés en 2009-2010, 6% étaient nés prématurément (<37 semaines d'aménorrhée), 6% présentaient une insuffisance pondérale et 4,3% une obésité de degré 1 ou 2. La couverture vaccinale (CV) par le ROR (1 dose) à 3,5-4,5 ans était estimée à 89,5% et le pourcentage d'enfants de l'échantillon vaccinés contre l'hépatite B (3 doses) était de 26,4%. Les analyses indiquent une augmentation significative de la prévalence d'enfants prématurés entre 2002-2003 et 2009-2010 parmi ceux scolarisés dans les écoles en non ZEP (4,6 % en 2002-2003 et 6,2 % en 2009-2010) et parmi ceux dont les parents travaillaient (4,3 % en 2002-2003 et 5,8 % en 2009-2010). Une légère augmentation de la CV contre l'hépatite B (3 doses) et par le ROR (1 dose) est également observée parmi les enfants scolarisés dans les écoles en non ZEP (22,1% en 2002-2003 et 25 % en 2009-2010 pour l'hépatite B – 85,6 % en 2002-2003 et 89,2 % en 2009-2010 pour le ROR) et parmi les enfants dont les parents travaillaient (23,6% en 2002-2003 et 26,5 % en 2009-2010 pour l'hépatite B – 86,1% en 2002-2003 et 89,4 % en 2009-2010 pour le ROR). Selon les médecins, parmi les enfants âgés de 3,5-4 ans, 2,5% étaient à orienter pour un trouble psychomoteur et 7,6% pour un trouble du langage ; les chiffres correspondants pour les enfants de 4-4,5 ans étaient 1,7% et 7,7% pour un trouble du langage.

### **Commanditaires**

Groupement Régional de Santé Publique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) / Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA)

### **Partenaires**

Service de Protection Maternelle et Infantile des 6 conseils généraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Service de pédiatrie et neurologie pédiatrique spécialisé dans les troubles d'apprentissage, CHU Timone-Enfants.

# 1. 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 :** 2009-2012

## Problématique

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

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 Paca, une collaboration mise en place depuis plusieurs années entre l'ORS Paca et l'ex-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 a pour principaux objectifs de : - décrire et quantifier les disparités spatiales de différentes variables de recours aux médicaments psychotropes à l'échelle des Iris de la commune de Marseille ; - 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.

Il vise également à développer une méthodologie d'estimation d'indicateurs épidémiologiques d'exposition au bruit environnemental au niveau des Iris et à étudier le lien entre ces indicateurs et les caractéristiques socio-économiques des Iris.

## Méthodologie

L'étude concerne la population adulte assurée du régime général stricto sensu résidant à Marseille. Ce travail nécessite le croisement de plusieurs bases de données provenant de l'Assurance maladie, de l'Insee et sur les expositions au bruit. Ces données sont géocodées à l'Iris. Les variations spatiales des indicateurs de recours aux psychotropes, d'exposition au bruit et d'un indice de précarité construit par une analyse en composante principale à partir des variables de l'Insee sont cartographiées. Les interrelations entre inégalités territoriales socio-économiques et expositions au bruit sont analysées à l'aide de régressions tenant compte des phénomènes d'autocorrélation spatiale (simultaneous autoregressive models). Des analyses multiniveaux de type "classification croisée" sont utilisées pour analyser le rôle du contexte de résidence indépendamment des caractéristiques individuelles et des médecins.

## Résultats

Les travaux conduits en 2011 ont permis de travailler sur les inégalités sociales d'exposition au bruit environnemental routier à Marseille et de montrer que les niveaux de bruit environnemental routier les plus élevés sont rencontrés le plus souvent dans les quartiers où résident les classes moyennes. Ils ont aussi montré que la mise sous traitement antidépresseur dans les populations les plus précarisées est moins fréquente que dans les populations non précaires et que la durée de ces traitements est aussi plus courte dans ces populations que les durées préconisées dans les recommandations de bonne pratique.

L'année 2012 sera consacrée à la finalisation des analyses et à la valorisation scientifique.

## 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 Paca (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) dans le cadre de l'appel à propositions de recherche 2009 Environnement-Santé-Travail.

## Partenaires

Soldata Acoustic ; Agence régionale de santé Paca ; Direction régionale du service médical (DRSM) Paca-Corse ; Association nationale de coordination des actions de formation continue et d'évaluation en médecine spécialisée (AFORSPE).

## 2. Enquête sur la prise en charge de la dépression dans le cadre d'un panel national de médecins généralistes

**Sigle :** PANEL MG NATIONAL - VAGUE DEPRESSION

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

La dépression est une pathologie fréquente, aux conséquences importantes en termes de mortalité et de morbidité. Le médecin généraliste est en première ligne dans le repérage et la prise en charge de cette maladie. La prise en charge de la dépression en médecine générale est largement documentée dans la littérature internationale. Cependant, certains éléments sont encore insuffisamment explorés : les stratégies de prise en charge employées par les médecins dans la prise en charge de la dépression ou encore l'influence de certains déterminants sur les pratiques, comme les représentations des médecins sur les traitements. Dans le cadre d'un panel national représentatif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville (2 400 médecins) mené sur 3 ans (2010-2012), la troisième vague d'enquête est consacrée à la prise en charge de la dépression. Le questionnaire s'appuie notamment sur une vignette clinique (cas fictif) d'un patient atteint de dépression dont différentes versions (en fonction des caractéristiques du patient et de la sévérité de la dépression) sont soumises à des sous-groupes aléatoires de médecins. Le questionnaire décrit également les pratiques de collaboration des médecins généralistes avec les professionnels de santé mentale, le dernier cas de dépression rencontré par chaque médecin interrogé et les représentations des médecins vis-à-vis de la psychothérapie.

### **Objectifs**

L'exploitation des résultats de cette vague d'enquête doit contribuer à mieux comprendre les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale et notamment la place accordée respectivement aux traitements médicamenteux, à la psychothérapie, à la collaboration avec des professionnels de santé mentale ou encore au soutien des patients. Elle doit également permettre de mieux appréhender les déterminants des choix thérapeutiques : les déterminants seront recherchés à la fois du côté du patient et de sa maladie (sexe, caractéristiques sociales, sévérité du trouble) ainsi que du médecin (ses caractéristiques individuelles et professionnelles, ses représentations vis-à-vis de la psychothérapie, ses pratiques de collaboration avec les professionnels spécialisés en santé mentale...) et enfin, du côté de l'offre de soins et de son accessibilité.

### **Méthodologie**

Cette vague d'enquête consacrée à la prise en charge de la dépression s'est déroulée fin 2011. Des analyses statistiques descriptives seront réalisées afin de décrire les pratiques de prise en charge des médecins généralistes à partir du dernier cas rencontré, ainsi que leurs opinions vis-à-vis de la psychothérapie et de leurs relations avec les professionnels spécialisés en santé mentale. Des analyses de régression multivariées seront également réalisées, notamment à partir des réponses sur les stratégies de traitement recueillies lors de la vignette clinique, afin d'évaluer les associations avec les caractéristiques des différentes versions de ces vignettes (sexe du patient, statut social, sévérité de la dépression) ainsi que d'autres variables d'opinion renseignées dans le questionnaire. Plusieurs variables dépendantes seront étudiées : choix de prendre en charge versus d'adresser à un confrère (spécialiste ou non) ; parmi les médecins prenant en charge le patient, choix d'une stratégie médicamenteuse ou d'une approche psychothérapeutique exclusive, versus choix d'une approche combinée. Les analyses seront a priori ajustées sur les caractéristiques des médecins.

### **Résultats**

Ce projet contribuera à l'amélioration des connaissances sur les pratiques de prise en charge de la dépression en médecine de ville et à une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents. Les résultats permettront d'identifier les leviers d'amélioration des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine de ville.

### **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 et Pays de la Loire.

### 3. Etude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des tentatives de suicide en lien potentiel avec les risques psychosociaux au travail

**Sigle :** TS ET TRAVAIL

**Période :** 2011-2012

#### **Problématique**

Cette étude est proposée dans le contexte récent de suicides attribués aux conditions de travail dans certaines grandes entreprises en France. A ce jour, il manque encore d'éléments scientifiques en France qui permettent de qualifier l'ampleur de ce phénomène et de données rigoureuses permettant de comprendre les circonstances de survenue de ces événements (contexte de travail, social et personnel). L'inspection médicale du travail de Basse Normandie a estimé lors d'une enquête réalisée en 2003 à 300-400 le nombre de salariés qui chaque année se donnent la mort pour des raisons qui tiennent du travail.

#### **Objectifs**

Saisissant l'opportunité de la création d'un observatoire des urgences en région Paca (depuis 2008) couvrant actuellement environ 80 % des admissions aux urgences dans la région, l'Observatoire Régional de la Santé Paca propose de mettre en œuvre une étude afin de déterminer la faisabilité d'une surveillance (ou d'une étude à grande échelle) des tentatives de suicide (TS) potentiellement liées au travail.

#### **Méthodologie**

Le principe pourrait être le suivant : à partir des admissions aux urgences pour tentative de suicide, identifier par un court questionnaire, administré auprès du patient, les tentatives en lien potentiel avec le travail et, dans un second temps, à l'aide d'un questionnaire plus détaillé, approfondir les circonstances de survenue liées au contexte individuel et de travail. Cette démarche nécessite d'établir les outils d'enquête (dans le cadre d'un groupe de suivi technique) et de vérifier la faisabilité logistique et l'acceptabilité des procédures de recueil. Le travail devrait se dérouler sur une période d'un an.

#### **Résultats**

Un comité de suivi technique réunissant des experts dans le domaine de la psychiatrie, des médecins de travail mais aussi des urgentistes a été mis en place. Une revue de la littérature a été effectuée pour construire le questionnaire. Des rendez-vous avec différents services d'urgence de la région sont programmés pour définir le protocole logistique de l'enquête.

#### **Commanditaires**

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)

#### **Partenaires**

Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur



# 1. Enquête nationale sur la qualité et les conditions de vie auprès de 6000 personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic

**Sigle :** ALD 2010

**Période :** 2010-2013

### Problématique

Depuis 2006, on assiste à une multiplication des recherches en direction des survivants du cancer aussi bien sur la qualité de vie, que sur la qualité des soins. Cette année est de fait emblématique d'un tournant en matière de suivi des survivants du cancer, car elle a vu la notion de «survivorship» comme une phase à part entière du continuum de soins du cancer s'imposer comme un concept de l'oncologie moderne. Dès lors, pour assurer une meilleure qualité de vie, et délivrer un suivi médical adapté pour les survivants du cancer, il est devenu nécessaire de mieux connaître les effets persistant à long terme physiques et psychologiques, et de décrire les conséquences sociales du cancer à moyen ou long terme. C'est dans cette perspective qu'a été initié en 2007 aux Etats-Unis le programme de recherche American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors (SCS I-II), et c'est dans cette perspective également qu'a été conçu en France, par l'INSERM UMR 912, avec le soutien de l'INCA, le projet d'une deuxième enquête nationale sur les survivants du cancer à deux ans du diagnostic.

Ce projet s'inscrit donc dans la cohérence avec l'ensemble des investigations conduites à l'heure actuelle dans différents pays, sur la question de la qualité de vie des survivants du cancer, mais il s'inscrit aussi dans la continuité avec la première enquête nationale française sur cette question, réalisée en 2004 sous l'égide de la DREES.

### Objectifs

Ce projet a deux objectifs :

- Déterminer la nature et la prévalence des facteurs physiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'altérer la qualité de vie des survivants du cancer au regard des nouveaux résultats en la matière issus de la littérature médicale internationale et de la spécificité du contexte national français.
- Rendre compte des éventuels changements, ou évolutions connues depuis 2004 notamment celles induites par le plan cancer (2009-2013).

### Méthodologie

La méthode s'appuiera sur la constitution par tirage au sort dans les fichiers de l'Assurance-Maladie, d'un échantillon de personnes ayant bénéficié d'une mise en ALD pour cancer deux ans auparavant (en 2009). Trois recueils de données seront alors engagés : le premier, appelé «enquête sur la consommation de soins» consiste à extraire l'ensemble de la consommation de soins enregistrée par les régimes d'assurance-maladie depuis le diagnostic de cancer ; le deuxième, appelé «enquête en population» s'appuiera sur un questionnaire téléphonique administré auprès des assurés sélectionnés portant sur leurs conditions de vie ; le troisième appelé «enquête médicale » collectera pour chaque assuré sélectionné, toutes les informations médicales et biologiques environnant le diagnostic de cancer, auprès des équipes soignantes ayant initié sa mise en ALD.

Le recueil des données a débuté en janvier 2012.

Les informations collectées portent sur différents domaines identifiés comme prioritaires par la littérature médicale internationale. Ces différents domaines ont trait à l'état de santé général physique ou psychologique avec une attention toute particulière portée sur la douleur et la fatigue, aux relations avec le système de soins, à la situation professionnelle et aux conditions de travail, à la situation familiale et à la vie conjugale, à la vie sociale à l'exemple de la sexualité et au support social, aux croyances spirituelles, à l'alimentation, à la pratique du sport et à l'exercice physique, enfin à la perception du temps et des risques.

### Résultats

Les deux enquêtes préparatoires, conduites en 2011, ont permis d'affiner les différents outils qui seront utilisés pour la collecte des données prévue en 2012.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

### Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Mutualité Sociale Agricole (MSA) ; Régime Social des Indépendants (RSI).

## 2. 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 (ELIPPSE 40)

**Période :** 2004-2015

### **Problématique**

Le cancer du sein représente 30% de l'ensemble des cancers féminins. Grâce aux nouvelles thérapies, de plus en plus de femmes vivent avec le cancer comme avec une maladie chronique. Cependant, l'impact à long terme de la maladie est peu connu et il n'existe actuellement pas d'études de cohortes prospectives en France documentant le quotidien des jeunes « survivantes ». La cohorte régionale ELIPPSE 40 a été initiée dans ce contexte particulier en septembre 2005.

### **Objectifs**

L'objectif principal est de documenter les conséquences à moyen terme du cancer du sein et de ses traitements sur la vie quotidienne, la vie sociale, la qualité de vie et la survie des femmes atteintes. Les thèmes développés concernent la reprise du travail, l'accès aux prêts et assurances, les conséquences de la maladie sur le statut social, la vie de famille, la vie sexuelle et reproductive, et l'image du corps. Seront également décrits les circonstances du diagnostic, les délais de prise en charge, la participation des patientes aux choix thérapeutiques et l'observance aux traitements hormonaux adjuvants.

### **Méthodologie**

Etaient éligibles toutes les femmes incluses dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de cancer du sein, âgées de 18 à 40 ans et vivant dans les régions PACA et Corse avec une adresse valide. Les admissions pour rechute ou métastases étaient exclues. Toutes les femmes éligibles ont été invitées à renvoyer leur consentement par écrit pour participer. Celles qui acceptent répondent à un questionnaire postal succinct et sont ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10, 16, 28, 48 mois du diagnostic. Lors de chaque interview de patiente, un questionnaire est adressé au médecin. Le premier concerne l'histoire médicale du patient, les caractéristiques du cancer du sein et les traitements. Les suivants portent sur les nouveaux événements pathologiques, les traitements, les hospitalisations et le statut vital. Parallèlement, les données sur les prescriptions médicales sont recueillies tous les 6 mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

### **Résultats**

Les inclusions sont closes depuis septembre 2011 ; 600 femmes ont été incluses (taux de réponse 70%). Les analyses réalisées ont montré que l'observance aux traitements hormonaux était médiocre, 42% des femmes faisant des interruptions de traitement de plus de deux mois au cours des 2 premières années de traitement. Par ailleurs, à deux ans du diagnostic, 40% des femmes jeunes se plaignent de troubles cognitifs, ces troubles étant significativement plus fréquents chez les femmes ayant été traitées par de la chimiothérapie. Ces premiers résultats ont été publiés. D'autres analyses sont en cours notamment sur la présence de douleurs chroniques 4 ans après le diagnostic de cancer, sur les difficultés sexuelles et la perception de l'image du corps à distance des traitements et sur les projets d'enfants.

### **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.

### 3. 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 (ELIPPSE 65)

**Période :** 2004-2015

#### **Problématique**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans les pays occidentaux. Son incidence est maximale vers 65 ans et il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués. Les nouvelles thérapies ont montré une réelle efficacité en terme de survie. Cependant, 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. La cohorte régionale ELIPPSE 65 a été initiée en janvier 2007 dans ce contexte particulier.

#### **Objectifs**

L'objectif principal est de documenter les conséquences à moyen et long termes du cancer du sein et de ses traitements sur la vie quotidienne, la vie sociale, la qualité de vie et la survie des femmes atteintes. Les questionnaires s'intéressent en priorité au poids des co-morbidités comparé à celui du cancer, à la perception de l'image du corps, à l'impact de la maladie cancéreuse et des effets secondaires des traitements sur l'autonomie des patientes, mais aussi plus globalement aux besoins de santé de cette population (suivi à long terme du cancer, mesures de prévention associées, prise en charge des autres pathologies, support social, assistance familiale ou professionnelle). Les données recueillies permettront aussi de décrire : les circonstances du diagnostic, les délais de prise en charge, la participation des patientes aux choix thérapeutiques, l'observance aux traitements hormonaux adjuvants.

#### **Méthodologie**

Etaient éligibles toutes les femmes incluses entre janvier 2007 et septembre 2010 dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de cancer du sein, âgées de 65 ans et plus et vivant dans l'un des trois départements principaux de la région PACA (06,13, 83) avec une adresse valide. Les admissions pour rechute ou métastases ont été exclues. Toutes les femmes qui ont accepté de participer ont été invitées à répondre à un questionnaire postal initial, puis à une interview en face-à-face à leur domicile (10 mois après le diagnostic de cancer), et à une interview téléphonique 2 ans après. Une mini évaluation gériatrique a été réalisée au domicile de la personne. Lors de chaque interview de patiente, un questionnaire a été adressé au médecin. Le premier concerne les caractéristiques du cancer du sein et de ses traitements. Le suivant porte sur les nouveaux événements pathologiques, les traitements en cours et le statut vital. Les données sur les prescriptions sont recueillies tous les 6 mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

#### **Résultats**

Les inclusions sont closes depuis juin 2010 ; 650 femmes ont été incluses avec un taux de réponse de 56%. Les premières analyses publiées mettent en évidence une sous-utilisation de la méthode du ganglion sentinelle chez les femmes les plus âgées alors que l'impact d'un curage ganglionnaire est majeur sur la qualité de vie à long terme. D'autres analyses sont en cours, notamment sur l'observance aux anti-aromatases, sur les douleurs chroniques et la qualité de vie à long terme.

#### **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 «Cancérologie 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

## 4. Impact du traitement du cancer du sein et du suivi médico-psycho-social sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées

**Sigle :** ELIPPSE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES

**Période :** 2011-2015

### Problématique

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans les pays occidentaux. Son incidence est maximale vers 65 ans et il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers diagnostiqués et 16% des décès liés au cancer. Au cours des dix dernières années, de nouvelles thérapies ont démontré leur efficacité, notamment en terme de survie, chez les femmes souffrant d'un cancer du sein. Il y a actuellement de plus en plus de femmes vivant avec le cancer comme avec une maladie chronique, mais si de nombreuses études se sont intéressées aux patients pendant la phase aigüe initiale du traitement de leur cancer, l'impact à long terme de la maladie chez ceux que l'on appelle les " survivants du cancer " est beaucoup moins connu. 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. La cohorte régionale ELIPPSE 65 a été initiée en janvier 2007 dans ce contexte particulier.

### Objectifs

La cohorte a pour objectif principal de documenter les conséquences à moyen et long termes du cancer du sein et de ses traitements sur la vie quotidienne, la vie sociale, la qualité de vie et la survie des femmes atteintes. Elle donne l'opportunité d'étudier le retour à une " vie normale " après la cassure biographique causée par la maladie cancéreuse. Les questionnaires s'intéressent en priorité au poids des co-morbidités comparé à celui du cancer, à la perception de l'image du corps, à l'impact de la maladie cancéreuse et des effets secondaires des traitements sur l'autonomie des patientes, au suivi médical dans les années suivant le diagnostic et à l'observance au traitement hormonal et l'évolution à long terme de la relation entre les aides et les besoins exprimés.

Alors qu'actuellement le concept de " soin global " apparaît comme une nouvelle façon d'appréhender la prise en charge à long terme des survivantes âgées de cancer du sein, le fait que la plupart d'entre elles aient un bon pronostic, souffrent de co-morbidités et ne décéderont pas de leur cancer du sein, conduit à prendre en compte les autres besoins de cette population. Leurs besoins de santé englobent le suivi à long terme de leur cancer et les mesures de prévention associées, la prise en charge de leurs autres pathologies, mais aussi le support social ainsi que l'assistance familiale ou professionnelle.

A côté de ces objectifs principaux, les circonstances du diagnostic, les délais de prise en charge et la participation des patientes aux choix thérapeutiques seront également étudiés.

### Méthodologie

Etaient éligibles toutes les femmes incluses entre janvier 2007 et juin 2010 dans le fichier des Affections de Longue Durée (ALD) de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de cancer du sein confirmé par biopsie, âgées de 65 ans et plus et vivant dans l'un des trois départements principaux de la région PACA (Bouches-du-Rhône, Var et Alpes-Maritimes) avec une adresse valide. Les admissions pour rechute ou métastases ont été exclues, ainsi que les femmes incapables de répondre à un questionnaire. Toutes les femmes potentiellement éligibles reçoivent de leur caisse d'assurance maladie une lettre d'information sur l'étude et sont invitées à renvoyer leur consentement par écrit pour participer à un suivi longitudinal de 5 ans. Celles qui acceptent reçoivent un auto-questionnaire postal lors de l'inclusion et participent ensuite à un suivi longitudinal comprenant une interview en face-à-face à leur domicile (10 mois après le diagnostic de cancer), puis des interviews téléphoniques 2 et 5 ans après le diagnostic. Une mini évaluation gériatrique est réalisée à l'occasion de la visite au domicile de la personne. Les données médicales sont collectées auprès des médecins signalés par les patientes (questionnaire postal à 10 mois, 2 et 5 ans). Les données sur les hospitalisations, consultations médicales et prescriptions (psychotropes et traitement hormonal adjuvant) sont recueillies tous les 6 mois et durant tout le suivi, dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

### Résultats

650 femmes ont été incluses. Le taux de participation est de 56 %. A fin 2011, 500 interviews à deux ans du diagnostic ont été réalisées. Les analyses en cours concernent les options thérapeutiques en fonction des tranches d'âge, notamment l'utilisation ou non de la technique du ganglion sentinelle pour décider de la nécessité d'un éventuel curage ganglionnaire, mais aussi l'observance à long terme aux traitements hormonaux et la présence de douleurs chroniques à distance des traitements initiaux.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

### Partenaires

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

## 5. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon

**Sigle :** CANCER-DELAIS DE PRISE EN CHARGE

**Période :** 2011

### Problématique

L'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013 vise à soutenir une étude sur les délais de prise en charge, menée dans plusieurs régions avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), et concernant les quatre cancers les plus fréquents : cancers du sein, cancers colorectaux, cancers de la prostate et du poumon.

En effet, les délais d'accès au diagnostic et au traitement peuvent varier selon les cancers, les zones géographiques et les catégories socio-économiques des patients. De plus, la mise en place récente en 2009 du dispositif des autorisations s'appuyant sur l'obligation pour les établissements de santé de satisfaire à la fois à des niveaux d'activité mais aussi à des critères de qualité de la prise en charge, a redessiné l'offre de soins en cancérologie. Cette offre de soins pourrait dans certains cas révéler des inégalités d'accès, notamment en termes de délais de prise en charge. Par ailleurs, il est capital de pouvoir maîtriser les temps d'attente jalonnant le parcours de soins, à la fois pour le succès du traitement et pour répondre aux besoins des malades. Enfin, la France ne dispose pas de données sur les délais, alors que certains pays se sont engagés dans leur évaluation et leur réduction chiffrée.

Dans ce contexte, l'étude a pour objectif principal de dresser un état des lieux objectif des situations de terrain, qui constituera la base d'une réflexion sereine sur cette question.

### Objectifs

L'étude vise à réaliser, dans plusieurs régions, un état des lieux des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients atteints des cancers du sein et du poumon, et à permettre une analyse des délais mesurés en fonction des éléments de contexte de la prise en charge des patients (contexte sociodémographique, accessibilité géographique au système de soins, éléments médicaux liés à la maladie cancéreuse et au patient, caractéristiques de la structure de prise en charge des patients).

La finalité de cette étude est de concourir à améliorer la connaissance des délais les plus traceurs du parcours de soins des cancers concernés ; de produire une analyse comparée des délais dans plusieurs régions et mettre en évidence d'éventuels facteurs explicatifs des différences observées sur ces délais ; de réaliser une analyse comparée entre les résultats de l'étude et ceux de la littérature médicale internationale ; d'évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais.

### Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte. La population source est constituée des patients pris en charge pour un cancer du sein ou du poumon quel que soit le stade.

Critères d'inclusion : cancer du sein ou du poumon ; prise en charge initiale pour un premier cancer ; dossier du patient enregistré en RCP de proposition thérapeutique en mars, avril ou mai 2010.

Critères de non inclusion : antécédent personnel de cancer ; cancers du sein avec chimiothérapie néoadjuvante ; cancers du sein chez l'homme.

- Délais à mesurer dans la prise en charge du cancer du sein (Date de la mammographie - date du compte-rendu d'anatomopathologie (CRAP) de la biopsie ; Date du CRAP de la biopsie - date de la RCP préopératoire ; Date de la RCP préopératoire - date de l'intervention chirurgicale ; Date de l'intervention chirurgicale - date de la RCP postopératoire ; Date de la RCP postopératoire - date de la première séance de radiothérapie postopératoire)

- Délais mesurés dans la prise en charge du cancer du poumon : Date de la première imagerie suspecte - date du CRAP quel que soit le type du prélèvement histologique (hors cytologie) ; Date du CRAP - date de la première RCP ; Date de la 1<sup>re</sup> RCP - date de début de la chimiothérapie ou Date de la 1<sup>re</sup> RCP - date de l'intervention chirurgicale.

Travailler à raccourcir les délais de prise en charge des cancers serait d'un grand bénéfice pour tous les malades, y compris les plus vulnérables, et permettrait de répondre à leurs besoins.

### Résultats

La FNORS a réalisé l'analyse des données collectées. Les résultats seront présentés en mars 2012. Par ailleurs, une étude similaire sera mise en place en 2012 sur les délais de prise en charge des cancers colo-rectaux et des cancers de la prostate. Les modalités de recueil et objectifs définitifs seront précisés au printemps 2012.

### Commanditaires

Réseau Régional de Cancérologie ONCOPACA-Corse/Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS).

### Partenaires

Réseaux régionaux de cancérologie – 3C – Centres de dépistage

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

**Sigle :** CRIT-EFF

**Période :** 2009-2012

### Problématique

Lorsqu'un nouveau traitement contre le cancer est découvert, il doit passer devant une commission pour obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et est évalué selon des critères « d'efficacité, de qualité et de sécurité ». Ces critères sont peu précis et pourraient être complétés. L'actualité récente a mis en avant la nécessité de questionner cette procédure. Dans le domaine qui nous intéresse, la cancérologie, des molécules sont apparues améliorant la survie sans rechute, mais sans incidence sur la survie globale posant ainsi la question de l'indicateur d'efficacité le plus pertinent. Cette question est d'autant prégnante en situation métastatique, lorsque les chances de guérison sont plus faibles, l'espérance de vie diminuée et l'objectif des traitements est plus souvent de contrôler les symptômes et de prolonger la survie que de guérir.

A l'heure actuelle, il n'y a pas vraiment de consensus sur les critères importants à retenir pour l'obtention d'une AMM en situation métastatique. Parce que les opinions et perceptions diffèrent d'un individu à l'autre, mais aussi d'une population à l'autre, il nous a semblé essentiel d'enquêter l'ensemble des acteurs concernés : patients, oncologues médicaux, membres de l'industrie pharmaceutique, décisionnaires public et membres de la population générale.

### Objectifs

L'objectif principal est de questionner les critères d'évaluation des traitements anticancéreux en situation métastatique sur l'ensemble des dimensions entre lesquelles il est nécessaire d'effectuer des arbitrages : critère clinique (survie globale, survie sans progression, ...), qualité de vie au sens large et coût des traitements auprès de ces cinq populations.

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 (la méthode Q-methodology), et de participer au débat sur les améliorations méthodologiques à apporter.

### Méthodologie

Pour répondre à cet objectif, nous avons recours à la Q-methodology. 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. 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). 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.

Le questionnaire est administré en face à face assisté par ordinateur pour les patients et la population générale, et à remplir en ligne pour les oncologues, les membres de l'industrie pharmaceutique et les décisionnaires publics.

### Résultats

Plus d'une centaine d'énoncés ont été obtenus après revue de la littérature et entretiens semi-directifs auprès des cinq populations concernées. Une liste définitive de 34 énoncés a été retenue. Une analyse Alceste est en cours.

La passation auprès de 50 membres de la population générale est terminée, celle auprès des patients se terminera à la fin du mois de février 2012. Les courriers d'informations sont en cours d'envoi pour les oncologues, les membres de l'industrie pharmaceutique et les décisionnaires.

### Commanditaires

Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC).

### Partenaires

Institut Paoli Calmettes.

## 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 :** 2008-2012

### **Problématique**

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 :

- de comparer, en terme de non infériorité, la proportion de sujets non consommateurs des substances opiacées après un an de traitement chez des patients ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).
- de 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 CSAPA :
  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 est 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 sont randomisés selon le lieu de prescription initiale de la méthadone : en CSST ou en médecine de ville. La méthadone est dispensée par des pharmacies internes (CSST) ou des pharmacies de ville, associées au projet.

Critère de jugement principal : la proportion de non-consommateurs d'opiacés parmi les patients suivis en centre sera de 70%.

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.

### **Résultats**

Les inclusions sont terminées depuis le 02 janvier 2011 et le dernier patient suivi jusqu'en janvier 2012. Au final, 12 centres ont participé à Méthaville, représentant 9 départements.

Au total, 197 personnes ont été incluses, 147 en ville et 50 en centre.

20 patients sont encore en cours de traitement et 141 ont terminé l'essai. 85% des inclus sont des hommes. La moyenne d'âge est de 32 ans, 51% ont un emploi et 35% ont un niveau d'étude supérieur ou égal au Bac. 49% vivent en couples et 38% ont des enfants. L'âge moyen de la première consommation de produit est de 18 ans et l'âge moyen de la 1ère injection de drogues est de 21 ans. 16% sont infectés par le VHC. 86% sont dépendants au tabac (Fagerstrm), 50% ont des consommations à risque d'alcool (AUDIT-C) et 40% présentent des symptômes dépressifs (CESD).

Les premiers résultats de l'étude sont prévus pour la fin de l'année 2012.

### **Commanditaires**

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) en partenariat avec le Ministère de la Santé.

## 2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection

**Sigle :** AERLI

**Période :** 2011-2013

### **Problématique**

La politique française pour la réduction des risques a contribué très largement à réduire l'incidence du VIH chez les personnes consommatrices de produits psycho-actifs par la voie injectable (les personnes CPPVI). Cependant, la prévalence et l'incidence des infections par le virus de l'hépatite C (VHC) ainsi que des dommages veineux restent encore très élevés dans cette population. Ce projet permettra d'expérimenter et d'évaluer, la mise en place de dispositifs innovants à même d'améliorer la santé de ces personnes.

L'accompagnement et l'éducation à l'injection a pour objectif principal de permettre aux personnes CPPVI d'apprendre à s'injecter d'une façon plus sûre et de mieux gérer, d'une façon autonome, les risques associés à la pratique de l'injection, notamment les infections virales (VHC et VIH) ainsi que les autres dommages et infections associés à l'injection. Elle consiste en une série de sessions éducatives avec des personnes CPPVI demandeuses d'un soutien sur leur pratique de l'injection comprenant à la fois, un échange pédagogique sur les pratiques d'injection de la personne et les questions qu'elle se pose ; et l'injection par la personne d'une substance qu'elle consomme habituellement en présence d'acteurs associatifs formés.

Ce projet de recherche contribue à atteindre l'un des objectifs du Plan National de Lutte contre les Hépatites B et C 2009- 2012 à savoir : "disposer de recommandations pour l'élaboration de programmes légitimés d'éducation aux risques liés à l'injection afin de réduire les pratiques à risques." En outre, la SECS et son évaluation s'inscrivent légalement dans le référentiel français de la réduction des risques en direction des usagers de drogues approuvé par décret le 14 avril 2005.

### **Objectifs**

L'objectif principal de cette recherche est de mesurer les effets d'une intervention éducative auprès des personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), centrée sur les pratiques d'injection en particulier liées aux risques de transmission de pathologies infectieuses (VIH, VHC) et de dommages veineux.

Cette étude permettra par ailleurs de mesurer : La faisabilité et l'acceptabilité de ce type d'intervention éducative dans les CAARUD ainsi que l'ampleur du renforcement des compétences des personnes ayant bénéficié de l'accompagnement à l'injection, notamment d'un point de vue psycho-social (par exemple le niveau d'appropriation de l'enseignement reçu, le niveau de recours aux services de dépistage, de soins et de soutien, etc.).

### **Méthodologie**

Cette recherche multicentrique nationale comparera l'évolution des critères pendant un an entre :

- Un groupe intervention composé de personnes qui bénéficieront des séances d'accompagnement à l'injection dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogués (CAARUD) sélectionnés (au moins 3 séances étalées sur une durée maximale de 5 mois)
- Un groupe témoin composé de personnes qui fréquentent des CAARUD fonctionnant selon le référentiel de la pratique courante.

Les données seront collectées auprès des personnes recrutées dans l'étude, lors d'entretiens téléphoniques avec un enquêteur du centre de méthodologie et de gestion. Ces entretiens intégreront notamment des échelles quantitatives validées portant sur les gestes susceptibles de transmettre le VHC dans le mois précédant l'entretien (BBVTRAQ- SV) et sur des facteurs motivationnels associés à l'appropriation sur le long terme par les personnes de comportements favorables à leur santé. L'évaluation sera faite à J0, M6 et M12 pour chacun des groupes.

Il est prévu d'inclure 250 personnes, soit 125 dans chaque bras.

### **Résultats**

La phase de recueil des données a commencé dans 13 centres en France métropolitaine, depuis juillet 2011. 93 personnes ont été incluses (65 dans le groupe intervention et 28 dans le groupe témoin). Parmi elles, 79 ont réalisé leurs J0 (55 dans le groupe intervention et 24 dans le groupe témoin). La phase d'inclusion est prévue pendant 12 mois.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

AIDES ; Médecins du Monde.

## 1. Enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA 2010)

**Sigle :** VESPA2010

**Période :** 2010-2013

### **Problématique**

Près de 25 ans après l'identification des premiers cas de sida en France, et surtout 13 ans après l'introduction des multi-thérapies antirétrovirales, l'infection VIH se caractérise par une stabilité des nouveaux diagnostics. Mais, on observe encore une forte proportion de nouveaux cas chez les homosexuels masculins, ainsi que chez les hétérosexuels immigrés d'Afrique Sub-saharienne. Et malgré des progrès dans la précocité du diagnostic, il persiste un nombre encore trop élevé de diagnostics tardifs. L'enquête VESPA 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).

### **Objectifs**

L'objectif de cette nouvelle étude est de décrire de façon fine la situation actuelle des personnes séropositives prises en charge en France métropolitaine pour ce qui a trait à l'état de santé avec une pathologie chronique à vie, à la situation et au réseau social, à la situation économique et à la vie sexuelle. Il s'agit de mesurer des indicateurs, de repérer les évolutions des conséquences sociales de la maladie depuis la dernière enquête VESPA 2003, d'identifier des inégalités et leurs déterminants sociaux ou liés à la maladie.

L'évolution entre 2003 et 2010 des conditions de vie et des comportements de prévention des personnes séropositives pourra être mesurée et mise en perspective avec les changements survenus ces dernières années dans l'épidémiologie, la thérapeutique et les pratiques de prévention. De plus, certaines dimensions centrales de la vie des personnes séropositives incluant la pauvreté matérielle, l'isolement, la discrimination, la santé mentale et les comorbidités chroniques seront pour la première fois caractérisées à large échelle en France. Ces informations devraient être utiles pour éclairer les décideurs de santé publique afin d'établir de nouvelles recommandations.

### **Méthodologie**

Une phase préparatoire à la reconduction d'une telle enquête a été menée en 2009-2010. Cette étape 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 et celles pouvant être abandonnées ou traitées de façon succincte, de préparer l'organisation logistique de l'enquête afin d'assurer une participation accrue des personnes éligibles et une réalisation moins coûteuse en temps et en financement.

Cette nouvelle enquête nationale transversale sera réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de personnes séropositives représentatif, au niveau national, de la population ayant connaissance de son statut VIH et suivie en milieu hospitalier durant l'année 2011. La base de sondage a été établie à partir du croisement de plusieurs sources d'informations (DO, FHDH, COREVIH etc.). Elle est constituée de 122 hôpitaux métropolitains prenant en charge des patients séropositifs pour le VIH ; 68 hôpitaux ont été tirés au sort au sein de cette base de sondage. L'enquête sera réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 3000 patients vus en ambulatoire dans ces hôpitaux. Pour être éligibles, les sujets devront être séropositifs pour le VIH-1 depuis au moins 6 mois, être âgés de 18 ans et plus, et résider en France. L'organisation de l'enquête et le recueil d'information seront réalisés par des équipes spécialisées composées d'ARC et d'enquêteurs. Un registre d'informations permettra d'obtenir un minimum d'informations sociodémographiques et médicales pour l'ensemble des patients éligibles. Les données seront recueillies auprès des patients par un questionnaire standardisé administré en face à face (CAPI) et par un questionnaire auto administré. Un questionnaire médical permettra de décrire des informations sur les caractéristiques principales de la maladie VIH ainsi que sur d'éventuelles comorbidités. Un pilote a été réalisé au cours du dernier trimestre 2010, dans 6 services de Paris et Marseille, pour tester les procédures d'enquête et les outils de recueils de données.

### **Résultats**

La phase de recueil des données s'est terminée en janvier 2012.

L'enquête s'est déroulée dans 73 services en France Métropolitaine, auprès de 415 médecins. 2 974 personnes ont été incluses avec un taux de participation de 59,4%.

Les premières analyses sont en cours.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité 687 (INSERM U687).

## 2. Dépistage rapide auprès des gays

**Sigle :** DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS

**Période :** 2008-2012

### Problématique

Le dépistage du VIH demeure une stratégie de prévention cruciale et efficace, et la disponibilité des procédures de diagnostics rapides augmente vraisemblablement les possibilités de recours au test. Une détection précoce et l'accès aux soins médicaux en temps utile, améliorent de manière significative l'évolution de la maladie à VIH chez les personnes infectées. Il est possible aujourd'hui de simplifier le dépistage par des tests rapides qui permettent à des acteurs non médicaux de réaliser ce test, mais il faut établir la plus-value en santé publique.

### Objectifs

L'objectif principal de la recherche est de mettre en place et d'évaluer un dispositif de tests de dépistage du VIH à résultat rapide, accompagné d'un counseling réalisé par une association communautaire afin de montrer dans quelle mesure ce dispositif de dépistage permet d'attirer une population qui prend des risques répétés, qui souhaite avoir des recours répétés au dépistage et bénéficier d'un counseling plus adapté à ses pratiques. Un second objectif vise à comparer un dispositif de dépistage classique effectué par une équipe de CDAG (de préférence hors hôpital), avec un dispositif de dépistage avec des tests à résultats rapides, effectué par des membres d'une association communautaire. Ce second objectif vise à évaluer la non-infériorité de la situation de dépistage communautaire à l'aide de tests à résultats rapides par rapport au dépistage classique.

Le dernier objectif de la recherche, concerne la faisabilité et l'analyse d'implantation de cette pratique de dépistage innovante à l'aide des tests à résultats rapides par un dispositif peu médicalisé et cela afin de déterminer les conditions optimales d'une potentielle transposition, à l'aide notamment d'un guide d'implantation.

### Méthodologie

La recherche DRAG est une intervention quasi-expérimentale visant à évaluer les forces et les limites d'un dispositif de dépistage rapide peu médicalisé auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Il s'agit d'une recherche nationale, multicentrique, qui se déroule dans quatre CDAG (un centre à Nice, un à Marseille et deux centres à Paris). La recherche s'adresse uniquement aux hommes qui entreprennent une démarche de test de dépistage du VIH et qui déclarent avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.

L'intervention est réalisée dans deux contextes :

- Le premier contexte concerne les créneaux d'ouverture des CDAG durant lesquels une randomisation est faite vers un dépistage «classique» versus un dépistage «à résultat rapide».
- Le second contexte concerne uniquement des créneaux dits spécifiques, en soirées, durant lesquels le CDAG sera ouvert, exceptionnellement, pour proposer un dépistage avec tests à résultats rapides encadré uniquement par des acteurs communautaires. Pour attirer les participants, une phase de communication a été faite sur ce créneau.

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 montrer la plus-value en santé publique, si les associations communautaires devenaient de nouveaux acteurs du dépistage.

### Résultats

La phase d'enquête s'est terminée en mai 2011. 343 HSH ont été inclus.

Une première analyse montre que parmi les 330 participants de l'étude, 36% étaient dans le groupe A et 64% dans le groupe B. L'âge médian est de 31 ans, 49% vivent seuls, 84% ont au moins le bac et 78% ont un emploi. 6 participants (2%) ont été dépistés positifs, 3 dans chaque groupe. Les participants du groupe B ont plus tendance à n'avoir jamais été dépistés ( $p=0,07$ ), déclarent moins de dépistages dans les 2 dernières années ( $p=0,03$ ) et rapportent moins souvent se faire dépister de façon régulière ( $p=0,10$ ) que ceux du groupe A. Les participants du groupe B rapportent plus souvent des difficultés à utiliser le préservatif avec des partenaires occasionnels ( $p=0,08$ ), et parmi ceux n'ayant jamais été dépistés le nombre médian de ces partenaires dans les 6 derniers mois est plus élevé ( $p=0,03$ ). Les prises de risques avec ces partenaires ne sont pas différentes ( $p=0,83$ ) mais le score d'évitement montre que les répondants du groupe A sont plus nombreux à éviter les situations à risque proposées ( $p=0,05$ ). Une première conclusion montre que le dépistage communautaire attire des HSH ne prenant pas forcément plus de risques, mais évitant moins les situations à risque, et moins souvent dépistés que ceux du dispositif classique. Cette nouvelle offre est donc complémentaire par rapport au dépistage classique.

### 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. Traitement antirétroviral "à la demande" en prophylaxie pré exposition de l'infection par le VIH chez les homosexuels masculins en France et au Québec

**Sigle :** IPERGAY

**Période :** 2011-2013

#### **Problématique**

Alors que le nombre de nouvelles déclarations de séropositivité VIH diminue globalement en France, ce nombre reste stable voire en augmentation dans le groupe des homosexuels masculins, avec de façon parallèle une augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles, ce qui témoigne chez ces sujets de la persistance de comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH. De nouvelles approches de prévention de l'infection par le VIH sont donc nécessaires pour dépasser les limites des stratégies actuelles. Parmi les mesures de prévention qui peuvent être proposées à ces sujets, le traitement antirétroviral pré-exposition (PrEP) mérite d'être évalué.

#### **Objectifs**

L'objectif principal de l'essai est d'évaluer une stratégie de prévention de l'infection par le VIH comprenant un traitement antirétroviral pré-exposition "à la demande" versus placebo, au sein de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes exposée au risque d'infection par le VIH.

L'essai permettra également d'évaluer l'évolution des comportements sexuels et les éventuels comportements à risque en cours de participation à l'essai ; d'étudier l'incidence du VIH selon les comportements sexuels ; d'étudier les facteurs associés aux modifications de comportements à risque pendant l'essai ; d'évaluer les comportements sexuels et l'incidence du VIH selon que les participants pensent recevoir le produit actif ou son placebo ; d'évaluer l'évolution des comportements sexuels et le risque de contamination par le VIH au cours de l'essai selon que les participants reçoivent ou non un counseling approfondi ; d'évaluer l'appropriation du schéma de traitement de l'essai par le participant, son ressenti lié à la participation à l'essai (niveaux de stress et de satisfaction, perception d'être sous traitement ou sous placebo) ; d'évaluer la tolérance du traitement ; d'évaluer l'observance du traitement, à l'aide de plusieurs méthodes (auto-questionnaires, décompte des unités de traitement, dosages d'antirétroviraux dans le plasma et les cheveux) ; d'évaluer l'effet prophylactique du traitement sur la contamination par le VHB ; d'évaluer l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles ; d'évaluer les caractéristiques de l'infection par le VIH chez les sujets infectés.

#### **Méthodologie**

Essai multicentrique de phase III, comparatif, randomisé, en double-insu, portant sur 2 groupes parallèles, recevant "à la demande" soit un traitement antirétroviral de Truvada® , soit le placebo de Truvada®, associé à une offre globale de prévention (accompagnement individuel, counseling, dépistage du VIH et des IST, préservatifs, vaccins VHB et VHA et traitement post-exposition de l'infection VIH). Il est prévu d'inclure 300 volontaires dans un premier temps, dans 3 centres (2 à Paris et 1 à Lyon). Cet essai s'adresse à des hommes adultes ayant des rapports sexuels avec des hommes, séronégatifs pour le VIH, exposés par leurs pratiques sexuelles au risque d'infection par le VIH. Les sujets seront vus un mois après la visite d'inclusion de l'essai puis un mois plus tard et tous les deux mois pour une visite médicale et counseling, jusqu'au terme de l'essai. Les volontaires pourront compléter un questionnaire sociocomportemental en ligne, tous les deux mois, à partir de leur domicile.

#### **Résultats**

La phase d'enquête a démarré fin janvier 2012. Les trois centres ont été ouverts et le premier participant a été pré-inclus le 30 janvier 2012. La durée de la phase initiale est de 12 mois au cours de laquelle se feront l'inclusion et le suivi des 300 volontaires. La durée de participation par volontaire sera variable. Le suivi dans l'essai débutera 4 semaines avant l'inclusion par la visite de pré-inclusion, et le suivi sous traitement continuera jusqu'à ce que le nombre d'événements nécessaire pour analyser l'essai soit atteint, sans toutefois excéder 4 ans. Selon les hypothèses d'incidence de l'infection VIH retenues dans l'essai, la durée de suivi des participants pourrait être comprise entre 1 et 3 ans dans la phase définitive.

#### **Commanditaires**

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

#### **Partenaires**

Service des Maladies Infectieuses - Hôpital Saint Louis ; INSERM SC10.

## 4. 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. La deuxième hypothèse concerne le vécu psychosocial de la population HIV Controllers (qualité de vie ? impact de la stigmatisation potentielle sur cette dernière ?). Le troisième axe concerne les prises de risque potentielles de ces patients.

(\*) "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.

### **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 le 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. 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.

### **Résultats**

Le recueil des données, quantitatif et qualitatif, a commencé en septembre 2010.

Au niveau du recueil qualitatif, 7 entretiens ont été réalisés à ce jour (3 en province et 4 à Paris) auprès de 4 hommes et 3 femmes.

Pour le recueil quantitatif, 78 (44%) patients ont été contactés, 3 ont refusé et 75 ont accepté (31 de Province et Dom (soit 49% des patients inclus) et 44 de Paris-Ile de France (soit 38% des patients inclus)).

60 auto-questionnaires ont été reçus : 22 de Province et Dom (soit 71% des questionnaires attendus) et 38 de Paris-Ile de France (soit 86% des questionnaires attendus). 5 questionnaires M12 ont été complétés.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Hôpital de Bicêtre, service de maladie infectieuses, le Kremlin Bicêtre ; Inserm U822, le Kremlin Bicêtre.

## 5. Aspects sciences sociales et tolérance de la cohorte multicentrique de patients sous antirétroviraux (Copilote)

**Sigle :** COPILOTE

**Période :** 2001-2012

### **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.

Les objectifs secondaires sont de déterminer la part des polymorphismes génétiques de l'hôte dans la progression de l'infection et la survenue d'effets indésirables graves, d'étudier la charge virale et la résistance aux antirétroviraux dans le compartiment plasmatique ou cellulaire, en relation avec les concentrations des antirétroviraux au cours du temps.

### **Méthodologie**

COPILOTE est une cohorte, prospective, multicentrique (49 centres), nationale, de patients infectés par le VIH-1 suivis au-delà de 4 ans après leur 1ère prescription d'inhibiteur de protéase. Les inclusions dans la cohorte COPILOTE ont débuté en Mars 2003 (1997-99 pour la cohorte APROCO dont elle est la continuité). Le nombre de sujets inclus dans COPILOTE est de 719.

Les principaux critères d'inclusion étaient : Patients VIH+ inclus dans la cohorte APROCO (1ère prescription d'inhibiteur de protéase en 1997-99) suivis dans APROCO quatre ans après leur inclusion initiale ; suivis dans un des services volontaires pour participer à la prolongation du suivi ; ayant donné leur consentement écrit.

Le recueil de données médicales est effectué tous les 4 mois et il est couplé une fois par an à un recueil de données socio-comportemental (notamment des scores de qualité de vie et d'observance).

### **Résultats**

Le recueil de données est à présent terminé. La cohorte Copilote a fait l'objet de dix valorisations scientifiques au cours de l'année 2011. Les analyses et la rédaction de publications se poursuivront en 2012.

### **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 ; Collaborations nationales : Modélisation conjointe de la qualité de vie et de la progression clinique (M. Mesbah) ; Standardisation de la mortalité sur la population générale avec la cohorte ANRS CO3 Aquitaine (C. Lewden) ; Collaborations internationales : ART-CC «Antiretroviral-Cohort Collaboration» jusqu'en 2005 (coordination M. Egger) ; COHERE «Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe» (Investigateurs Coordonnateurs : G. Chêne, J.D.Lundgren).

## 6. 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 nom

**Sigle :** TIPI-QUALI

**Période :** 2009-2012

### **Problématique**

Dans l'essai TIPI, il apparaît pertinent et essentiel d'étudier la qualité de vie des patients, les effets indésirables, l'observance et la sexualité, chez des patients inscrits dans un nouveau protocole de soin, à savoir la prise précoce et 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. Ceci doit aussi permettre 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 et qui renvoient au vécu du 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 mm<sup>3</sup>. Plusieurs questions de recherche apparaissent autour de la qualité de vie de ces patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral intermittent : dans quelle mesure la qualité de vie globale de ces patients est 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 est évalué à l'aide d'un recueil de données quantitatives à l'inclusion, à M6, M12, M18 et M24. Cette évaluation permet 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 offre 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 est également proposé à chaque patient de participer, sur la base du volontariat, à trois entretiens «physiques» : le premier entretien (T1) a lieu avant l'initiation du traitement ; le second se déroule en début de protocole durant la phase d'initiation du traitement (T2), à savoir au minimum après un mois de traitement et cela jusqu'à trois mois ; le troisième entretien (T3) est programmé durant les six derniers mois de participation au protocole, à savoir durant une phase sans traitement.

### **Résultats**

Le recueil de données se poursuit. A début 2012, 19 entretiens T1, 14 entretiens T2 et 9 entretiens T3 ont été réalisés. Les premières analyses transversales sont en cours.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Dijon ; Inserm U897, Bordeaux.

## 7. 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**

L'objectif de ce projet est de 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. Ce projet a été retardé à cause des inclusions plus lentes que prévues dans l'essai.

### **Résultats**

Début 2012, les inclusions sont toujours en cours. Ce n'est qu'une fois la phase d'inclusion terminée que les analyses socio-économiques pourront être réalisées.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris (Pr PM Girard).

## 8. Evaluation du risque résiduel de transmission du VIH chez des HSH traités ayant une charge virale plasmatique indétectable (Etude ANRS EP 49 "EVARIST")

**Sigle :** EVARIST

**Période :** 2011-2013

### Problématique

L'hypothèse de travail de base est que la quantité de virus dans les réservoirs d'une part, et les comportements sexuels d'autre part, pourraient avoir une influence sur le taux de discordance entre la charge virale dans le sang et dans le sperme chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Notre hypothèse est que ce taux devrait être supérieur à celui de la population générale par l'existence de ces facteurs biologiques et spécifiques qui favoriseraient une répllication locale du VIH.

L'intérêt de centrer notre projet sur les HSH est étayé également par l'absence de données dans cette population ; par la possibilité de mesurer l'influence des déterminants liés au mode de vie sur la CV spermatique (multipartenariat, prises de risques sexuels, risque élevé d'IST, consommation de produits psycho-actifs...) ; par une forte attente de cette communauté de pouvoir disposer de nouvelles stratégies de prévention et d'informations claires sur le risque de transmission du VIH.

### Objectifs

Ce projet a pour objectif général d'estimer la fréquence de personnes pouvant avoir du virus décelable dans le sperme parmi des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) traités par traitement antirétroviral (ARV) ayant une charge virale (CV) plasmatique indétectable depuis au moins six mois. L'objectif secondaire est de mesurer l'influence de l'exposition aux risques et des facteurs médicaux sur la discordance entre CV plasmatique et spermatique.

Si la CV spermatique est en règle générale le reflet de la CV plasmatique, il existe un petit pourcentage de personnes séropositives pour lesquelles il y a discordance entre ces mesures, et par là même un risque de transmission du VIH en cas de rapports sexuels non protégés. Les études actuellement publiées ont été, pour la plupart, réalisées auprès d'hommes hétérosexuels, avec de faibles effectifs, sont transversales et ne recherchent pas les facteurs associés à cette discordance. Peu d'études ont été réalisées auprès des HSH qui représentent encore aujourd'hui une des populations les plus à risque de contracter le VIH.

### Méthodologie

L'inclusion des patients (n=150) se fera dans 6 centres ANRS en Ile de France. L'étude prévoit un prélèvement de sang et un recueil de sperme à l'inclusion, ainsi qu'à j30. Des analyses biologiques et virologiques seront réalisées sur chaque échantillon. Les données socio-comportementales seront recueillies à l'aide d'un questionnaire. Une partie des échantillons sera conservée pour des dosages pharmacologiques ultérieurs.

L'inclusion des sujets, le recueil des prélèvements et des questionnaires se feront sur 6 mois. Les analyses biologiques et virologiques se feront jusqu'à la fin du 2ème trimestre 2012.

### Résultats

Les inclusions ont débuté en juillet 2011. Mi-janvier 2012, 142 patients ont été inclus (J0) et 112 ont réalisé leur visite de suivi (M1) : Hôtel Dieu (25J0/16M1), St Louis (16J0/10M1), Bicêtre (18J0/14M1), Lariboisière (27J0/18M1), Bichat (28J0/28M1) et Foch (27J0/26M1).

La fin des inclusions est prévue pour mars 2012.

### Commanditaires

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

### Partenaires

AP-HP, Université Paris-Descartes, Laboratoire de Virologie ; INSERM U 943 ; Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre, Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses ; Université Paris-Descartes, Unité de recherche EA 3620 - Infection à VIH, réservoirs, pharmacologie des antirétroviraux et prévention de la transmission mère-enfant

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

**Sigle :** HEPA VIH

**Période :** 2005-2012

### **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 d'identifier les facteurs socio-comportementaux pouvant avoir un rôle dans le retard de prise en charge de l'infection à VHC et la mise sous traitement des patients, de déterminer si le traitement anti-VHC a un impact sur l'observance du traitement anti-VIH et d'étudier l'évolution de la qualité de vie des patients co-infectés (bénéficiant ou non d'un traitement anti-VHC).

### **Méthodologie**

La cohorte HEPAVIH a débuté en octobre 2005 et les derniers patients participant à l'étude ont été inclus en décembre 2008. Au total 1175 patients ont été inclus et ont accepté d'être suivis pendant 5 ans. Des données cliniques, démographiques et socio-comportementales sont recueillies à l'inclusion et tout au long du suivi. Les données socio-comportementales sont obtenues par le biais d'auto-questionnaires :

- un auto-questionnaire à l'inclusion, comportant des données sur la situation affective et sociale, la consommation de drogues et de médicaments et la perception de la prise en charge du VHC, ainsi que des grilles d'évaluation de la qualité de vie, de l'observance aux traitements et de l'état dépressif des patients ;
- un auto-questionnaire de suivi, comparable à l'inclusion pour mesurer l'évolution ;
- et pour les patients initiant un traitement anti-VHC, un auto-questionnaire traitement comportant une grille d'évaluation de l'observance aux traitements anti-VIH, une échelle mesurant la colère, les symptômes ressentis, la fatigue et la dépression, ainsi qu'un volet spécifique sur le traitement anti-VHC.

L'objectif étant d'évaluer l'observance aux traitements anti-VIH et anti-VHC, les effets secondaires ressentis et la qualité de vie en cours de traitement des patients.

Le suivi standard est mesuré à M0, M24, et M60, et pour les patients sous traitement à l'initiation, en cours de traitement et à la fin.

### **Résultats**

Le travail d'analyse et de valorisation scientifique se poursuit. A ce jour, les analyses en sciences sociales ont permis la parution de six publications.

### **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.

## 2. 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 :** 2002-2012

### 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 2004, les résultats d'une enquête réalisée en France chez les assurés sociaux du régime général indiquent un taux de prévalence de 0,8% [0,7-1,1]. L'inter-région sud-est comprenant la région Paca est particulièrement touchée avec un taux de 1,1%.

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.

### Résultats

Entre 2004 et 2010, 65 702 consultants ont été testés. Sur cette période, la séroprévalence du VHC était de 1,9 % (intervalle de confiance à 95 % : 1,8-2,0). Elle a baissé dans les CDAG de ville et dans ceux de maison d'arrêt. La séroprévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) était de 36,1 % (intervalle de confiance à 95 % : 33,6-38,6). Une tendance à la baisse a aussi été observée chez l'ensemble des UDVI pratiquant ou non le sniff, actifs ou non. Les analyses indiquent que le risque de séropositivité VHC est multiplié par 32 chez les UDVI par rapport au reste des consultants.

### Commanditaires

Groupement Régional de Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur (GRSP PACA) / Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

### Partenaires

Les 22 centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (17 CDAG de ville, 2 CDAG de centre hospitalier et 3 CDAG de maison d'arrêt) et les 4 centres d'examen de santé (CES) de la région Paca.

## 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 (Cameroun)

**Sigle :** STRATALL - CAMEROUN

**Période :** 2006-2011

### **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 de l'OMS pour le passage à l'échelle de l'accès aux ARV. Celles-ci sont notamment basées sur une simplification du suivi biologique, et sur la délégation des tâches des médecins vers les infirmiers afin de faire face au déficit en ressources humaines qualifiées de ces pays. Bien que largement appliquées, y compris dans d'autres pays d'Afrique, les recommandations de l'OMS n'ont pas fait l'objet d'évaluation scientifique.

### **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 dans les pays du Nord, et la seconde, dite "allégée", correspondant aux algorithmes de prise en charge préconisés par l'OMS. 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 étendue aux hôpitaux des districts. Les objectifs secondaires de ce volet sont l'analyse et la comparaison entre les deux 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 entre 2006 et 2010 dans neuf hôpitaux de district de la province du Centre du Cameroun. 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. Les données sont collectées à partir de questionnaires administrés en face-à-face à intervalle régulier à partir du jour de l'inclusion puis tout au long du suivi clinique pendant 24 mois.

Trois grands types de données sont collectés pour chaque patient : données démographiques et socio-économiques ; qualité de vie ; observance et recours aux soins.

### **Résultats**

L'année 2011 a donné lieu à des analyses approfondies des données de l'essai et à la soumission de plusieurs articles. Le volet clinique de l'étude n'ayant pas démontré l'équivalence entre les deux stratégies, l'analyse coût-efficacité a été conduite afin de déterminer le coût d'une année de vie gagnée de la stratégie classique (incluant CD4 et charge virale) par rapport à la stratégie allégée. Les résultats montrent que la stratégie classique a un ratio coût-efficacité de 4678\$ par année de vie gagnée lorsque le prix de la charge virale est de 67\$ par test et de 3276\$ lorsque le prix de la charge virale est de 35\$ par test. En considérant un seuil de 3800\$ (équivalent à 3 fois le PIB du Cameroun) comme coût-efficace, la stratégie classique est coût-efficace au Cameroun lorsque le prix de la charge virale est égal ou inférieur à 35\$ ou lorsque le suivi biologique incluant CD4 et charge virale est inférieur à 76\$.

Les analyses conduites sur les critères secondaires de l'étude (observance, comportements sexuels à risque et qualité de vie) ne mettent pas en évidence de différences significatives entre les deux stratégies. En revanche ces outcomes étaient significativement meilleurs (y.c. après ajustement multivarié) chez les patients dont une partie des consultations de suivi étaient délégués à des infirmiers. Ces résultats suggèrent que les délégations des tâches vers les infirmiers pourraient être associées à des bénéfices psychosociaux chez les patients.

### **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 co-infection 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 oeuvre 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 francocamerounaises 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 :

- déterminer la capacité des services à absorber l'augmentation de la demande et identifier les stratégies possibles pour faire face aux nouveaux besoins ;
- 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 ;
- évaluer 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 première 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.

### **Résultats**

Après une série d'ateliers et de missions d'étude concernant la pertinence et la faisabilité de la reconduction du projet EVAL, avec inclusion d'un volet VIH/TB, une reconfiguration du projet est décidée qui fera l'objet d'une soumission à l'ANRS en mars 2012 :

- être dans une logique moins d'évaluation de la décentralisation que d'analyse de l'évolution de la qualité de la prise en charge. Le débat d'actualité se déplace : il s'avère être moins relatif à la décentralisation proprement dite qu'aux conditions de la prise en charge (VIH et VIH/TB) ;
- dans cette optique, l'étude porterait seulement sur deux villes (Yaoundé et Douala) qui regroupent une part importante des files actives des patients VIH et VIH/TB (entre 30 et 40%) ;
- l'enquête comprendra aussi un volet "offre de soins" non limité aux pratiques des médecins, mais incluant le fonctionnement des structures ;
- l'équipe va réfléchir à l'introduction de techniques de dépistage de la tuberculose sophistiquée chez les patients VIH de façon à réduire au maximum le risque de passer à côté de patients tuberculeux lors de l'inclusion
- les outils d'enquête (questionnaires) sont disponibles ;
- au Cameroun, l'UCAC aura la responsabilité du volet qualitatif sous la responsabilité de la Pr Marie-Thérèse Mengue. Elle assurera aussi le recrutement des enquêteurs pour les enquêtes par questionnaires.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Faculté de médecine et de sciences biomédicales, Yaoundé ; Université catholique d'Afrique Centrale.

### 3. Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique (ANRS 12231) : projet associé à l'essai clinique Anrs-12169-2lady (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal)

**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 2nde ligne de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées. La hausse préoccupante des dépenses associées à l'arrivée des traitements de 2nde ligne, pour la plupart brevetés, conjuguée à un contexte de rareté des ressources, risquent d'accentuer les contraintes budgétaires existantes et de contraindre fortement l'accès aux traitements efficaces du VIH/Sida dans ces pays. Il apparaît donc prioritaire de définir des stratégies de deuxième ligne qui soient coût-efficaces. Afin de répondre à ce besoin, une étude économique a été associée à l'essai clinique multicentrique 2-Lady ANRS 12-169, dont l'objectif est de définir des stratégies de 2nde ligne efficaces et bien tolérées dans trois pays africains (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal).

#### **Objectifs**

L'étude a pour objectif d'identifier les stratégies de 2ème ligne les plus coût-efficaces dans le contexte de pays à faibles ressources (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal). Il s'agira de comparer les ratios coût-efficacité de trois combinaisons thérapeutiques de 2ème ligne chez des patients en échec de 1ère ligne dans ces pays :

- l'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir (stratégie de référence) ;
- l'association abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir ;
- l'association emtricitabine + ténofovir + darunavir/ritonavir.

Les deux premières associations correspondent aux deux principales stratégies thérapeutiques recommandées par l'OMS dans les pays à faibles ressources. L'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir, qui correspond au traitement de 2nde ligne de référence dans les pays du Nord, n'a jamais été étudiée en milieu africain, chez des patients qui, pour la plupart, sont porteurs de virus de sous-types non B. Bien que non recommandée par l'OMS, la troisième association, incluant comme IP boosté le darunavir/ritonavir, a été retenue en raison de son double avantage pour une utilisation dans les pays du Sud : une monoprise quotidienne et une meilleure tolérance.

#### **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'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.

#### **Résultats**

Les inclusions sont toujours en cours. En janvier 2012, 266 patients sur 450 étaient inclus dont 48 au Sénégal, 160 au Cameroun et 58 au Burkina Faso. 14 patients ont déjà réalisé leurs M18.

Dans le but d'améliorer le rythme des inclusions, une demande auprès du comité d'éthique du Cameroun a été faite pour ouvrir un nouveau site à Yaoundé.

#### **Commanditaires**

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12231 - 2LADY SHS) ; Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

#### **Partenaires**

IRD (Pr Delaporte, Dr Laurent), responsable du volet médical ; ORS/INSERM, responsable du volet socio-économique ; IRSA.

## 4. 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.

### **Résultats**

Les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés le 6 décembre 2011 à la journée des partenaires de la Direction de la santé de la Mère et de l'Enfant du Burkina Faso (Ouagadougou).

L'analyse des données recueillies (observations, entretiens et enregistrement de causeries en conditions réelles) se poursuit.

Les 14-15 juin 2012 est prévu l'organisation d'un atelier comparatif sur la PTME en collaboration avec le LASDEL (Niamey) avec des chercheurs anglophones et francophones travaillant sur le continent ainsi que des représentants des ministères de la santé du Niger et du Burkina Faso. La publication d'un numéro de revue rassemblant les contributions les plus pertinentes de l'atelier est prévue.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Direction de la santé de la famille – Ministère de la santé ; UFR Sciences de la Santé – Université de Ouagadougou.

## 5. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil

**Sigle :** MEDICAMENTS GENERIQUES

**Période :** 2010-2013

### Problématique

Avec la diffusion progressive et standardisée de nouvelles législations sur les médicaments génériques, la gestion des données cliniques est devenue un enjeu décisif pour la production de copies d'ARV par les producteurs du sud.

Toutes ces législations exigent désormais des producteurs de copies de médicaments princeps de recourir à des études de bioéquivalence in vivo pour démontrer l'équivalence thérapeutique de leurs produits vis-à-vis du médicament de référence. Si ces études ont pour but d'éviter la répétition des essais cliniques et pré-cliniques, leur mise en œuvre suppose deux exigences : d'une part, elle exige des capacités technologiques et des compétences spécifiques de gestion des données cliniques dont peu de pays du sud disposent ; d'autre part la validité de ces études est conditionnée à l'accès aux données produites par le producteur du médicament princeps. Or, depuis qu'elles subissent la concurrence des médicaments génériques, les grandes entreprises pharmaceutiques des pays industrialisés ont imposé aux autorités de santé de maintenir la confidentialité de l'ensemble des données relatives à leurs médicaments, repoussant d'autant la capacité des génériqueurs à commercialiser les leurs. Loin d'être cantonné dans les Etats du nord, ce phénomène, dit "exclusivité des données", s'étend progressivement aux pays du sud, sous des formes diverses, juridiques et pratiques.

### Objectifs

A partir des cas indien et brésilien, le projet se donne un quadruple objectif :

- Analyser le processus de mise en place, dans les pays du sud, de l'infrastructure et des compétences nécessaires au respect d'une norme devenue internationale en matière de médicaments génériques
- Etudier les modalités de diffusion du phénomène d'exclusivité des données dans les pays du sud ;
- S'interroger sur leurs effets concrets s'agissant de la capacité de ces pays à produire des médicaments à prix abaissés et ce au moment même où l'accès aux nouvelles générations d'ARV s'impose dans les pays du sud.
- Sur un front plus conceptuel, mener une réflexion sur un statut économique-juridique des données cliniques, apte à articuler d'une façon socialement acceptable les divers intérêts en jeu et, in fine, formuler quelques éléments de recommandation pour l'ensemble des pays du sud.

### Méthodologie

Il s'agit d'une recherche qualitative. Le recueil des données de terrains s'organiserà par entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs concernés. Sur le plan analytique, nous mobiliserons les outils de l'économie industrielle et institutionnelle, du droit pharmaceutique et du droit des brevets dans la perspective de permettre un regard croisé sur l'objet de recherche.

### Résultats

En raison de difficultés rencontrées dans la mise en place des conventions de partenariat avec les partenaires Indiens et Brésiliens, le déroulement du projet a pris un certain retard.

Une mission en Inde est programmée courant 2012 afin d'organiser le recueil des données de terrain.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12213)

### Partenaires

Laboratoire Virtuel sur l'Innovation et la Propriété Intellectuelle en Santé (Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ), Brésil ; Centre de recherche "Droit, sciences et techniques" de l'UMR CNRS 8103 ; Centre for International Trade and Development, Jawaharlal Nehru University, Inde

## 6. Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives.

**Sigle :** GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE

**Période :** 2011-2012

### **Problématique**

Dans un contexte de raréfaction des ressources lié notamment à la crise financière internationale, notre projet vise à comprendre les configurations d'acteurs nationaux, locaux et internationaux impliqués dans l'organisation de la prise en charge des patients en Afrique. Dans ces circonstances, le danger est réel d'une remise en cause de l'Accès universel prôné par la communauté internationale dès 2006 et renforcé par l'objectif du "Test and Treat". Or en 2010, la couverture moyenne de l'accès aux ARV en Afrique a seulement atteint environ 45%. Dans cette optique, les réseaux transnationaux impliqués, par exemple, dans la confection des demandes des pays pour accéder aux financements internationaux, ainsi que dans l'organisation sanitaire et administrative de la prise en charge occupent une place cruciale.

### **Objectifs**

L'hypothèse principale est que les échecs comme les réussites dans la mise en oeuvre des recommandations internationales et nationales ne sont pas liées à un déficit d'expertise mais à l'absence ou à la faiblesse du lien entre les décideurs politiques et institutionnels et les réseaux d'experts et d'acteurs de la santé publique. En d'autres termes, il s'agit dans cette hypothèse de souligner l'écart, les contradictions et les faiblesses du lien entre "gouvernance" et "compétences".

L'objectif principal est de documenter les processus de mise en oeuvre des recommandations internationales et participer à une meilleure synergie des acteurs concernés. L'ambition opérationnelle de cette recherche est de travailler sur la construction de ces liens, sur leur institutionnalisation. Autrement dit, il s'agit de formaliser les relations entre les "réseaux de politiques publiques" qui interviennent dans la réalisation d'actions de santé publique à partir d'un thème transversal ("L'Accès universel") et de thèmes particuliers : PTME, prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), prise en charge et prévention auprès de populations vulnérables suivant les pays (MSM, usagers de drogues, par exemple).

### **Méthodologie**

Il s'agit de tenter d'agir sur les continuités et réduire les discontinuités de réseaux, d'experts (chercheurs, consultants, politiques, etc.). Le travail est envisagé dès la construction du projet avec les différents types d'acteurs classiques :

- Au niveau des organisations internationales (ONUSIDA, OMS, Fonds Mondial) : organisations internationales, notamment les partenaires des Nations Unies officiellement coordonnés par l'ONUSIDA ;
- A l'échelon des partenaires multilatéraux (Banque mondiale, Union Européenne, etc.) ;
- Au niveau national (Ministères de la santé, Comités nationaux de lutte contre le sida) / Au niveau des associations.

### **Résultats**

Les résultats et les perspectives de ce contrat d'Initiation en cours entraînent le dépôt d'un projet d'envergure à un appel d'offres de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida en mars 2012.

### **Commanditaires**

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS 12251)

### **Partenaires**

France : CERAPS Lille2 / Sénégal : Institut Africain de la Gouvernance ; IRD Dakar ; Université Cheikh Anta Diop, Dakar / Burkina Faso : GRIL (Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales), Université de Ouagadougou ; OMS, Ouagadougou / Cameroun : Fondation Paul Ango Ela ; ISPM (Institut Supérieur de Management Public, Yaoundé).

## 7. Echange global de données pour l'information à propos de l'intelligence du marché

**Sigle :** UNITAID

**Période :** 2011-2012

### Problématique

L'intensification des initiatives de santé mondiales pour combattre le VIH/SIDA, la Tuberculose et la Malaria requiert un approvisionnement durable en grandes quantités de médicaments, de tests diagnostics, et d'autres produits de santé. Pour améliorer l'efficacité de cet approvisionnement en termes financiers et en termes de couverture des populations, il est nécessaire d'avoir accès à des informations mises à jour à propos des prix et de la qualité des produits. Les acheteurs auront ainsi à leur disposition l'information nécessaire pour effectuer une meilleure prise de décisions. Et les bailleurs de fonds comme UNITAID, le Fonds Mondial, PEPFAR pourront utiliser ces informations pour surveiller l'impact de leurs interventions et améliorer les conditions du marché. Cependant, les données du marché global concernant les biens de santé ne sont pas facilement disponibles. Cela se traduit non seulement par le paiement de prix plus élevés que ce qui est socialement souhaitable (pour les consommateurs "non informés"), mais aussi dans un accès retardé - voire un nonaccès- aux innovations permettant l'amélioration de la santé des populations qui en ont le plus besoin. Il existe un consensus général, selon lequel, la transparence en ce qui concerne les prix et la qualité des médicaments, des tests/diagnostics et d'autres produits devrait être considérée comme étant un "bien public global".

### Objectifs

Dans ce projet, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) collabore avec FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) pour soutenir le General Price Report Mechanism (GPRM) de l'AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de l'OMS. L'objectif général est de renforcer la qualité des données du GPRM, et d'améliorer non seulement sa capacité d'analyse des tendances du marché, mais aussi sa capacité à fournir des informations à un vaste ensemble de décideurs par le biais de divers canaux y compris un site Web amélioré ; à terme, on cherche à établir un centre international d'information et un système général d'intelligence du marché. Les objectifs spécifiques sont :

- Etendre la couverture d'information à propos des médicaments, des tests diagnostics et d'autres produits de santé afin de comprendre les dynamiques des marchés.
- Renforcer les procédures de validation et standardisation des données du GPRM/AMDS afin de les rendre plus souples pour les analyses statistiques multivariées.
- Fournir des compétences statistiques et d'analyse économique pour le traitement des données du GPRM/AMDS, non seulement pour produire des rapports d'actualité, mais aussi pour répondre aux besoins du secrétariat d'UNITAID (mesures d'impact d'interventions).
- Soutenir GPRM/AMDS pour l'amélioration de l'accès aux données et aux rapports en "temps réel" à travers Internet, afin de mieux prendre les décisions d'achat.
- Garantir l'accès public international à l'information "transparente" non seulement à propos des volumes et prix des transactions, mais aussi de la qualité et la disponibilité de médicaments essentiels et des produits de santé pour les acteurs concernés.

### Méthodologie

Le GPRM compile actuellement les données à propos des transactions des antirétroviraux (ARV) provenant de plusieurs sources : Clinton VIH/SIDA, Global Drug Facility, Le Fonds Global de lutte contre le SIDA, Tuberculose et Malaria, IDA Foundation, John Snow Inc., MissionPharma, Management Sciences for Health, Supply Chain Management System, The United Nations Children's Fund, UNITAID, World Health Organization country officers, et WHO/Contracting & Procurement Services. Ces données renseignent sur les caractéristiques de différents produits et du marché. Afin d'accomplir ses objectifs, l'ANRS et FIND en étroite collaboration avec l'OMS proposent :

- 1- La compilation exhaustive de données concernant les produits de santé pour VIH, Tuberculose, et Malaria.
- 2- La définition de l'information qui doit être demandée impérativement aux différentes sources de données en collaboration avec UNITAID : spécifiques aux produits (marque et nom générique, dosage, etc.), et spécifiques à la transaction (prix, date de commande, firme, pays d'origine et destination, etc.).
- 3- Elaboration d'une procédure formelle d'analyse des produits liés aux tests pour les diagnostics. Gestion de la complexité des différents éléments utilisés pour les tests, ainsi que des équipements utilisés.

4- Collecte d'information nécessaire pour les analyses approfondies, notamment celles concernant les facteurs explicatifs de l'évolution des prix et des tendances des marchés, lesquels ne figurent pas encore dans le GPRM/AMDS : indicateurs macroéconomiques (PIB, dépenses de santé des gouvernements, prévalence des maladies dans les pays, etc.), et des variables permettant la mise en œuvre de techniques économétriques adaptées (traitement de l'endogénéité par l'utilisation de variables instrumentales, par exemple).

5- Les bases de données SQL seront révisées pour incorporer la mise à jour automatisée non seulement des produits et leurs caractéristiques, mais aussi des informations liées au fonctionnement des marchés.

6- Renforcer les procédures opérationnelles pour le traitement et gestion de données : mise à jour, élaboration des rapports automatisés, etc.

A la fin 2008, le GPRM/AMDS contenait l'information d'environ 63% des transactions d'antirétroviraux effectuées par les pays à bas revenu (low and low-middle income) durant l'année 2008. Néanmoins, il est attendu très prochainement que la proportion atteigne 90% des transactions effectués par ces pays. Des statistiques descriptives et des analyses multivariées serviront pour la production de rapports annuels à propos des principales tendances pour chaque marché couvert par les données du GPRM/AMDS. Cela permettra de répondre, dans la mesure du possible, aux questions soulevées par le secrétariat d'UNITAID et/ou d'autres partenaires à propos des dynamiques du marché. L'équipe de l'ANRS établira un plan d'analyse des données et coordonnera le développement des analyses économiques portant sur les prix des médicaments et des produits de santé. Cela, afin d'informer UNITAID et d'autres partenaires à propos des principaux déterminants des prix et de l'évolution du marché.

### Résultats

Un effort très important en termes de nettoyage et harmonisation de la base de données a été effectué. Un processus de gestion du flux d'entrée de nouvelles données a été défini en collaboration avec le département d'informatique de l'OMS. Des algorithmes ont été élaborés pour effectuer un balayage de la base de données du GPRM afin de détecter la présence de doublons (même transaction rapporté par plusieurs sources). Après cette première étape, une stratégie statistique a été mise en place non seulement pour la détection de prix aberrants, mais aussi pour éliminer l'hétérogénéité introduite par les différents INCOTERMS (International Commercial Terms) et rendre les prix comparables. La procédure de nettoyage et harmonisation de données a été testée et est en cours de programmation par les informaticiens de l'OMS pour son automatisation dans le GPRM où elle sera utilisée de manière permanente. Néanmoins, toutes les procédures ont été conçues avec les données des médicaments pour le VIH et requerront d'une adaptation pour la gestion et traitement des données concernant les médicaments pour la Malaria et la Tuberculose. Concernant les diagnostics, une stratégie de gestion, traitement et analyse des données est en cours d'élaboration. Les procédures concernant les médicaments ne sont pas adaptables aux diagnostics du fait de la structure complexe de ce type de données. Ainsi, des procédures adéquates de traitement doivent être conçues.

Une liste de variables non-transactionnelles (à propos des brevets, données macroéconomiques, etc.) a été élaborée afin de pouvoir collecter ces informations qui serviront pour les analyses économétriques. Actuellement, deux analyses sont en cours : une analyse mettant en avant les procédures utilisées pour la détection de prix aberrants et la standardisation des prix en éliminant l'hétérogénéité des INCOTERMS ; et une analyse qui mobilise des informations concernant les brevets au niveau global et au niveau des pays pour analyser les déterminants des prix des médicaments pour le VIH. Le GPRM devrait être fonctionnel sur le site de l'OMS au cours du premier semestre 2012 avec des rapports standards automatisés et avec une interface permettant au public d'avoir les principales tendances du marché des antirétroviraux. Les procédures devraient être adaptées aux médicaments anti-malaria et anti-tuberculose dans le deuxième semestre 2012.

### Commanditaires

Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales B et C (ANRS) / Organisation Mondiale de la Santé pour le compte d'UNITAID.

### Partenaires

Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) ; AIDS Medicines and Diagnostics Service (AMDS) de l'OMS.

## 8. Les associations de lutte contre le sida au Cameroun. Nouvelles implications sociales, militantes et médicales

**Sigle :** ASSO LUTTE SIDA CAMEROUN

**Période :** 2010 – 2012

### **Problématique**

Le monde associatif impliqué dans la lutte contre le sida au Cameroun se transforme. On observe : un "dynamisme associatif" au moins quantitatif ; un souci d'expertise sur des questions de recherche ; l'implication de membres d'association dans la prise en charge d'ordre "psychosocial" au sein de structures spécialisées ; l'insertion de représentants d'associations dans l'instance de coordination du Fonds Mondial au Cameroun ; enfin la gratuité des traitements antirétroviraux.

### **Objectifs**

Dans ce projet de recherche en sciences sociales (associant anthropologie sociale et économie politique), nous proposons d'aborder ces événements avec pour objectif central de comprendre quelles sont leurs configurations actuelles, c'est-à-dire leurs modes de fonctionnement, leurs projets, leurs stratégies, et leurs actions. Ceci passe par une attention aux liens que les associations établissent avec les autorités nationales ou les agences de financement ; avec les structures de prise en charge qui accueillent leurs membres dans le cadre d'interventions ; avec les autres associations dans un contexte d'accès aux ressources concurrentiel.

Trois thématiques illustrant les nouvelles configurations des associations seront explorées : les liens entre souci d'autonomie et risque de dépendance (financière, politique...) ; les rapports entre la « promotion » de l'individu et celle du collectif ; la coexistence entre la figure du patient et celle de l'expert.

### **Méthodologie**

Trois séries d'études seront alors mises en place : au sein d'associations ; au sein de structures de prise en charge du VIH intégrant des membres d'association ; auprès des partenaires et bailleurs, nationaux comme internationaux, de ces associations.

Ce projet se veut une recherche sur et avec les associations. Les chercheurs (trois anthropologues et un économiste) et membres d'association (trois, qui ont une expertise en matière d'accompagnement ou de participation à la recherche) travailleront de concert, à toutes les étapes du projet : sa confection, la réalisation des enquêtes, leur analyse et leurs restitutions. Ces restitutions (auprès des associations étudiées, des professionnels de santé, des acteurs institutionnels) se veulent « formatives » : il s'agit – autour des thématiques étudiées - de formuler, avec les associations, des propositions pratiques sur l'orientation de leurs actions, leurs stratégies, leur fonctionnement. En somme, passer de l'information factuelle à la formation.

### **Résultats**

Les données sont actuellement en cours d'analyse ; les résultats devraient être disponibles à la fin du premier trimestre 2012.

### **Commanditaires**

Ensemble Contre le Sida - Sidaction (ECS).

### **Partenaires**

Université catholique d'Afrique Centrale ; Université Yaoundé 1 ; Association Positive Generation ; Association 3SH ; Association REDS – Fondation Paul Ango Ea

## 9. Enfants et parents vivant avec le VIH/Sida au Maroc

**Sigle :** SIDA PEDIATRIQUE MAROC 2010

**Période :** 2010-2011

### Problématique

Au niveau mondial, les objectifs de réduction de la transmission de la mère à l'enfant sont loin d'avoir été atteints, et si le nombre d'enfants ayant eu accès à un traitement antirétroviral a augmenté, ils ont une probabilité moindre que les adultes de bénéficier des ARV (ONUSIDA, 2008).

Au Maroc, l'épidémie reste peu active en population générale (< 0,5 %) ; mais l'infection progresse parmi les populations les plus exposées (TS, UDI, populations précaires...). Environ 160 enfants vivant avec le VIH ont été identifiés depuis le début de l'épidémie. Ce chiffre ne reflète pas la totalité des cas d'infections pédiatriques. Si l'on extrapole les données de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, 504 nouveaux nés seraient exposés au risque de transmission verticale chaque année, soit une estimation de 216 enfants infectés. Les nourrissons ont souvent été identifiés infectés par le VIH avant leurs mères du fait qu'ils étaient symptomatiques (Programme PTME Maroc 2008).

Le plan stratégique national du Maroc prévoit le renforcement de l'organisation de la prise en charge pédiatrique et la mise en oeuvre progressive d'un programme de PTME. Le Maroc dispose de toutes les composantes médicales, institutionnelles, associatives, pour réaliser la prise en charge des enfants infectés et un accompagnement des enfants affectés, mais leurs performances sont parfois encore insuffisantes. De plus, la lutte contre le sida doit aussi se développer dans un environnement global où des valeurs conservatrices, parfois adossées à des préceptes de l'Islam, peuvent favoriser des situations de stigmatisation pour des parents et des enfants à la vulnérabilité accrue par l'infection par le VIH.

### Objectifs

- Documenter les situations des enfants affectés, ainsi que la nature des réponses institutionnelles pour faire face aux besoins des enfants infectés ou affectés.
- Constituer une base de données nationale complète et actualisable des enfants infectés au Maroc
- Appuyer l'association de prise en charge des enfants affectés et infectés (partenaire du projet).
- Identifier les contraintes sociales et économiques d'une prise en charge adéquate des enfants infectés.

### Méthodologie

La recherche associe cliniciens, médecins de santé publique, chercheurs en sciences sociales, et représentants d'associations. Elle utilisera des méthodologies quantitatives et qualitatives. Elle s'attachera à une documentation exhaustive des conditions et situations de prise en charge médicale et du contexte social des enfants infectés par le VIH au Maroc.

### Résultats

Les enquêtes qualitatives ont pris fin en décembre 2011.

Un ouvrage collectif (E. Guillermet, K. Zahi, M.E. Gruénais) est prévu pour fin 2012, reprenant les résultats de l'enquête qualitative.

Une réunion de mise au point des outils de suivi de la cohorte enfants infectés et validation par le programme national de lutte contre le sida est prévue en mars 2012 ; de même que la constitution d'une base de données actualisable à disposition des services de référence de prise en charge des enfants infectés, pour fin 2012.

### Commanditaires

Sidaction - Ensemble Contre le Sida (projet et bourse post-doctorale associée).

### Partenaires

Service de pédiatrie - CHU de Rabat & Association Soleil ; Service des maladies infectieuses - CHU Casablanca ; Institut national d'administration sanitaires - Rabat.

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

**Sigle :** NOURRISSONS

**Période :** 2007-2011

### **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 principal de l'étude est de décrire et d'analyser les déterminants anthropologiques de l'observance chez le nourrisson infecté par le VIH-1 et sous traitement antirétroviral dans leurs contextes sociaux et culturels. Il s'agit de travailler, à partir de nourrissons infectés par le VIH, suivis depuis la naissance, dépistés à l'âge de 6 semaines, dont le statut est confirmé par un 2<sup>e</sup> prélèvement après 4 semaines et traités précocement. Ces nourrissons seront inclus au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya (FCB) et le Centre d'Animation Sociale et Sanitaire (CASS) à Yaoundé et à l'Hôpital Laquintinie à Douala. Cette étude s'insère dans le projet intitulé : "Impact des multithérapies antirétrovirales et du Programme Elargi de Vaccination (PEV), sur l'évolution et la prise en charge des nourrissons infectés par le VIH-1 au Cameroun (PediaCam) ANRS 12140.» Le projet PediaCam propose une étude interventionnelle des nourrissons infectés par le VIH-1 afin d'évaluer la faisabilité et l'efficacité des multithérapies antirétrovirales précoces (dès le diagnostic de l'infection VIH) et la réponse de ces nourrissons aux vaccins utilisés dans le PEV. La prise en charge thérapeutique précoce des nourrissons interroge les facteurs sociaux et culturels du suivi familial et thérapeutique qu'il conviendra d'analyser dans le but d'optimiser la prise en charge. Il s'agira de comprendre l'environnement social du nourrisson infecté en décrivant les interactions entre les différents acteurs de soins (famille, entourage, soignants). Ce projet se poursuivra en même temps que "PediaCam 2" qui nous conduira à travailler sur les mêmes familles en poursuivant la recherche jusqu'à ce que les enfants en question atteignent l'âge de 5 ans.

### **Méthodologie**

Récolte de données quantitatives auprès des sites et institutions concernés à Yaoundé (Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital d'Essos) et Douala (Hôpital Laquintinie).

Entretiens approfondis avec les parents, les accompagnants et les familles des enfants diagnostiqués à 6 semaines par la PCR en temps réel. Groupe 1 : enfants infectés ; Groupe 2 enfants non-infectés. Groupe 3 enfants infectés dont les mères n'ont pas été soumises à la PTME.

### **Résultats**

Les résultats ont été présentés aux journées scientifiques ANRS Cameroun en novembre 2011. Deux publications sont en cours avec les partenaires du projet et l'équipe clinique du projet PediaCam.

### **Commanditaires**

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

### **Partenaires**

Institut de Recherches Socio-Anthropologiques (IRSA). Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun



# 1. CHANGements environnementaux, Circulation de biens et de personnes : de l'invasion de réservoirs à l'apparition d'anthropozoonoses. Le cas du RAt noir dans l'espace sénégal-malien

**Sigle :** CHANCIRA - ANR

**Période :** 2011- 2014

## Problématique

Ce projet vise à comprendre les processus conduisant à la dynamique spatiale et temporelle des anthropozoonoses à travers l'exemple de la diffusion d'un réservoir, le rat noir, et des maladies qui lui sont associées dans l'espace sénégal-malien. A travers l'étude des flux de personnes et de biens ainsi que des dynamiques des paysages et des systèmes de villes, nous cherchons à identifier par des analyses multi-échelles les ruptures et les perturbations qui génèrent des dynamiques différenciées du réservoir. A travers l'étude des contacts hommes / réservoirs dans les espaces nouvellement colonisés par le rat noir notre projet vise à identifier les conditions permettant à ces processus de diffusion de générer l'émergence du risque sanitaire dans les populations humaines et ainsi de préciser les conditions du passage de la potentialité du risque à sa concrétisation. Ce projet interdisciplinaire combinant sciences sociales, sciences biologiques et sciences médicales permettra de comprendre le fonctionnement dynamique du système pathogène des anthropozoonoses liées au rat noir et ainsi d'identifier les leviers permettant d'envisager des actions préventives mais également de favoriser la vigilance épidémiologique. Il s'inscrit dans le débat portant sur la diffusion des risques sanitaires à travers l'évolution des environnements socialisés afin de proposer une vision débarrassée de déterminisme.

## Objectifs

En s'appuyant sur l'étude de deux pays s'étendant entre zones bioclimatiques sahélienne et guinéenne, le Sénégal et le Mali, l'objectif de ce projet vise à comprendre comment les dynamiques d'évolution des paysages, de construction et de pratiques de l'espace par les sociétés peuvent générer l'émergence de nouveaux risques d'anthropozoonoses liées au rat noir, de l'échelle zonale à l'échelle locale.

Il s'agira de construire la dynamique et le fonctionnement des systèmes éco-géographiques définissant la variabilité de l'aire de répartition d'un rongeur introduit au Sénégal, *Rattus rattus*.

L'exemple de ce modèle de diffusion devra permettre d'apporter un éclairage sur les débats actuels autour de la question de la mondialisation des risques sanitaires et de l'émergence des espaces à risques à travers un exemple en cours de progression dans l'espace sénégal-malien.

## Méthodologie

La compilation des données d'archives relatives à la dynamique du réservoir considéré, à l'évolution des paysages, des conditions climatiques, aux dynamiques démographiques, à la circulation des hommes et des biens, à l'évolution des systèmes de villes permettra de construire une base de données interdisciplinaire dont l'objectif sera de construire des séries temporelles. L'analyse croisée des séries devra permettre d'identifier les points de ruptures et de mesurer et hiérarchiser les déterminants de la variabilité spatiale de la diffusion.

Ces travaux se feront à l'aide de travaux de terrains comportant tant des activités de piégeages que des enquêtes qualitatives et quantitatives auprès des populations et des acteurs à l'aide de questionnaires et de guides d'entretiens. Enfin, dans les espaces récemment colonisés, une approche aux échelles domiciliaires et péri-domiciliaires permettra d'identifier l'habitat et l'habiter responsables du fonctionnement ou non du système pathogène. Les populations échantillonnées feront l'objet de prélèvements sanguins, de questionnements sur les pratiques de l'espace et de description de leur espace de vie.

L'ensemble des données sera analysé à l'aide de systèmes d'informations géographiques, de statistiques multiniveaux et de statistiques bayésiennes. La génétique des rongeurs permettra de croiser la proximité des populations avec la distance géographique et les voies et pratiques de communication et de circulation.

## Résultats

Ce projet a tenu sa réunion de lancement du 31 janvier au 1<sup>er</sup> février 2012.

## Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du Programme "Changements Environnementaux Planétaires et Sociétés" 2011.

## Partenaires

UMR912 INSERM-IRD-Université de la Méditerranée (SE4S) ; UMR 022 Centre de Biologie et de Gestion des Populations (CBGP) ; UMR 8586 Pôle de Recherche pour l'Organisation et la Diffusion de l'Information Géographique (PRODIG) ; Institut Pasteur de Dakar.



### 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 notamment sur un partenariat privilégié avec l'Unité Mixte de Recherche INSERM - IRD - Aix-Marseille Université (UMR912) qui a fusionné, depuis le 1er janvier 2012 avec le Laboratoire d'Enseignement et de Recherche sur le Traitement de l'Information Médicale (LERTIM) pour devenir l'UMR912 SESSTIM "Sciences Economiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale", toujours dirigée par le Pr Jean-Paul Moatti.

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

- l'équipe ESSEM "Environnements, Systèmes de santé et Maladies transmissibles", associant des chercheurs et enseignants-chercheurs, décline deux axes de recherche intégrant la perspective de s'intéresser aux situations que rencontrent les pays du Nord comme ceux du Sud et mobilisant de larges compétences en sciences économiques et sociales, santé publique et bio-statistiques : la prise en charge globale (médicale et psychosociale) des maladies transmissibles, dans leurs dimensions individuelles et institutionnelles, et dans des contextes d'innovations médicales ; les effets et les leviers des interventions de prévention.
- l'équipe CRISSPOP "Chronicisation du risque santé, système de soins et politiques publiques", associant des économistes et des épidémiologistes, se structure autour de trois thématiques principales : soins de long-terme et l'étude des solidarités intergénérationnelles face à la dépendance ; mutations des attitudes, comportements et pratiques des soignants face à la chronicisation ; attitude des populations face à la chronicisation : impacts sociaux et réponses de politique publique.

Par ailleurs, depuis fin 2007 et dans le cadre du Cancéropôle PACA, une équipe de l'ORS s'est rapprochée de l'équipe CAN-BIOS "Cancers, Biomédecine & Société" de l'UMR912, basée sur le site de l'Institut Paoli Calmettes et travaillant en collaboration avec des cliniciens et biologistes. Cette équipe CAN-BIOS décline trois thèmes de recherche : le premier axé sur la prédiction et la prévention des cancers ; le second autour des enjeux des nouvelles thérapeutiques en cancérologie ; le troisième sur les questions liées à l'efficacité thérapeutique et à la survie.

## Partenariat avec des équipes de recherche et réseaux professionnels

### • **Université du Québec à Montréal (UQAM)**

L'équipe a établi un partenariat avec l'Université du Québec à Montréal (UQAM), en particulier avec l'équipe de Joanne Otis. Il s'agit de construire et d'analyser des questionnaires de satisfaction et comportementaux qui ont été introduits dans l'évaluation de nouveaux systèmes de dépistage communautaires en France, à l'aide de tests rapides.

### • **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)).

### • **Université Cadi Ayyad, Faculté des Sciences Semlalia, Laboratoire d'Ecologie Humaine, Département de Biologie - Marrakech, Maroc**

Dans le cadre d'une recherche sur le partage du statut sérologique des personnes infectées par le VIH, nous travaillons en collaboration avec des chercheurs de l'université.

### • **Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille - Institut D'Economie Publique (GREQAM-IDEP), World Health Organization - Eastern Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO), Health Economics and HIV/AIDS Research Division of the University of KwaZulu-Natal (HEARD-UKZN), Institute of Community and Public Health-Birzeit University (ICPH-BZU), National Institute of Labour and Social Studies-University of Carthage Tunis (INTES-UCT)**

Un partenariat avec ces équipes a été mis en place dans le cadre du projet «Evaluation des inégalités de santé et d'accès aux soins dans les pays Africains et du Moyen-Orient : problèmes de mesure et d'interprétation» qui se propose de contribuer au débat scientifique sur l'équité en santé dans les PED.

### • **Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction de la santé de la famille - Ouagadougou, Burkina Faso**

La Direction de la santé de la famille du Ministère de la santé du Burkina Faso abrite tous les programmes nationaux ayant trait à la santé sexuelle et reproductive et à la santé maternelle. Elle est en particulier en charge des programmes de lutte contre la mortalité maternelle et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'équipe collabore avec cette direction en particulier pour le projet sur la PTME.

### • **Université de Ouagadougou, UFR Sciences de la Santé - Burkina Faso**

L'unité de formation et de recherche en sciences de la santé de l'Université de Ouagadougou abrite en particulier le site ANRS Sud du Burkina Faso. Elle est la structure de recherche partenaire pour la santé publique et l'épidémiologie des recherches sur la PTME.

### • **Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL) - Université de Ouagadougou, Burkina Faso**

Un partenariat a été établi dans le cadre du projet «Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)», financé par l'ANRS.

### • **Institut Supérieur de Management Public (ISPM) - Yaoundé, Cameroun**

Un partenariat a été établi dans le cadre du projet «Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)», financé par l'ANRS.

### • **Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE) - Yaoundé, Cameroun**

Un partenariat a été établi avec la FPAE dans le cadre de nombreux projets dont le projet «Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)», et le projet «Corus Santé».

### • **Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC) - Yaoundé, Cameroun**

Collaboration dans le cadre du nouveau projet EVOLCAM en cours de préparation "Evolutions du programme camerounais d'accès aux ARV face à la prise en charge des comorbidités (VIH et tuberculose ou hépatite B ou hépatite C) et des échecs thérapeutiques à Yaoundé et Douala".

### • Institut Africain de la Gouvernance - Dakar, Sénégal

Un partenariat établi en juillet 2010 a abouti à la mise en place du projet «Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)», financé par l'ANRS.

### • Africa Centre for Health and Population Studies - KwaZulu-Natal, Afrique du Sud

Institut de recherche de l'Université du KwaZulu-Natal dont les activités portent sur l'épidémiologie et la prévention du VIH ([www.africacentre.com](http://www.africacentre.com)).

Un partenariat avec les équipes de l'Africa Center a été mis en place dans le cadre de l'essai ANRS 12249 TasP (Treatment as Prevention) dont l'objectif est d'évaluer l'impact sur l'incidence du VIH en milieu rural en Afrique du Sud d'une stratégie de traitement antirétroviral immédiat (versus une stratégie de traitement basé selon les recommandations de l'OMS).

### • Open Society Institute

Collaboration avec Daniel Wolfe, Directeur de l'International Harm Reduction Development, dans le cadre de l'organisation d'un cours international «Accès aux ARV pour les usagers de drogues».

### • Centre de recherche sur les addictions, Columbia University, New-York

Collaboration sur différents articles à travers un soutien méthodologique ayant abouti à plusieurs publications dans des journaux à comité de lecture (Addiction). Les données analysées sont issues d'études expérimentales sur des usagers de drogues dépendants aux opiacés.

### • 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 travaille 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. Après avoir permis la valorisation d'une enquête de terrain auprès des HSH à Douala, l'équipe réfléchit désormais avec la coalition Plus et l'Unité IRD de Montpellier à la mise en place d'une cohorte d'HSH en Afrique sub-saharienne.

### • Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) : ITMO Santé Publique et ITMO Cancer

L'Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé, AVIESAN, a confié aux Instituts thématiques multi-organismes (ITMO) une mission de coordination des opérateurs nationaux de la recherche. Dix Instituts thématiques multi-organismes ont été mis en place, au nombre desquels figurent :

- l'ITMO Santé Publique qui a pour mission de faciliter et de coordonner l'activité des équipes de recherche qui développent des travaux consacrés à la santé publique ou à la recherche clinique.
  - l'ITMO Cancer qui a pour mission de travailler, avec ses collègues des différents organismes, à la réflexion sur la politique de site (création des unités, recrutements...) et à la stratégie scientifique dans le domaine du cancer.
- L'équipe est représentée au sein du comité d'experts de l'ITMO Cancer et à la direction de l'ITMO Santé Publique.

### • 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 2400 médecins généralistes libéraux en France métropolitaine, avec trois sur-échantillons en Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La logistique d'enquête est assurée par la cellule d'enquête de l'ORS. Cinq vagues d'enquête sont prévues. Le questionnaire des vagues d'enquête n°1, 3 et 5 sera élaboré par les chercheurs et chargés d'études.

### • L'Institut National du Cancer (INCa)

Depuis 2010, l'INCa a initié la deuxième enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique ; il contribue, comme membre du comité de pilotage, à la réalisation et au suivi de ce projet.

### • **Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)**

Une chercheur de l'équipe est membre de la commission spécialisée "Prévention, Education et Promotion de la Santé" (CSPEPS) qui réunit l'expertise scientifique nécessaire à l'analyse des déterminants individuels et collectifs des comportements affectant la santé et à l'évaluation des interventions susceptibles de soutenir et de renforcer les capacités des individus et des populations à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci.

### • **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. Il est composé d'une vingtaine de personnalités scientifiques reconnues pour leurs compétences dans les domaines de l'environnement et de la santé.

### • **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)**

Participation au groupe de travail «Indicateurs Bruit et Santé» chargé de synthétiser les connaissances sur les effets du bruit sur la santé : lecture et évaluation des données scientifiques disponibles, auditions d'experts et d'acteurs de terrain, rédaction d'un rapport officiel.

### • **Greg HEC (laboratoire d'économie), Université Paris-Sorbonne, Jouy-en-Josas**

Collaboration scientifique dans le cadre du projet CORIMU (communication sur les risques multiples) financé par l'INPES.

### • **Groupe de recherche en Psychologie Sociale (GRéPS), Université Lumière Lyon 2**

Ce laboratoire de recherche s'intéresse aux problématiques de santé en apportant un regard psychosocial permettant une meilleure compréhension des constructions de sens autour de la représentation de la maladie et des comportements de santé.

### • **Laboratoire de Psychologie des Pays de Loire (LPPL), Université de Nantes**

Dans le cadre de travaux sur la perception des liens entre risque, qualité de vie et environnement, nous développons une collaboration de recherche sur un projet ANR.

### • **Laboratoire d'Excellence Aix-Marseille School of Economics (LabEx AMSE, dir. Alain Trannoy)**

Aix-Marseille School of Economics a pour but d'impulser à Aix-Marseille, autour des trois principaux laboratoires de recherche en sciences économiques (GREQAM, DEFI et SESSTIM), une dynamique scientifique dédiée aux problèmes de la globalisation et de son impact sur les politiques publiques. La dimension santé (santé globale) y est traitée par les chercheurs INSERM, IRD et ORS, notamment pour ce qui concerne les travaux portant sur les pays en développement (Maghreb, Afrique Subsaharienne,...). L'AMSE bénéficie du soutien des différentes tutelles présentes à Marseille : Aix-Marseille Université, EHESS, CNRS, INSERM, Ecole Centrale Marseille et IRD. Son activité est consultable sur le site : <http://www.amse-aixmarseille.fr>

L'équipe de l'ORS-SESSTIM est largement représentée au sein de l'AMSE, et trois de ses membres siègent au Comité de Direction du LabEx.

### • **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 DIRECCTE et la Région PACA**

Les médecins épidémiologistes / santé publique de l'ORS PACA, un médecin inspecteur régional du travail, 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 CARSAT-SE, un médecin généraliste de l'URPS ML, 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.

### • **Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur**

L'équipe de l'ORS a collaboré avec le CRES pour réaliser des formations aux outils OSCARS (Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) et SIRSéPACA (Système d'Information Régional en Santé PACA). L'objectif de ces formations est de faciliter l'accès aux données sur l'état de santé des populations, d'identifier les actions contribuant à répondre aux priorités de santé publique de la région PACA et de permettre aux acteurs, aux décideurs et financeurs de partager ces informations grâce à des outils accessibles.

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

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](http://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), information sur le réseau de maintien dans l'emploi à mobiliser en cas de diminution des capacités physiques/psychiques des patients.

### • **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». En 2011, des articles valorisant la dernière enquête ont été conduits grâce à la collaboration avec notre équipe. L'équipe est impliquée depuis 2008 avec AIDES dans un projet phare de dépistage rapide auprès des gays, le projet DRAG, financé par l'ANRS.

### • **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.

Une deuxième collaboration est engagée depuis 2011 avec la FNORS et le réseau ONCOPACA pour la réalisation d'une étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon (2011) et des cancers colo-rectaux et de la prostate (2012).

Par ailleurs, depuis fin 2009, une collaboration a été instaurée avec le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA), concrétisée en 2010 et en 2011 par la présentation du SISTEPACA aux coordinateurs des centres de coordination en cancérologie «3C» afin de les informer sur les cancers professionnels et sur le réseau de maintien dans l'emploi à mobiliser pour aider leurs patients. Des liens entre les deux sites internet du SISTEPACA et d'ONCOPACA-Corse ont été établis. Des réunions de formation médicale continue sur les cancers professionnels vont être organisées à l'attention de cancérologues et de médecins généralistes du réseau ville-hôpital. D'autres professionnels de la prise en charge du cancer seront sensibilisés (infirmier(e)s, assistant(e)s sociales).

### • **Caisses d'assurance maladie (niveau régional) : 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.

### • **Caisses d'assurance maladie (niveau national) : CNAMTS, MSA, RSI**

Les trois principaux régimes d'assurance maladie contribuent, comme membres du comité de pilotage, à la réalisation et au suivi de la deuxième enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique.

### Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- Unité INSERM 897 de Bordeaux pour les cohortes APROCO-COPILOTE et HEPAVIH, et pour le futur projet TASP (Treatment as prevention)
- Unité INSERM 687 de Villejuif pour le projet VESPA 2010, et le futur projet TASP
- Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) dans le contexte du contrôle des overdoses de l'étude Méthaville
- Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) PACA Ouest-Corse et PACA Est
- 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
- Unité INSERM SC10 de Villejuif pour le projet d'intervention de prophylaxie pré-exposition (IPERGAY), et sur les analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques ou des cohortes (essai EASIER, cohorte COVAC)
- Unité INSERM 720 (Dominique Costagliola) sur des analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques (essai Racknral, essai Tipi) ainsi que sur l'étude ANRS EP 49 EVARIST visant à déterminer les discordances entre virémie plasmatique et virus dans le sperme chez des HSH séropositifs contrôlés et les facteurs socio-comportementaux associés.
- Unité INSERM 822 sur la cohorte HIC décrivant le vécu des personnes séropositives contrôlant spontanément leur maladie sans traitement (Laurence Meyer, Olivier Lambotte)
- Institut Paoli Calmettes (Pr Viens, Dr Rousseau, Dr Extra, Dr Camerlot, Dr Ben Soussan, Dr Huiart, Dr Returnaz, Dr Provensal) dans le cadre des cohortes ELIPPSE
- Institut Paoli-Calmettes dans le cadre du projet CritEff qui consiste à connaître les critères d'efficacité à retenir lors de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) selon diverses populations (oncologues, patients, population générale, industrie pharmaceutique et décisionnaire) pour les traitements des cancers métastatiques.
- Service de Cardiologie (Dr Cuisset Thomas et Dr Quilici Jacques) de l'Hôpital de la Timone, Marseille.
- 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), l'essai de 2<sup>ème</sup> ligne de traitement en Afrique 2-LADY, et la réflexion en cours sur le futur projet de cohorte HSH en Afrique.
- Jewish Hospital (Unité du Pr Mark Wainberg) à Montréal pour le projet de dépistage rapide auprès des gays (DRAG)
- Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Louis à Paris pour le projet de prévention pré-exposition IPERGAY.
- 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".
- Service d'imagerie médicale de l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal)
- Service d'imagerie médicale du CHU de Fann (Dakar, Sénégal)
- Coronel Institute of Occupational Health (Dr Angela de Boer), Academic Medical Centre, Université d'Amsterdam, Pays-Bas
- Service des maladies infectieuses du CHU de Casablanca, Maroc
- Service de Médecine Interne de l'hôpital du Kremlin Bicêtre et le Service d'Epidémiologie et de Santé Publique INSERM U822 dans le cadre de l'étude HIV Controller (Vivre à la frontière de la santé et de la maladie : Vécu, qualité de vie et comportements sexuels des patients « HIV controller » en France).
- Laboratoire de Virologie de Hôpital Necker-Enfants-Malades (Pr C. Rouzioux), Unité INSERM 943 (Dr D. Costagliola), et Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre (Dr J. Ghosn) dans le cadre du projet ANRS EP 49 EVARIST
- Laboratoire de Recherche de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche (EPS) dans le cadre de l'étude WEBTEST sur le recours aux tests de dépistage VIH achetés sur Internet et les enjeux psychologiques associés.
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York

# 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° 18 "Recherches en prévention", 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", n°5-24 "Essais cliniques de la co-infection VIH-hépatites", groupe socio-comportemental sur les essais cliniques, n° 27 "Recherches socio-économiques sur la santé et l'accès aux soins dans les pays du sud"
- Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) : ITMO Santé Publique et ITMO Cancer
- Conseil National du Sida (CNS)
- 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 d'expertise de l'appel à recherches « Handicap et perte d'autonomie » de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à projet permanent de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise de l'appel à projet permanent CNSA - MiRe/DREES
- Ministère de la Santé - Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans le cadre de l'expertise pour l'appel à projet «Recherche Clinique Translationnelle»
- Commission spécialisée du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) "Prévention, éducation et promotion de la santé" (CSPEPS)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- Comité scientifique de l'Association Française pour la Prévention des Catastrophes Naturelles
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

### Structures régionales

- Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA)
- Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRSA PACA) : commission permanente de la CRSA, commission spécialisée dans le domaine de la prévention, et commission spécialisée dans le domaine de l'organisation des soins
- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- Conseil d'administration de l'Institut Paoli Calmettes
- Comité scientifique de la Faculté de Médecine de Marseille
- Comité de direction de l'Aix Marseille School of Economics (AMSE)
- Comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)
- Comité régional des risques psycho-sociaux de la DIRECCTE
- Comité d'orientation de l'Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT Méditerranée)
- Comité scientifique de la Charte régionale de coopération pour le maintien dans l'emploi
- Institut de la Maladie d'Alzheimer
- Cancéropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté de Médecine de Marseille, Université Aix-Marseille II

### **Appartenance à des Sociétés savantes**

- Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé (AMADES)
- Association Des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)
- Association Française pour la Prévention des Catastrophes Naturelles (AFPCN)
- Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA)
- Association pour le développement de l'Epidémiologie de Terrain (EPITER)
- Collège des Economistes de la Santé (CES)
- International Health Economic Association (IHEA)
- International AIDS Society
- Preference Group Elicitation (PEG)
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse

### **Activité de reviewing d'articles**

- Addiction
- Addictive Behaviors
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- Annales of Internal Medicine
- Applied Economics
- Autrepart
- BMC Public Health
- Bulletin de l'AMADES
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale
- China Economic Review
- Drug and Alcohol Dependence
- Economie et Statistique
- Economie Publique
- Family Practice
- HIV Clinical Trials
- International Journal of Drug Policy
- Journal of AIDS
- Journal of Antimicrobial Chemotherapy
- Journal of Antivirals & Antiretrovirals
- Journal of Happiness Studies
- Journal of Psychosomatic Research
- Nature, Sciences, Sociétés
- PLOS ONE
- Pratiques et Organisation des soins
- Quality of Life Research
- Retraite et Société
- SAHARA
- Santé Publique
- Social Science and Medicine
- Visual Anthropology

## Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2011

### Au niveau local

- Les Régionales de cancérologie. Plénière sur les cancers professionnels, et sur le retour à l'emploi après cancer - Toulon : 2 décembre 2011
- 1<sup>ère</sup> Rencontres régionales sur la douleur - Marseille : 18 octobre 2011
- 5ème Congrès Francophone d'Epidémiologie Clinique - EPICLIN - Marseille : 5-6 mai 2011
- Table ronde : comment développer des filières agricoles méditerranéennes qui soient écologiquement, économiquement et nutritionnellement durables ? - Marseille : 3 mai 2011
- Les maladies respiratoires chroniques en milieu de travail : quels enjeux, quelles actions ? - Conférence de presse organisée par l'ORS PACA - Marseille : 22 avril 2011
- Conférence Les Horizons du Savoir « Peut-on faire l'économie de la science ? » - Marseille : 12 avril 2011
- Colloque « Mieux vivre avec une maladie chronique en région PACA » - Marseille : 31 mars 2011
- Conférence "La santé des étudiants - Etats des lieux, enjeux sociaux et perspectives psychopathologiques" - Nice : 3 février 2011
- Colloque « La qualité atout ou contrainte pour les établissements de santé » - Marseille : 21 janvier 2011

### Au niveau national et international

- SRA 2011 Annual Meeting - Charleston, USA : 4-7 décembre 2011
- 13th World Congress IPOS - Antalya, Turquie : 16-20 octobre 2011
- ECCO 16 - ESMO 36 - ESTRO 30 - The European Multidisciplinary Cancer Congress Integrating basic & translational science, surgery, radiotherapy, medical oncology & care - Stockholm : 23-27 septembre 2011
- 25th European Health Psychology Conference "Engaging with Other Health Professions: Challenges and Perspectives" - Hersonissos, Crete, Greece : 20-24 septembre 2011
- The 10th International Conference Aids Impact - Sante Fe, New Mexico, USA : 12-15 septembre 2011
- EASA Conference on medical pluralism : techniques, politics, institutions - Rome, Italie : 7-10 septembre 2011
- 10th Conference of the European Sociological Association - Genève, Suisse : 7-10 septembre 2011
- Fourth meeting of the Society for the Study of Economic Inequality (ECINEQ) - Catane, Italie : 18-20 juillet 2011
- 6th IAS Conference on HIV pathogenesis, treatment and prevention - Rome, Italie : 17-20 juillet 2011
- iHEA 8th World Congress 2011 - Toronto, Canada : 10-13 juillet 2011
- CERDI 11 - 3ème colloque international - financement de la santé dans les pays en développement et émergents - Clermont-Ferrand : 11-13 mai 2011
- IX e Congrès de la Société de Radiologie d'Afrique Noire Francophone (SRANF) « L'imagerie médicale au cœur du développement sanitaire en Afrique noire francophone » - Lomé : 4-6 mai 2011
- 3ème rencontres parlementaires sur les vaccins - Paris : 4 mai 2011
- Tenth Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry : Mental health policy and economics - Venise : 25-27 mars 2011
- The 15th International Workshop on HIV Databases - Prague : 24-26 mars 2011
- XXIVème Congrès National EMOIS - Nancy : 17-18 mars 2011
- CES Conférence sur les aidants - Paris : 8 février 2011
- 15ème Congrès de Pneumologie - Lille : 28-31 janvier 2011
- VIème Congrès de psychologie de la santé de langue française - Chambéry : 12-14 janvier 2011

## Activité de valorisation

En 2011, l'équipe a permis la publication de :  
70 articles scientifiques  
24 ouvrages ou chapitres d'ouvrages



### 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 (1ère et 2ème 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 2011, l'équipe a participé à divers enseignements :

- Master de Santé Publique et Management de la Santé, spécialité «Méthodes en évaluation thérapeutique», module «Traitement de l'infection par le VIH» (Faculté de médecine Xavier Bichat, Paris)
- Master de Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes
- Master of Public Health, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes
- Master de santé publique (Université Lumière Lyon2)
- Master «Expertise et Ingénierie des Systèmes d'Information en Santé» (EISIS), module OPT 4 : Epidémiologie (Faculté de médecine de la Timone, Université Aix-Marseille)
- Master en Sciences Sociales, 1ère année, sur le thème «Analyse statistique de données» (Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESP) - Marseille)
- Master Mathématiques Appliquées et Sciences Sociales (MASS), 2ème année, sur le thème «Analyse statistique des données longitudinales» (Université de la Méditerranée et Université de Provence)
- Master Economie, Gestion et Politiques Publiques, 1ère année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Master recherche Psychologie, 3ème cycle, module Psychologie (Université Lumière Lyon2)
- Master professionnel Psychologie Sociale Appliquée, 3ème cycle, module Psychologie (Université Lumière Lyon2)
- Master professionnel Anthropologie des métiers du développement durable (Université de Provence, Aix-Marseille 1)
- Master Ressources Humaines - Cadre de santé, 1ère année (Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté de Sciences Economiques et de Gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II)
- Licence Administration Economique et Sociale, 1ère année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Licence Economie et Management, 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année (Faculté de Sciences Economiques et Gestion, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II)
- Diplôme Universitaire «Cours International sur l'Infection VIH et autres IST dans les pays à ressources limitées» (Département de Santé Tropicale, IMEA, Faculté de Médecine Denis Diderot Paris 7, site Xavier Bichat)
- Module interprofessionnel de Santé Publique (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes)
- Formation à l'Economie de la Santé (Institut de Formation des Cadres de Santé, Aix-en-Provence)
- Formation à l'Economie de la Santé (IFSI, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA), Toulon)
- Formation à l'Economie de la Santé (IFSI, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille)
- Formation Médicale Continue «Education sanitaire et lutte contre les infections sexuellement transmissibles» (Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées, Marseille)
- 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 :
  - «Place du médecin généraliste face aux souffrances psychiques liées au travail»
  - «La prise en charge des cancers professionnels en médecine générale»
  - «Tumeurs des voies urinaires : évoquer une origine professionnelle»
  - «Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en médecine générale»
  - «Les maladies respiratoires d'origine professionnelle en pneumologie»
  - «La prise en charge des maladies de l'amiante»
  - «Le maintien dans l'emploi»
  - «Accidents du travail et maladies professionnelles : démarches administratives»

### Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2011 au sein de la plateforme ORS-SE4S :

#### THÈSES SOUTENUES

- Sophie Thiebaut, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 03 novembre 2011  
Thèse : «Maladies chroniques et perte d'autonomie chez la personne âgée à domicile : trois analyses micro-économiques et économétriques du comportement de recours aux soins»  
(directeurs de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEF, A. Trannoy, GREQAM-IDEF)
- Isabelle Clerc, Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 09 décembre 2011  
Thèse : «Modèles multiniveaux pour l'analyse des comportements de santé : quatre illustrations concernant l'offre et la demande de soins»  
(directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Aix-Marseille Université, B. Ventelou, GREQAM-IDEF)

#### THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Emilie Guyon, Aix-Marseille Université  
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)
- Gilbert Ndziessi, Aix-Marseille Université  
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)
- Muhammad Asim Afridi, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2012  
Thèse : «The macroeconomic impact of policies sustained by the global fund to fight against HIV-AIDS, tuberculosis and malaria»  
(directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Aix-Marseille Université, B. Ventelou, GREQAM-IDEF)
- Aurélie Tison, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2014  
Thèse : «La décision sur le marché du travail dans un contexte de double incertitude économique et sanitaire : les travailleurs indépendants face au cancer»  
(directeurs de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEF, A. Paraponaris, Aix-Marseille Université)

#### INTERNES EN MEDECINE

- Kamal El Farouki, Interne en médecine, Faculté de Médecine de Marseille
- Sébastien Prost, Interne en médecine, Faculté de Médecine de Marseille

### **MASTERS, LICENCES**

- Thomas Bayeux, Master 2 Etudes quantitatives pour la décision économique (MQEDE), Université Lumière Lyon 2
- Elise Bellier, Master 2 Psychologie sociale de la santé, Université de Provence Aix-Marseille I
- Noémie Dekeuwer, Master 2 Psychologie sociale de la santé, Université de Provence Aix-Marseille I
- Aurélie Emma, Master 1 Mathématiques appliquées et sciences sociales (MASS), Université de Provence Aix-Marseille I
- Cédric Fiorino, Master 2 Génie statistique et informatique, Université de Provence Aix-Marseille I
- Pauline Foti, Master 2 Epidémiologie, Université Paris Sud 1
- Valérie Ilardi, Magistère ingénieur économiste, Master Ingénierie économique et financière, Université de la Méditerranée Aix-Marseille II
- Mattias Mano, Licence Mathématiques appliquées et sciences sociales (MASS), Université de la Méditerranée Aix-Marseille II
- Jean-Marc Manzi, Master 2 Psychologie sociale de la santé, Université de Provence Aix-Marseille I
- Audrey Michel-Lepage, Magistère ingénieur économiste, Master Ingénierie économique et financière, Université de la Méditerranée Aix-Marseille II
- Maryan Morel, Magistère économiste statisticien, Université de Toulouse 1 Capitole
- Sara M'Rad, Master 1 Psychologie sociale de la santé, Université de Provence Aix-Marseille I
- Alberto Soto Aladro, Master 2 Compétences complémentaires en informatique, Université Paul Cézanne Aix-Marseille III
- Caroline Tassy, Master 1 Psychologie sociale de la santé, Université de Provence Aix-Marseille I
- Vanessa Taieb, Stage d'application en statistique, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Pascale Ulpat, Licence professionnelle Gestion et traitement statistique de bases de données (GTSBD), Université de la Méditerranée Aix-Marseille II



## Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé

- Président :  
**M. Michel Vauzelle**  
Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Vice-Présidents :  
**M. Norbert Nabet**  
Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Dr Vincent Sciortino**  
Médecin conseil régional, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- Secrétaire Général :  
**Dr Pierre Souvet**  
Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Secrétaire Général adjoint :  
**Mme Anne Mesliand**  
Conseillère régionale, Présidente de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics
- Trésorier :  
**M. Bernard Malaterre**  
Membre de l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
- Trésorier adjoint :  
**Dr Pierre Albarrazin**  
Membre du Conseil Economique et Social Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Membres du Bureau  
**M. Philippe Brun**  
Collectif Inter associatif Sur la Santé  
**M. Daniel Marchand**  
Directeur Stratégie et Prospective, Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Un représentant de l'Union Régionale des Professions de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

## 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

M. Michel Vauzelle, Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant, membre de droit

M. Hugues Parant, Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant, membre de droit

### Au titre de l'Etat

- Agence Régionale de Santé (ARS PACA)
  - M. Norbert Nabet, Directeur général adjoint
  - M. Daniel Marchand, Directeur Stratégie et Prospective
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE Paca)
  - M. Gérard Sorrentino, Directeur régional
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS Paca)
  - M. Jacques Cartiaux, Directeur régional
- Rectorat Académie Aix-Marseille
  - M. Jean-Paul de Gaudemar, Recteur

### Au titre du Conseil Régional

Mme Anne Mesliand, Conseillère régionale, Présidente de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics

M. Ladislav Polski, Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics, Membre de la Commission Aménagement et Développement des Territoires et du Massif, Foncier, Habitat et Logement

Dr Pierre Souvet, Conseiller régional, Membre de la Commission Solidarités, Prévention et Sécurité, Santé et Services Publics

Mme Danièle Tubiana, Conseillère régionale, Membre de la Commission Développement Durable, Environnement, Energie et Climat, Membre de la Commission Relations Internationales, Europe et Euro-Région

### Au titre du Conseil Economique et Social Régional

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

### Au titre des Organismes de Sécurité Sociale

- Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Sud-Est (CARSAT-SE)
  - M. Jean-Louis Thierry, Directeur régional
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
  - Dr Vincent Sciortino, Médecin conseil régional

### Au titre des Universités / Facultés

- Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II)
  - Pr Yvon Berland, Président
- Faculté de Médecine de Marseille
  - Pr Georges Leonetti, Doyen
- Faculté de Médecine de Nice
  - Pr Daniel Benchimol, Doyen

### Deuxième Collège

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

#### **Au titre des Etablissements hospitaliers publics**

- Fédération Régionale PACA - Fédération Hospitalière de France  
M. Jean-Michel Budet, Délégué Régional

#### **Au titre des Etablissements hospitaliers privés**

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

#### **Au titre des Organismes de recherche bio-médicale**

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM Paca)  
M. Dominique Nobile, Délégué régional

#### **Au titre de l'Union régionale des professions de santé**

- Union régionale des professionnels de santé Médecins Libéraux  
Dr Jean-François Giorla, Président
- Union régionale des professionnels de santé (Pharmaciens / Infirmiers / Chirurgiens-dentistes)  
Un représentant

#### **Au titre des Associations du secteur sanitaire et social**

- Comité Régional d'Education pour la Santé (GRES)  
Pr Jean-Marc Garnier, Président
- Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)  
M. Bernard Malaterre, Délégué
- Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)  
M. Philippe Brun, Trésorier du CISS
- Dispositif Régional d'Observation Sociale PACA (DROS)  
Mme Bernadette Melmont, Directeur adjoint de la Caisse d'Allocation Familiales des Bouches du Rhône
- Coordination des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (CODERPA PACA)  
M. Jocelyn Eledjam, Délégué régional
- Centre interRégional d'Etude, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation (CREAI)  
M. Serge Davin, Vice-président
- Croix Rouge Française (CRF), Délégation régionale PACA  
Mme Simone Long, Présidente

#### **Au titre de la Mutualité**

- Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Mme Bérengère Dalbiès

#### **Au titre des Confédérations syndicales**

- Confédération Générale du Travail (CGT)  
Mme Isabelle Crouzet-Godard
- Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)  
Mme Maria-Isabel Léon
- Fédération Syndicale Unitaire (FSU)  
M. Jean-Paul Beauquier
- Union Régionale de la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)  
M. Gérard Malventi

#### **MEMBRES CONSULTANTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral  
M. Mario Barsamian, Président de l'Observatoire Régional des Métiers (ORM)  
M. Raoul Stiou, Délégué régional de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF)

## L'équipe sur le site 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 épidémiologiste, 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 épidémiologiste,  
Directeur-adjoint de l'ORS  
Tél: 04 91 59 89 01  
pierre.verger@inserm.fr

### Equipe administrative et technique

ADAM Marie-Odile  
Adjointe administrative  
Tél: 04 91 59 89 06  
marie-odile.adam@inserm.fr

COULON Bruno  
Infographiste  
Tél: 04 91 59 89 21  
bruno.coulon@inserm.fr

GIOVANNINI-GOZZI 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

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

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

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

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

### **Equipe Observation et territoire**

#### **Responsable 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 épidémiologiste  
Chargée d'études ORS  
Tél: 04 91 59 89 07  
sandrine.arnaud@inserm.fr

CANTITEAU Caroline  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 91 13 41 13  
caroline.cantiteau@inserm.fr

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

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

FERONI Isabelle  
Sociologue  
Maître de conférence - Université de Nice-Sophia Antipolis  
Tél: 04 91 59 89 07  
isabelle.feroni@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 épidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA  
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS  
Tél: 04 91 59 89 06  
yolande.obadia@inserm.fr

SALIBA Marie-Laure  
Sociologue  
Ingénieur d'études ORS/INSERM  
Tél: 04 91 13 41 10  
marie-laure.saliba@inserm.fr

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

### **Equipe Cancers, biomédecine & société (CAN-BIOS)**

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

BERENGER Cyril  
Data-Manager/Statisticien  
Ingénieur d'études ORS/INSERM  
Tél: 04 91 13 41 10  
cyril.berenger@inserm.fr

MERESSE Mégane  
Statisticienne  
Technicienne d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 84  
megane.meresse@inserm.fr

PERETTI-WATEL Patrick  
Sociologue  
Chargé de recherche INSERM  
patrick.peretti-watel@inserm.fr  
rabayroll@marseille.fnclcc.fr

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

SALIBA Marie-Laure  
Sociologue  
Ingénieur d'études ORS/INSERM  
Tél: 04 91 13 41 10  
marie-laure.saliba@inserm.fr

### **Equipe Environnements, systèmes de santé et maladies transmissibles (ESSEM)**

#### **Responsable(s) d'équipe**

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

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

#### **Composition de l'équipe**

ABU-ZAINEH Mohammad  
Economiste  
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 65  
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

ATLANI-DUAULT Laetitia  
Anthropologue  
Directeur de recherche IRD  
Tél: 04 91 59 89 00  
laetitiaatlani@wanadoo.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

BOYER Sylvie  
Economiste  
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 72  
sylvie.boyer@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

GAZIN Pierre  
Médecin épidémiologiste  
Chargé de Recherche IRD  
pierre.gazin@ird.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

LIONS Caroline  
Statisticienne  
Ingénieur d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 78  
caroline.lions@inserm.fr

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

MARCH Laura  
Statisticienne  
Ingénieur de recherche ORS/INSERM  
laura.march@inserm.fr

MERESSE Mégane  
Statisticienne  
Technicienne d'étude ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 84  
megane.meresse@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 épidémiologiste, 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

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

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

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

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

### Post-doctorant(s)

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

DEMANGE Elise  
Politologue  
Post-doctorante  
e.demange@gmail.com

GUILLERMET Elise  
Anthropologue  
Post-doctorante  
elise.guillermet@yahoo.fr

TOE Léa  
Anthropologue  
Post-doctorante  
lea\_toe@yahoo.com

### Doctorant(s)

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

BALONDJI Steeve  
Doctorant en anthropologie  
balondjisteeve@yahoo.fr

DELPEU Marion  
Doctorante en ethnologie  
mariondelpeu@hotmail.com

HERMANN Judith  
Doctorante en anthropologie  
Bourse Sidaction  
yodit\_her@yahoo.fr

LORENTE Nicolas  
Doctorant en santé publique  
Bourse ANRS  
nicolas.lorente@inserm.fr

MBALLA Josiane  
Doctorante en anthropologie  
Bourse ANRS  
joelmballa@yahoo.fr

MEDAH Paule Rachel  
Doctorante en anthropologie  
medchel1@yahoo.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 santé publique  
Bourse ANRS  
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

### **Equipe Chronicisation du risque santé, système de soins et politiques publiques (CRISSPOP)**

#### **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

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

CLERC-URMES Isabelle  
Economiste/Statisticienne  
Ingénieur de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 26  
isabelle.clerc@inserm.fr

DAVIN Bérengère  
Economiste  
Chargée de recherche ORS  
Tél: 04 91 59 89 08  
berengere.davin@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

PULCINI Céline  
Médecin Infectiologue  
Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH)  
Université Nice-Sophia-Antipolis - CHU de Nice  
pulcini.c@chu-nice.fr

SAGAON TEYSSIER Luis  
Economiste  
Ingénieur de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 64  
luis.sagaon-teyssier@inserm.fr

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

VERGER Pierre  
Médecin épidémiologiste,  
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)**

MASSIN Sophie  
Economiste  
Tél: 04 91 59 89 28  
sophie.massin@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

GUYON Emilie  
Doctorante en sciences mathématiques et informatiques  
Bourse doctorale régionale  
Tél: 04 96 10 28 68  
emilie.guyon@inserm.fr

TISON Aurélia  
Doctorante en sciences économiques  
Bourse doctorale ED372  
Tél: 04 91 59 89 00  
aurelia.tison@inserm.fr

### **Plateforme d'enquêtes**

#### **Responsable (s) d'équipe**

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

#### **Composition de l'équipe**

BRAVARD Cyril  
Technicien d'enquête  
Tél: 04 96 10 28 96  
cyril.bravard@inserm.fr

KHAOUANI Samia  
Secrétaire médicale  
Tél: 04 96 10 28 88  
equipe-logistique.ors-paca@inserm.fr

THOMAS Valérie  
Technicienne d'enquête  
Tél: 04 91 63 56 45  
equipe-logistique.ors-paca@inserm.fr



## Articles publiés dans les revues scientifiques

- **Distributive sharing among HIV-HCV co-infected injecting drug users : the preventive role of trust in one's physician**  
Jauffret Roustide, M., Cohen, J., Poisot-Martin, I., Spire, B., Gossop, M., Carrieri, M. P.  
AIDS Care, 2012, 24 (1-2) : 232-8
- **Chronic Q fever detection in the Netherlands**  
Raoult, D., Million, M., Thuny, F., Carrieri, P.  
Clinical Infectious Diseases, 2011, 53 (11) : 1170-1
- **Does HIV-services decentralization against the risk of catastrophic health expenditures ? Some lessons from Cameroon**  
Boyer, S., Abu-Zaineh, M., Blanche, J., Loubiere, S., Bonono, R. C., Moatti, J. P., Ventelou, B.  
Health Service Research, 2011, 46 (6pt2) : 2029-56
- **Non-medical use of opioids among HIV-infected opioid dependent individuals on opioid maintenance treatment : the need for a more comprehensive approach**  
Roux, P., Carrieri, M. P., Cohen, J., Ravaux, I., Spire, B., Gossop, M., D Comer, S.  
Harm Reduction Journal, 2011, 8 : 31
- **Acceptability of an « on-demand » pre-exposure HIV prophylaxis trial among men who have sex with men living in France**  
Lorente, N., Fugon, L., Carrieri, M. P., Andreo, C., Le Gall, J.M., Cook, E., Aboulker, J. P., Capitant, C., Molina, J. M., Spire, B.  
AIDS Care, 2011 : epub ahead of print DOI:10.1080/09540121.2011.626394
- **The role of adherence in virological suppression in patients receiving anti-HBV analogues**  
Sogni, P., Carrieri, M. P., Fontaine, H., Mallet, V., Vallet Pichard, A., Trabut, J. B., Méritet, J. F., Pol, S.  
Antiviral Therapy, 2011 : epub ahead of print doi: 10.3851/IMP1944
- **Prevalence of immunity to hepatitis viruses A and B in a large cohort of HIV/HCV-coinfected patients, and factors associated with HAV and HBV vaccination**  
Winnock, M., Bani Sadr, F., Pambrun, E., Loko, M. A., Lascoux-Combe, C., Garipuy, D., Rosenthal, E., Carrieri, P., Dabis, F., Salmon, D.  
Vaccine, 2011, 29 (47) : 8656-60
- **Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI<sup>2</sup>DE 2009**  
Sogni, P., Carrieri, M. P., Fontaine, H., Vallet Pichard, A., Trabut, J. B., Méritet, J. F., Pol, S.  
Antiviral Therapy, 2011 : published on line doi: 10.3851/IMP1944
- **Transparency in the presentation of trial results may not increase patients' trust in medical researchers**  
Mancini, J., Genre, D., Dalenc, F. L., Mayleuin, F., Martin, A.L., Viens, P., Julian-Reynier, C.  
Clinical trials, 2011 : epub head of print doi: 10.1177/1740774511427063
- **Monitoring of HIV viral loads, CD4 cell counts, and clinical assessments versus clinical monitoring alone for antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon (Stratall ANRS 12110/ESTHER) : a randomized non-inferiority trial**  
Laurent, C., Kouanfack, C., Laborde-Balen, G., Fobang Aghokeng, A., Tchatchueng Mbougua, J. B., Boyer, S., Carrieri, M. P., Mben, J. M., Dontsop, M., Kazé, S., Molinari, N., Bourgeois, A., Mpoudi Ngolé, E., Spire, B., Koulla-Shiro, S., Delaporte, E.  
The Lancet Infectious Diseases, 2011, 11 (11) : 825-33
- **Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI<sup>2</sup>DE 2009**  
Michel, L., Jauffret Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J., Taieb, C., Carrieri, M. P.  
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2011, 39 : 409-12
- **Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfected patients : one more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users**  
Roux, P., Fugon, L., Winnock, M., Salmon-Ceron, D., Lacombe, K., Sogni, P., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P.  
Addiction, 2011, 107 (1) : 152-9
- **Pratiques sportives et usages de drogues**  
Peretti-Watel, P.  
Face à face : regards sur la santé, 2011, 11 : <http://faceaface.revues.org/610>

- **Usefulness of high clopidogrel maintenance dose according to CYP2C19 genotypes in clopidogrel low responders undergoing coronary stenting for non ST elevation acute coronary syndrome**  
Cuisset, T., Quilici, J., Cohen, W., Fourcade, L., Saut, N., Pankert, M., Gaborit, B., Carrieri, M. P., et al.  
The American journal of cardiology, 2011, 108 (6) : 760-5
- **Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns : a cohort and gender analysis in France**  
Legleye, S., Khlaf, M., Beck, F., Peretti-Watel, P.  
Drug and Alcohol Dependence, 2011, 117 (2-3) : 233-41
- **Heterogeneity of cancer patient information seeking behaviors**  
Protiere, C., Moumjid, N., Bouhnik, A. D., Le Corroller-Soriano, A. G., Moatti, J. P.  
Medical decision making, 2011 : epub ahead of print DOI: 10.1177/0272989X11415114
- **Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence – Authors' reply**  
Wolfe, D., Carrieri, P., Dasgupta, N., Bruce, R. D., Wodak, A.  
The Lancet, 2011, 378 (9792) : 666
- **Modeling HIV/AIDS drug price determinants in Brazil : is generic competition a myth ?**  
Meiners, C., Sagaon Teyssier, L., Hasenclever, L., Moatti, J. P.  
PLoS ONE, 2011, 6 (8) : epub ahead of print e23478. doi:10.1371/journal.pone.0023478
- **Obesity-associated gut microbiota is enriched in lactobacillus reuteri and depleted in bifidobacterium animalis and methanobrevibacter smithii**  
Million, M., Maraninchi, M., Henry, M., Armougom, F., Richet, H., Carrieri, P., Valero, R., Raccach, D., Vialettes, B., Raoult, D.  
International Journal of Obesity, 2011 : epub ahead of print doi: 10.1038/ijo.2011.153
- **The burden of HIV experience and care among MSM having an HIV-positive seroconcordant steady partner : a possible research hypothesis. Results from the French Vespa ANRS EN-12 study**  
Suzan-Monti, M., Preau, M., Blanche, J., Cabut, S., Carrieri, M. P., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B.  
Sexually Transmitted Infections, 2011, 87 (5) : 396-8
- **Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working people**  
Legleye, S., Baumann, M., Peretti-Watel, P., Beck, F., Chau, N.  
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2011, 59 (4) : 223-32
- **The global fight against HIV/AIDS : is corruption such a big deal after all ?**  
Moatti, T., Moatti, J. P.  
Aids, 2011, 25 (12) : 1556-8
- **Adjuvant endocrine therapy with tamoxifen in young women with breast cancer : determinants of interruptions vary over time**  
Cluze, C., Rey, D., Huiart, L., Ben Diane, M. K., Bouhnik, A. D., Berenger, C., Carrieri, M. P., Giorgi, R.  
Annals of oncology, 2011 : epub ahead of print doi:10.1093/annonc/mdr330
- **De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids**  
Peretti-Watel, P.  
Cahiers de Nutrition et de Diététique, 2011 : epub ahead of print doi : 10.1016/j.cnd.2011.06.002
- **Soigner le sida en Afrique. Recherche biomédicale et engagement humanitaire**  
Eboko, F.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 497-507
- **Le développement comme laboratoire de l'anthropologie**  
Vidal, L.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 483-95
- **Randomized study of early hospital discharge following autologous blood SCT : medical outcomes and hospital costs**  
Faucher, C., Le Corroller-Soriano, A. G., Esterni, B., Vey, N., Stoppa, A. M., Chabannon, C., Mohty, M., Michallet, M., Bay, J. O., Genre, D., Maraninchi, D., Viens, P., Moatti, J. P., Blaise, D.  
Bone Marrow Transplantation, 2011 : epub ahead of print doi: 10.1038/bmt.2011.126
- **Adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive patients in the Cameroon context : promoting the use of medication reminder methods**  
Roux, P., Kouanfack, C., Cohen, J., Marcellin, F., Boyer, S., Delaporte, E., Carrieri, P., Laurent, C., Spire, B.  
Journal of acquired immune deficiency syndromes, 2011, 57(6S) (1) : S40-3

- **Implementing operational research to scale-up access to antiretroviral therapy for HIV infection : lessons learned from the Cameroonian experience**  
Boyer, S., Koulla-Shiro, S., Abe, C., Spire, B., Moatti, J. P.  
Current opinion in HIV and AIDS, 2011, 6 (4) : 239-44
- **Individual and structural factors associated with HIV status disclosure to main partner in Cameroon : ANRS 12-116 Eval survey, 2006-2007**  
Suzan-Monti, M., Blanche, J., Bile, P. C., Koulla-Shiro, S., Abu-Zaineh, M., Marcellin, F., Boyer, S., Carrieri, M. P., Spire, B.  
Journal of acquired immune deficiency syndromes, 2011, 57 (S1) : S22-S26
- **Reduced delays to first HIV consultation after diagnosis in France in the ART era : the possible role of a free care system (letter to the Editor)**  
Suzan-Monti, M., Fugon, L., Marcellin, F., Carrieri, M. P., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B.  
HIV medicine, 2011, 12 (6) : 383-4
- **Evaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers pour l'étude des variations spatiales de santé à partir des données de PMSI. Etude de faisabilité dans trois régions françaises**  
Bocquier, A., Thomas, N., Zitouni, J., Lewandowski, E., Cortaredona, S., Jardin, M., Favier, O., Finkel, S., Champion, F., Bernardy, A., Trugeon, A., Verger, P.  
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2011, 59 (4) : 243-9
- **Determinants of the underreporting of alcohol consumption by HIV/HCV co-infected patients during face-to-face medical interviews : the role of the physician**  
Roux, P., Cohen, J., Lascoux-Combe, C., Sogni, P., Winnock, M., Salmon-Ceron, D., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P.  
Drug and Alcohol Dependence, 2011, 116 (1-3) : 228-32
- **Prédisposition génétique aux cancers du sein et de l'ovaire : importance des résultats des tests**  
Julian-Reynier, C.  
Médecine & Sciences, 2011, 27 (6-7) : 657-61
- **Introduction. Les figures de l'aide internationale**  
Atlani Duault, L.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 389-92
- **Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale**  
Atlani Duault, L., Dozon, J. P.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 393-403
- **Le développement comme laboratoire de l'anthropologie**  
Vidal, L.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 483-95
- **Impact of HAART exposure and associated lipodystrophy on advanced liver fibrosis in HIV/HCV –coinfected patients**  
Loko, M. A., Bani Sadr, F., Winnock, M., Lacombe, K., Carrieri, P., Neau, D., Morlat, P., Serfaty, L., Dabis, F., Salmon, D.  
Journal of Viral Hepatitis, 2011, 18 (7) : e307-e314
- **Soigner le sida en Afrique. Recherche biomédicale et engagement humanitaire**  
Eboko, F.  
Ethnologie française, 2011, 41 (3) : 497-507
- **Performance of HIV care decentralization from the patient's point of view: health-related quality of life and perceived quality of services in the context of the Cameroonian antiretroviral therapy program (EVAL national survey, ANRS 12-116)**  
Boyer, S., Protopopescu, C., Marcellin, F., Carrieri, M. P., Koulla-Shiro, S., Moatti, J. P., Spire, B.  
Health Policy and Planning, 2011 : epub ahead of print doi:10.1093/heapol/czr039
- **Non adherence to thienopyridine after coronary stenting**  
Cuisset, T., Quilici, J., Fugon, L., Carrieri, P.  
The American journal of cardiology, 2011, 106 (12) : 1866-7
- **Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010**  
Beck, F., Guignard, R., Richard, J. B., Wilquin, J. L., Peretti-Watel, P.  
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2011, 20-21 : 230-3

- **Full access to medical records does not modify anxiety in cancer patients : results of a randomized study**  
Gravis, G., Protiere, C., Eisinger, F., Boher, J. M., Tarpin, C., Coso, D., Cappiello, M. A., Camerlo, J., Genre, D., Viens, P.  
Cancer, 2011 : epub ahead of print doi: 10.1002/cncr.26083
- **Regulating diagnosis in post-genomic medicine : re-aligning clinical judgment ?**  
Bourret, P., Keating, P., Cambrosio, A.  
Social Science & Medicine, 2011 : epub ahead of print doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.022
- **Determinants of benzodiazepine use in a representative population of HIV-infected individuals : the role of HIV status disclosure (ANRS-EN12-VESPA study)**  
Roux, P., Fugon, L., Michel, L., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B., Carrieri, M. P.  
AIDS Care, 2011, 11 : 1-8
- **General practitioners and Clinical Practice Guidelines : a Reexamination / GPs' general attitudes toward CPGs**  
Clerc, I., Ventelou, B., Guerville, M. A., Paraponaris, A., Verger, P.  
Medical Care Research and Review, 2011 : epub ahead of print doi: 10.1177/1077558710397761
- **Concerns about injectable naltrexone for opioid dependence**  
Wolfe, D., Carrieri, M. P., Dasgupta, N., Wodak, A., Newman, R., Bruce, R. D.  
The Lancet, 2011, 377 (9776) : 1468-70
- **Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users.**  
Roux, P., Carrieri, M. P., Keijzer, L., Dasgupta, N.  
Drug and Alcohol review, 2011, 30 (3) : 287-90
- **Non adherence to aspirin in patients undergoing coronary stenting : negative impact of comorbid conditions and implications for clinical management**  
Cuisset, T., Quilici, J., Fugon, L., Cohen, W., Roux, P., Gaborit, B., Molines, L., Fourcade, L., Bonnet, J. L., Carrieri, P.  
Archive of cardiovascular diseases, 2011, 104 (5) : 306-12
- **Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE):implications for public health and drug policy**  
Michel, L., Jauffret Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J., Carrieri, M. P.  
BMC Public Health, 2011, 11 : 400
- **Two years after cancer diagnosis, which couples become closer?**  
Preau, M., Bouhnik, A. D., Rey, D., Mancini, J.  
European journal of cancer care, 2011, 20 (3) : 380-8
- **Cancer clinical trials in the era of genomic signatures : biomedical innovation, clinical utility, and regulatory-scientific hybrids**  
Kohli-Laven, N., Bourret, P., Cambrosio, A., Keating, P.  
Social studies of science, 2011 : published on line doi: 10.1177/0306312711398741
- **Retour d'expérience et enseignements suite aux prescriptions d'un médicament d'exception, le rimonabant, en Provence-Alpes-Côte d'Azur entre mars 2007 et juin 2008**  
Jardin, M., Cortaredona, S., Bocquier, A., Nauleau, S., Sciortino, V., Bouvenot, J., Sauze, L., Bouvenot, G., Verger, P.  
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2011, 59 (2) : 115-22
- **La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux**  
Paraponaris, A., Ventelou, B., Verger, P., et al.  
Revue française des affaires sociales, 2011, 2-3 : 29-47
- **Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: from individual to health system-related determinants**  
Boyer, S., Clerc, I., Bonono, R. C., Marcellin, F., Bile, P. C., Ventelou, B.  
Social sciences & médecine, 2011, 72 (8) : 1383-92
- **Decentralization of access to antiretroviral therapy in Cameroon: Correlates of HIV physicians' knowledge in HIV care (EVAL ANRS 12-116 survey)**  
Rasson, S., Boyer, S., Fugon, L., Protopopescu, C., Marcellin, F., Koulla-Shiro, S., Kouanfack, C., Spire, B., Moatti, J. P., Carrieri, M. P.  
Antiviral Therapy, 2011, 16 (3) : 423-8
- **Familial breast cancer : is it time to move from a reactive to a proactive role ?**  
Harris, H. J., Nippert, I., Julian-Reynier, C., Schmidtke, J., Van Asperen, C., Gadzicki, D., Tibben, A., Evan, D. G.  
Familial cancer, 2011 : epub ahead of print DOI: 10.1007/s10689-011-9434-1

- **Formal and informal care for disabled elderly living in the community : an appraisal of French car composition and costs**  
Paraponaris, A., Davin, B., Verger, P.  
The European Journal of Health Economics, 2011 : epub ahead of print DOI: 10.1007/s10198-011-0305-3
- **Initial antiretroviral therapy in a 20-year observational cohort of patients followed at a reference center in the city of Sao Paulo, Brazil**  
Ruiz, E., Ramalho, M., Tancredi, M. V., Moatti, J. P., Monteiro, A., Fonsi, M., Chauveau, J.  
Revista Brasileira de Epidemiologia, 2011, 14 (1) : 86-97
- **Cancer survivors : familial risk perception and management advice to their relatives**  
Eisinger, F., Bouhnik, A. D., Malavolti, L., Le Corroller-Soriano, A. G., Julian-Reynier, C.  
Familial cancer, 2011, 10 (1) : 147-55
- **Prevalence of treated diabetes : geographic variation at the small-area level and association with area-level characteristics. A multilevel analysis in Southeastern France**  
Bocquier, A., Cortaredona, S., Nauleau, S., Jardin, M., Verger, P.  
Diabetes & metabolism, 2011, 37 (12) : 39-46
- **Similar short-term efficacy of antiretroviral therapy in patients infected with HIV B and non-B subtype strains in France**  
Bouchaud, O., Le Moing, V., Simon, F., Ngo Van, P., Pierre, P., Hocqueloux, L., Lebouche, B., Carret, S., Spire, B.  
Journal of acquired immune deficiency syndromes, 2011, 56 (2) : e67-e69
- **Cartridge-based automated BCR-ABL1 mRNA quantification : solving the issues of standardisation, at what cost ?**  
Cayuela, J. M., Macintyre, E., Darlington, M., Ben Abdelali, R., Fund, X., Villarèse, P., Tulliez, M., Raffoux, M., Signaux, F., Rea, D., Seror, V.  
Haematologica, 2011 : available on line DOI: 10.3324/haematol.2010.034389
- **Breast and ovarian cancer screening of non-carriers from BRCA1/2 mutation-positive families: 2-year follow-up of cohorts from France and Quebec**  
Dorval, M., Nogues, C., Logeat, C., Berthet, P., Chiquette, J., Gauthier-Villars, M., Lasset, C., Picard, C., Plante, M., Simard, J., Julian-Reynier, C.  
European Journal of Human Genetics (EJHG), 2011 : published on line doi:10.1038/ejhg.2010.227
- **Barriers to procreational intentions among cancer survivors 2 years after diagnosis: a French national cross-sectional survey**  
Mancini, J., Rey, D., Preau, M., Le Corroller-Soriano, A. G., Moatti, J.P.  
Psycho-Oncology, 2011, 20 (1) : 12-8
- **Does cancer survivors' health related quality of life depend on cancer type? Findings from a large french national sample two years after cancer diagnosis**  
Le Corroller-Soriano, A. G., Bouhnik, A. D., Preau, M., Malavolti, L., Julian-Reynier, C., Auquier, P., Moatti, J. P.  
European journal of cancer care, 2011, 20 (1) : 132-40
- **Santé et comportements individuels : la prévention des risques liés au tabac, à l'alcool et aux mauvaises habitudes alimentaires**  
Seror, V., L'Haridon, O., Peretti-Watel, P.  
Revue d'Economie Publique, 2011, 24-25 (2009/1-2) : 101-127
- **Dégoût et tabagisme: la prévention par l'image**  
Constance, J., Peretti-Watel, P.  
Ethnologie française, 2011, 41 : 67-78
- **L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments**  
Barnay, T., Thiébaud, S., Ventelou, B.  
Revue d'Economie Publique, 2011, 24-25 (2009/1-2) : 157-86
- **Use of imaging in the follow-up of workers exposed to lung carcinogens: practices in occupational medicine and its determinants**  
Verger, P., Cabut, S., Viau, A., Souville, M., Pardon, C., Charrier, D., De Labrusse, B., Lehucher-Michel, M. P., Arnaud, S.  
International Archives of Occupational and Environmental Health, 2011, 17 : 71-9

## Ouvrages ou chapitres d'ouvrages

- **Rendre compte la restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement**  
Vidal, L.  
Cahiers d'Etudes africaines, 2011, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales : 591-607
- **Epidemiology as a model : processing data through a black box ?**  
Peretti-Watel, P.  
Drugs and culture : knowledge, consumption and policy, 2011, Ashgate publishing Ltd : 53-69
- **Sida et tuberculose : la double peine ?**  
Vidal, L., Kuaban, C.  
2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 378p.
- **Introduction : les anthropologues, les historiens et une question de santé publique**  
Vidal, L., Idrissou, A., Kuaban, C.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 7-25
- **La structuration des institutions de lutte contre la tuberculose et le sida au Sénégal et au Cameroun**  
Hane, F., Socpa, A., Vidal, L., Kuaban, C.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 87-105
- **Effets de la gratuité et représentations autour des « maladies sociales »**  
Ba, M., Hane, F., Ndao, M., Mballa, J., Idrissou, A., Nzogue, J. B.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 159-81
- **Les pratiques de prise en charge de la coinfection tuberculose/vih en contexte de décentralisation au Cameroun et au Sénégal**  
Mballa, J., Hane, F., Ba, M.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 183-209
- **Dynamiques professionnelles autour de la prise en charge croisée de la tuberculose et du vih au sénégal et au cameroun**  
Hane, F., Ba, M., Socpa, A., Mballa, J.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 211-29
- **Stigmatisation et banalisation de la maladie : nouvelles approches de la prise en charge de la coinfection TB-VIH dans des structures sanitaires au Cameroun et au Sénégal**  
Mballa, J., Hane, F., Ba, M.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 257-80
- **Les associations face aux institutions : sida, tuberculose et coinfection**  
Vidal, L., Hane, F., Ba, M., Mballa, J.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 283-302
- **Vivre avec la tuberculose et le vih : une enquête quantitative auprès de patients pris en charge au Cameroun**  
Aulagnier, M., Loubiere, S., Juillet-Amari, A., Mballa, J., Socpa, A., Vidal, L., Kuaban, C.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 305-25
- **Conclusion : quels apports des sciences sociales à une préoccupation de santé publique ?**  
Vidal, L., Kuaban, C.  
Sida et tuberculose : la double peine ?, 2011, Edition Academia Bruylant - Collection Espace Afrique : 327-35
- **Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise**  
Eboko, F., Bourdier, F., Broqua, C.  
2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 400p.
- **Introduction : Caps aux Suds. Une orientation globale de la mobilisation contre le sida ?**  
Eboko, F., Bourdier, F., Broqua, C.  
Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise, 2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 21-44
- **Entre gouvernement et agences internationales : la part d'autonomie des ONG brésiliennes dans la lutte contre le sida**  
Bourdier, F.  
Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise, 2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 45-66

- **Le réveil de la société civile : mobilisations profanes et religieuses contre le sida au Cambodge**  
Gnep, Y., Bourdier, F.  
Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise, 2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 67-116
- **Prendre en charge les enfants affectés par le VIH/sida en Inde du Sud : recommandations internationales et pratiques locales**  
Delpu, M.  
Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise, 2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 179-204
- **ONG et associations de lutte contre le sida en Afrique : incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun**  
Eboko, F., Mandjem, Y.  
Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise, 2011, IRD édition - Collection Objectifs Suds : 205-30
- **Observation et surveillance sanitaire en région : enjeux, acteurs, outils et perspectives**  
Bocquier, A., Malfait, P., Verger, P.  
Surveillance épidémiologique, 2011, Lavoisier - Médecine Sciences Publications : 26-32
- **Conseil prénatal pour le VIH orienté dans quatre pays à faible et moyenne prévalences : acceptabilité et faisabilité**  
Orne Gliemann, J., Tchendjou, P., Miric, M., Gadgil, M., Butsashvili, M., Eboko, F.  
Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud, 2011, ANRS-Collection Sciences sociales et sida - Edition EDK : 105-20
- **Organiser l'activité de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les structures périphériques : l'exemple du Burkina Faso**  
Ouattara, F., Gruenais, M.E., Zongo, S., Ouedraogo, R.  
Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud, 2011, ANRS-Collection Sciences sociales et sida - Edition EDK : 137-48
- **Lutter au quotidien : effets de genre et de génération sur l'entraide intra-familiale en contexte de VIH au Burkina Faso**  
Attane, A., Ouedraogo, R.  
Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud, 2011, ANRS-Collection Sciences sociales et sida - Edition EDK : 207-16
- **Révélation de leur séropositivité et sexualité à risque chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun : résultats de l'étude Anrs-EVAL**  
Loubiere, S., Boyer, S., Blanche, J., Spire, B., Peretti-Watel, P.  
Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud, 2011, ANRS-Collection Sciences sociales et sida, Edition EDK : 89-103
- **La prise en charge des enfants infectés par le VIH/Sida au Maroc et la marginalisation des enfants et des parents infectés**  
Gruenais, M.E., Jroundi, I., Meski, F. Z., Raïs, F., Assarag, B., Jalal, K., Benchekroun, S.  
Santé et vulnérabilités au Maroc, 2011, El Watanya : 227-37