



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

RAPPORT D'ACTIVITE 2013 - 2014

A l'attention des Administrateurs de l'ORS Paca
Séance du vendredi 06 juin 2014

Observatoire Régional de la Santé

23, rue Stanislas Torrents . 13006 Marseille

tél.: (+33) 04 91 59 89 00 . fax : (+33) 04 91 59 89 24

courriel : accueil@orspaca.org . sites : www.orspaca.org / www.sirsepaca.org

RAPPORT D'ACTIVITE 2013 - 2014

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.sirsepac.org. Cet outil permet de créer des portraits de territoires à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. Ces portraits permettent, à l'aide d'un set d'une centaine d'indicateurs démographiques, économiques et sociaux, d'appréhender les grands enjeux du territoire. Ils ont notamment servi à la réalisation des diagnostics de territoire dans le cadre du dispositif "Maison régionale de la santé" lancé en 2011 par la Région.

L'ORS a également mis en place un Système d'information en santé, travail et environnement (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.

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 2013 - 2014

Activité 2013 - 2014

Indicateurs sanitaires et synthèses sur la santé observée en région

1. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : www.sirsepaca.org) Sigle : SIRSE	1
2. Plateforme Informationnelle de Santé Mutualisée en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur Sigle : P-SANTE	2
3. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : www.sirsecorse.org) Sigle : SIRSE CORSE	3
4. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé Sigle : MRS	4
5. Analyse des parcours de soins des enfants prématurés Sigle : PREMATURES - PARCOURS DE SOINS	5
6. Analyse cartographique d'indicateurs sanitaires dans un but décisionnel Sigle : ALD CARTO	6
7. Outil d'observation et portraits de territoire sur les problématiques santé-environnement Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT 2014	7
8. Premier colloque sur la Santé des Jeunes vivant dans les pays méditerranéens : "Protéger la jeunesse pour préserver l'avenir : problèmes émergents, santé mentale et couverture santé universelle dans les pays d'Afrique du Nord" Sigle : SEMINAIRE MEDITERRANEEN (SSJM)	8

Offre et demande de soins

1. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale Sigle : PANEL3	9
2. Développement, mise en œuvre et évaluation d'une formation innovante des médecins généralistes de ville à la vaccination contre la grippe, le ROR et la méningite de type C en vue de sa généralisation en région Paca (ForMéVac) Sigle : FORMEVAC	10
3. Attitudes des Français à l'égard de la vaccination : impact du niveau socioéconomique et des sources d'information Sigle : PERSEVAC	11
4. Efficience du suivi des diabétiques en médecine de ville Sigle : DIABETE - PARCOURS DE SOINS	12
5. Malades d'ALzheimer et Aidants Informels : Situations Economiques et Sociales Sigle : MALAISES	13
6. Soins de prévention chez les personnes avec un handicap à domicile et en institution Sigle : HANDIPREV	14
7. 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	15
8. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong Sigle : SOREMA - ANR	16

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

1. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : www.sistepaca.org) Sigle : SISTEPACA	17
2. Référencement des organismes et institutions sur le champ de la santé au travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur Sigle : REFERENCEMENT SANTE TRAVAIL PACA	19
3. Enquête auprès des Centres de Consultations de Pathologies Professionnelles en France Sigle : ENQUETE CCPP	20
4. Etude qualitative sur le maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI	21
5. Cycles de formation de médecins de soins à la prise en charge médico-sociale de cancers professionnels Sigle : FORMATION MG CANCER	22

- | | |
|--|----|
| 6. Dépistage des troubles visuels et auditifs auprès d'enfants de 3 à 5 ans inscrits dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Sigle : EVALMATER 2013 | 23 |
| 7. Compréhension de la pratique tabagique, des croyances des fumeurs, et de leurs attitudes à l'égard de la lutte antitabac
Sigle : ACTAS | 24 |

Cancer

- | | |
|---|----|
| 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 : ALD2010 - CDV2011 - VICAN | 25 |
| 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) | 26 |
| 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) | 27 |
| 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 | 28 |
| 5. Prévalence des syndromes douloureux chez les personnes atteintes de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPSE et de l'enquête nationale CDV2011
Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPSE/CDV | 29 |
| 6. Prévalence et incidence des traitements psychotropes chez les patients avec un cancer : comparaison des données de l'enquête VICAN2 2011-12 à la population générale
Sigle : CANCER PSYCHOTROPES-CDV | 30 |
| 7. Continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer
Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES | 31 |
| 8. Contribution des opinions et perceptions aux inégalités sociales de comportements à risque de cancer
Sigle : ISACC | 32 |
| 9. Défis dans l'estimation de la survie nette (mortalité en excès)
Sigle : CENSUR | 33 |
| 10. COMPNETS : Tests de comparaisons de la survie nette par cancer
Sigle : COMPNETS | 34 |
| 11. Risques compétitifs et cancer : tests d'adéquation et estimations sans biais des effets lorsque le modèle de régression est mal spécifié
Sigle : RISQUES COMPETITIFS ET CANCER | 35 |

Santé mentale

- | | |
|--|----|
| 1. 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 | 37 |
| 2. Lien entre santé mentale et qualité de l'environnement en résidence, une approche spatiale à une échelle géographique fine
Sigle : SAMEQUALE | 38 |
| 3. Etude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux (DeMeGen)
Sigle : DEMEGEN | 39 |

Conduites addictives

- | | |
|--|----|
| 1. METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC
Sigle : METHAVILLE | 41 |
| 2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection
Sigle : AERLI | 42 |
| 3. Evaluation de l'efficacité d'un psychostimulant pour la prise en charge de la dépendance à la cocaïne en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du Virus de l'Hépatite C : Phase pilote sur l'étude des bénéfices/risques du méthylphénidate
Sigle : STIMAGO | 43 |
| 4. Suivi épidémiologique et socio-comportemental d'usagers de drogues (cohorte COSINUS - COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues)
Sigle : COSINUS | 44 |
| 5. Participation au réseau européen de recherche sur les drogues illicites (European Research Area Network on Illicit Drugs)
Sigle : ERANID | 45 |
| 6. Etude socio-économique des jeux de hasard et d'argent
Sigle : ETUDE SOCIO-ECO JEUX | 47 |

Maladies transmissibles – Infection à VIH

1. Enquête nationale sur les conditions de vie de 3000 personnes atteintes par le VIH Sida en France (VESPA 2010)
Sigle : VESPA2010 49
2. Evaluation du dépistage rapide auprès des gays
Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS 50
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 51
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 52
5. 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 53
6. 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 54
7. Acceptabilité, attentes et préférences des patients avec charges virales indétectables et des soignants vis-à-vis d'essais cliniques de guérison du VIH : APSEC
Sigle : APSEC 55

Maladies transmissibles – Co-infection VIH-VHC

1. Aspects sciences sociales de la cohorte multicentrique de patients co-infectés par le VIH et le VHC (HEPAVIH)
Sigle : HEPA VIH 57
2. Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs au cours du suivi dans la cohorte ANRS CO13 HEPAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : étude HEPAVIH-Psy
Sigle : HEPAVIH-PSY 58
3. Développement international d'un questionnaire de qualité de vie (QdV) spécifique du VHC
Sigle : QDV VHC 59
4. Extension européenne du Programme de recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus (PRI2DE)
Sigle : PRI2DE_2 60

Maladies transmissibles – Infection à VIH dans les pays du Sud

1. 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 61
2. Un essai randomisé en cluster comparant l'impact d'une mise sous traitement ARV immédiate versus selon les recommandations de l'OMS sur l'incidence du VIH. L'essai ANRS 12129 TASP (traitement par la prévention) dans le sous-district de Hlabisa, Kwazulu-Natal, Afrique du Sud
Sigle : TASP 62
3. Gouvernance et Sida en Afrique : comprendre et renforcer l'action concertée des instances de coordination nationale (CCM). Une approche comparée Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun
Sigle : GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE 63
4. Analyse des évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral face aux enjeux actuels de la prise en charge du VIH et des principales co-infections
Sigle : EVOLCAM 64
5. Evaluation Nationale de l'efficacité des traitements ARV de 2nd ligne associant une anti-protéase au Cambodge
Sigle : CAMBODGE EVAL 2ND LIGNE 65
6. 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 66
7. Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil
Sigle : MEDICAMENTS GENERIQUES 67

Maladies transmissibles – Autres

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 69

Partenariat scientifique	71
Activité de communication scientifique	85
Activité d'enseignement et de formation	87
Activité administrative et technique	91
Publications 2013	103

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

Sigle : SIRSE

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). De plus, les demandes de diagnostics territoriaux de santé, maillon indispensable dans toute approche territoriale, sont de plus en plus nombreuses. Dans ce contexte, la mise à disposition d'un outil accessible par tous (décideurs, professionnels de santé, associations...), sur Internet, pour accéder aux indicateurs infra-régionaux simplement, par thème ou par mot clé, suivre leur évolution et réaliser des portraits de territoires, présente un intérêt majeur. L'Observatoire Régional de la Santé a souhaité développer un tel outil mettant à disposition de telles informations et permettant de réaliser des portraits de territoires sur des zones géographiques délimité librement.

Objectifs

SIRSéPACA, crée en 2006 par l'ORS Paca, est un système d'information dont l'objectif est de mettre à disposition de tous, sur Internet (www.sirsepaca.org), 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, espaces de santé de proximité, cantons regroupés, zones d'emploi, départements...), sous forme de cartes interactives et de tableaux de données, exportables sous Excel. Depuis 2013, les indicateurs sont disponibles sur plusieurs années pour mesurer des évolutions et des portraits de territoires ont été créés pour permettre, à l'aide d'un set d'une centaine d'indicateurs socio-sanitaires, d'appréhender les grands enjeux du territoire.

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 leur démarche d'état des lieux des besoins de la population de la région.

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 les caractéristiques démographiques et socio-économiques, l'état de santé général, une cinquantaine de pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.), l'offre et la consommation de soins.

SIRSéPACA est mis à jour et enrichi de façon continue.

Depuis 2012, il sert d'outil de référence dans l'accompagnement méthodologique des porteurs de projets dans le cadre du dispositif "Maison Régionale de la Santé" lancé en 2011 par la Région.

La nouvelle version de SIRSéPACA, mise en ligne en 2013, permet aux utilisateurs de réaliser des graphiques d'évolution et de créer des portraits de territoires à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. Des tutoriels ont été mis en ligne sur le site www.sirsepaca.org afin d'accompagner l'utilisateur dans l'utilisation de l'outil.

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 et la réalisation des portraits de territoires, étape essentielle à la réalisation de diagnostics territoriaux.

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) Paca-Corse de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

2. Plateforme Informationnelle de Santé Mutualisée en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : P-SANTE

Période : 2013-2014

Problématique

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur souhaite créer un système d'information rassemblant l'ensemble des éléments de la politique de santé en Paca. Cet outil, proposé à ses partenaires et à l'ensemble des acteurs de la région, devrait permettre de couvrir l'intégralité de ses missions et de ses actions.

Objectifs

L'objectif général du projet est de créer un portail informationnel en santé (dont le nom et le porteur restent à fixer par le comité de pilotage) qui permette un accès simple vers les outils développés par les centres ressources de l'ARS Paca pour favoriser le partage de connaissances et d'échanges en matière de santé publique (observation sanitaire, suivi des actions et programmes, planification et promotion de la santé). Cet outil a pour objectif de fournir un outil aux acteurs locaux pour orienter les choix politiques dans le domaine de la santé et pour mettre en place des plans et actions, notamment au niveau local, en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Méthodologie

Plusieurs réunions ont eu lieu en 2013 entre l'ARS Paca, l'ORS, le CRES et l'ORU pour proposer des pistes méthodologiques de recherche d'interopérabilité entre les trois applications financées par l'Agence et développées par ces trois institutions : le Système d'Information Régional en Santé (SIRSéPACA) de l'ORS, l'Info Centre des Activités Régionales en Santé (ICARS) du CRES et le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de l'ORU.

De nouvelles réunions du comité de pilotage définiront en 2014 le nom de cette plateforme, les outils qui la constitueront ainsi que la méthodologie à mettre en place pour la construire.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

Partenaires

Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) ; Observatoire Régional des Urgences Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORU PACA) ; Centre inter-régional d'étude, d'action et d'information Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (CREAI Paca-Corse).

3. Réalisation du Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : www.sirsecorse.org)

Sigle : SIRSE CORSE

Période : 2011-2014

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. Ils concernent l'état de santé général, les principales pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires...), certains comportements (consommation d'alcool et de tabac, accidents de la circulation...), l'offre et le recours aux soins, les caractéristiques démographiques et socio-économiques. SIRSéCorse est accessible depuis juillet 2011 sur le site Internet www.sirsecorse.org. Il est mis à jour et enrichi de façon continue.

En 2013-2014, une nouvelle version de SIRSéCorse a été mise en ligne. Elle permet aux utilisateurs de réaliser des graphiques d'évolution et de créer des portraits de territoire (photographies d'un territoire) à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. Les indicateurs de mortalité, sur les hospitalisations, l'offre de soins libérale, hospitalière et médico-sociale et les indicateurs socio-démographiques ont été mis à jour ; de nouveaux indicateurs ont été mis en ligne : recours aux soins et attractivité des professionnels de santé.

Commanditaires

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

Partenaires

Observatoire Régional de la Santé de Corse (ORS de Corse) ; Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

4. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé

Sigle : MRS

Période : 2011-2014

Problématique

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur développe depuis 2011 un dispositif expérimental de Maisons Régionales de la Santé (MRS), implantées en priorité dans les territoires de la région où l'offre de soins est insuffisante et/ou l'accès aux soins et à la prévention est problématique. Ce dispositif, complémentaire au dispositif des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles porté par l'Etat, 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 MRS est de développer une réponse adaptée aux besoins locaux, tenant compte des caractéristiques et des spécificités du territoire. Le développement de chaque projet repose sur la réalisation d'un diagnostic local, qui permet de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité d'une MRS sur le territoire, d'identifier les priorités d'actions.

Objectifs

Dans le cadre du dispositif de Maisons Régionales de Santé, l'ORS PACA constitue un centre ressource mis à la disposition des porteurs de projet, avec le CRES. Il aide la région dans l'identification des zones prioritaires pour l'implantation d'une MRS et accompagne les porteurs dans la réalisation du diagnostic local et la priorisation des axes d'intervention.

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 du territoire d'études, des objectifs, choix des outils appropriés...) mais aussi dans l'interprétation et l'analyse des données récoltées ; Aider à la restitution et à la valorisation des résultats ; Prioriser les besoins et les actions à mener sur le territoire. L'ORS Paca participe également à l'élaboration du projet de santé et au suivi des différents projets.

Résultats

En 2013, l'ORS Paca a accompagné 9 projets de MRS, dont 4 débutés en 2013. Différentes tâches ont été réalisées :
1) accompagnement méthodologique des porteurs de projet dans la démarche de diagnostic de territoire (MRS de Grasse, Valbonne) ou réalisation et restitution par l'ORS Paca de ce diagnostic (MRS de Sainte-Tulle, Mas Blanc des Alpilles, Port-Saint-Louis du Rhône, Miramas, Rosans) ;
2) aide à l'identification des priorités d'intervention pour la MRS (MRS de Malpassé, Istres, Sainte-Tulle) ;
3) suivi des projets débutés en 2011 et 2012 ;
4) valorisation du dispositif (co-organisation avec le CRES Paca de la 1^{ère} journée des Maisons Régionales de Santé, édition d'un guide destiné aux porteurs de projet, communications orales lors du 13^{ème} Congrès National des ORS et des Assises Régionales du CISS Paca).

L'année 2014 sera consacrée à la poursuite de l'accompagnement et du suivi de projets en cours et à l'accompagnement de nouveaux projets (Digne-les-Bains, Valréas, les Beaumettes,...). L'ORS Paca participera également à l'organisation du 2^{ème} colloque sur les Maisons Régionales de Santé.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Partenaires

Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES Paca) ; Agence Régionale de Santé (ARS Paca) ; Observatoire Régional des Urgences (ORU Paca).

5. Analyse des parcours de soins des enfants prématurés

Sigle : PREMATURES - PARCOURS DE SOINS

Période : 2013-2014

Problématique

Pendant la période néonatale, les grands prématurés (âge gestationnel inférieur à 33 semaines d'aménorrhée) sont pris en charge dans des services très spécialisés. Les mois qui suivent l'hospitalisation représentent une période où les besoins en services médicosociaux sont très élevés chez les grands prématurés ainsi que chez les prématurés modérés. Ceci montre combien il est essentiel d'organiser la sortie de l'enfant à l'issue de l'hospitalisation néonatale pour que la prise en charge des maladies et la surveillance du développement soient faites dans les meilleures conditions pour l'enfant et sa famille.

A notre connaissance, la prise en charge des enfants grands prématurés est peu documentée. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le réseau de santé "Naitre et Devenir" possède une base de données sur les parcours des enfants nés prématurément dans la région Paca Ouest. Cette base contient des données médico-sociales et elle est enrichie depuis 6 ans de façon quasi exhaustive par les services du réseau.

Objectifs

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer les effets de la plagiocéphalie asymétrique de la 1ère année de vie sur le développement psychomoteur de l'enfant mesuré à 3,5-4,5 ans à l'aide des tests de dépistage des troubles psychomoteurs présents dans le bilan de santé "Eval mater".

Méthodologie

Un protocole d'analyse a été élaboré et validé par l'ARS Paca. La base des enfants à analyser est constituée des enfants grands prématurés (nés à < 33 semaines d'aménorrhée) inclus dans la base de données constituée par le réseau de santé "Naitre et Devenir" depuis 2006, âgés au moins de 4 ans et habitant la région Provence-Alpes-Côte d'Azur Ouest ou Corse du Sud. Des analyses descriptives et des régressions multiples ont été réalisées afin d'évaluer si la plagiocéphalie pouvait être associée à la présence d'un trouble psychomoteur entre 3,5 et 4,5 ans, nécessitant un suivi ou une orientation.

Résultats

Parmi les 1 204 enfants de cette base, 594 (49 %) ont un résultat au score de dépistage des troubles psychomoteurs à 4 ans et au moins un examen réalisé au cours des 12 premiers mois.. Parmi ces 594 enfants inclus, près de 2 enfants sur 3 (64,3 %) présentent une plagiocéphalie pendant la première année de suivi (33,8 % présentent une plagiocéphalie asymétrique et 30,5 % une plagiocéphalie non asymétrique). D'après les scores établis avec les tests de dépistage des troubles psychomoteurs présents dans Eval mater, 4 % des enfants grands prématurés qui ont passé les tests à l'âge de 3,5-4 ans étaient à orienter vers un spécialiste et 32 % étaient à surveiller. Parmi les enfants grands prématurés âgés de 4 ans à 4 ans et demi au moment de la passation des tests, 8 % étaient à orienter vers un spécialiste et 29 % étaient à surveiller pour un problème psychomoteur. Dans les analyses de régression multiple, être un garçon et être nés avant 28 semaines d'aménorrhée étaient significativement associés à un trouble psychomoteur nécessitant une surveillance ou une orientation vers un spécialiste. En revanche, le fait d'avoir une plagiocéphalie asymétrique ou non asymétrique n'étaient pas associée à un trouble psychomoteur nécessitant une surveillance ou une orientation vers un spécialiste.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

Partenaires

Réseau de santé "Naitre et Devenir".

6. Analyse cartographique d'indicateurs sanitaires dans un but décisionnel

Sigle : ALD CARTO

Période : 2013

Problématique

Les données d'observation sanitaire (indicateurs de mortalité, de morbidité, d'affections de longue durée –ALD--...) font partie des informations habituellement utilisées pour étayer les décisions des pouvoirs publics en matière de planification sanitaire (offre de soins, actions de prévention...). Ces données sont depuis plusieurs années accessibles au travers d'outils cartographiques que ces derniers soient utilisés lors d'études ad hoc (cf. une étude réalisée par l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur –ARS Paca-- en 2012 sur la prévalence des ALD en Paca) ou dans des applications Internet interactives, tel SIRSéPACA (www.sirsepaca.org), développé et alimenté par l'ORS Paca.

Bien qu'ayant un potentiel illustratif important car elles permettent une visualisation directe de la fréquence des phénomènes de santé et de leurs variations territoriales, les cartes posent certains problèmes d'interprétation (aspect hétérogène juxtaposant des zones dans lesquelles les indicateurs sont élevés et d'autres dans lesquelles ils ne le sont pas, question sur la robustesse des indicateurs dans les zones géographiques faiblement peuplées...).

Objectifs

En réponse à ces problématiques, l'objectif général de ce projet est de proposer une démarche systématique d'analyse de cartes d'indicateurs sanitaires, qui puisse être appliquée en routine. Cette démarche doit en particulier répondre au besoin de réaliser des cartographies fiables, en tenant compte de l'instabilité des indicateurs liée aux petits effectifs dans certaines zones géographiques ; elle doit aussi permettre d'étudier la structure spatiale des indicateurs comme par exemple détecter des zones où le risque de maladie est plus élevé qu'ailleurs (clusters). Les objectifs spécifiques de ce projet sont d'une part d'identifier les différents outils et techniques d'analyses spatiales qui peuvent être mobilisés dans une telle démarche et d'autre part d'appliquer la démarche proposée à une sélection d'indicateurs d'ALD et de mortalité.

Méthodologie

Un travail de documentation et de recherche bibliographique a tout d'abord été réalisé afin d'identifier les méthodes d'analyses spatiales couramment utilisées en épidémiologie spatiale et en géographie de la santé et permettant de répondre aux objectifs du présent projet. Cette recherche a notamment porté sur les différentes techniques de lissage de données applicables en fonction du type de données disponibles (données agrégées, données individuelles) et la prise en compte ou non de la dimension spatiale (lissage non spatial, différents modèles de lissage spatial). Elle s'est aussi intéressée aux méthodes de détection de clusters (méthode globale, approche locale permettant l'identification d'agrégats d'unités géographiques par la statistique de scan). A l'issue de cette première étape, une démarche d'analyse de cartes d'indicateurs sanitaires a été proposée et appliquée à 8 indicateurs (7 indicateurs d'ALD et un indicateur de mortalité) sélectionnés en partenariat avec l'ARS Paca.

Cette démarche a été réalisée à l'aide des logiciels SAS 9.2, Arcgis 10 et SaTScan 9.1.1.

Résultats

La démarche proposée a montré l'intérêt des techniques d'analyse spatiale pour mieux apprécier la distribution d'indicateurs de santé au sein de l'espace régional et repérer des zones où le risque de maladie ou de décès est significativement plus élevé qu'ailleurs. Elle a également souligné les limites de l'utilisation des méthodes de lissage à une échelle géographique trop fine pour des événements peu fréquents.

Elle a été présentée et discutée lors d'un séminaire organisé en avril 2014 par l'ORS Paca, le SESSTIM et le laboratoire ESPACE et réunissant des experts en géographie, démographie, épidémiologie ainsi que l'ARS Paca et d'autres acteurs de santé publique de la région.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca).

Partenaires

ESPACE UMR 7300 (Etude des Structures, des Processus d'Adaptation et des Changements de l'Espace).

7. Outil d'observation et portraits de territoire sur les problématiques santé-environnement

Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT 2014

Période : 2014-2015

Problématique

Un tableau de bord santé environnement en région Paca a été publié en 2004 par l'ORS, à la demande du Conseil Régional Paca afin de fournir aux acteurs de la région des informations sur les connaissances sur les liens entre santé et environnement et les problématiques santé environnement telles qu'elles se posent en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les indicateurs renseignés alors ont été mis à jour à la demande de l'ARS Paca au moment de la préparation du second Plan Régional Santé Environnement (PRSE).

Au moment de la préparation du troisième PRSE Paca, l'ARS Paca et le Conseil Régional Paca ont demandé à l'ORS de mettre à jour le TBSE et de proposer des outils à destination des acteurs et collectivités territoriales pour procéder à une appréhension globale des risques santé environnement dans leur territoire.

Objectifs

Le TBSE est un outil d'observation des problématiques santé environnement en région Paca. Il vise, en complément d'autres outils et approches, à fournir un éclairage sur les problématiques santé environnement de la région et de ses territoires, et aider ainsi les acteurs et collectivités territoriales à définir les problématiques devant faire l'objet d'actions.

Méthodologie

Elle consistera : 1) à sélectionner, les indicateurs clés pour les principales problématiques santé-environnement en Paca, à partir de l'ensemble des indicateurs présents dans le TBSE 2010 ; 2) à les mettre à jour et les intégrer dans le Système d'Information Régional en Santé (SIRSéPACA, www.sirsepaca.org), ce qui comprendra la collecte des données auprès des organismes producteurs, leur traitement statistique et le traitement informatique nécessaire à l'intégration dans SIRSéPACA ; 3) à préparer un document dit "Profil régional santé-environnement" qui présentera la sélection d'indicateurs précédant sous forme de cartes régionales, chacune accompagnée d'un paragraphe descriptif de quelques lignes ; et 4) des "Portraits de territoires santé-environnement" à l'échelle des Espaces de santé de proximité (ESP) ou des communes (le choix de l'échelle géographique sera discuté en fonction des données disponibles) accessible sur SIRSéPACA.

Un guide méthodologique de diagnostic environnemental à destination des collectivités territoriales sera aussi proposé et testé, conjointement avec les outils précédant, auprès de plusieurs collectivités territoriales.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

Partenaires

Un comité de pilotage associant les experts et institutions compétentes sera défini au démarrage du projet.

8. Premier colloque sur la Santé des Jeunes vivant dans les pays méditerranéens : "Protéger la jeunesse pour préserver l'avenir : problèmes émergents, santé mentale et couverture santé universelle dans les pays d'Afrique du Nord"

Sigle : SEMINAIRE MEDITERRANEEN (SSJM)

Période : 2014

Problématique

Initié en 1990, le dialogue 5+5 est un programme d'échange entre les pays des deux rives de la méditerranée occidentale dans l'objectif de promouvoir une coopération entre les dix pays participants : respectivement l'Espagne, la France, l'Italie, Malte et le Portugal pour la rive nord, et les cinq pays de l'Union du Maghreb Arabe (l'Algérie, la Lybie, le Maroc, La Mauritanie et la Tunisie) pour la rive sud. C'est dans ce cadre qu'à l'initiative du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur est organisé un premier colloque sur la santé des jeunes. Ce premier colloque traitera spécifiquement de la santé des jeunes adolescents et jeunes adultes, âgés de 12 à 25 ans, vivant dans les pays du Maghreb. Il répond à un contexte spécifique qui voit les pays du Maghreb être confrontés à des phénomènes concomitants liés à la transition épidémiologique, aux mutations sociales et aux évolutions politiques dont les répercussions affectent la santé globale de leur population et compromettent leur devenir économique et social.

Objectifs

Conçu comme une consultation internationale et une expertise collective, l'objectif de ce colloque est à la fois :

- de dresser un état des lieux prospectif des problèmes de santé spécifique à cette population,
- d'évaluer en regard la pertinence des différentes politiques engagées par les organisations nationales et internationales en matière de couverture santé universelle,
- et par conséquent, d'envisager l'opportunité des plans d'actions coordonnées ou des programmes d'interventions concertées entre les pays membres.

Méthodologie

Programmé sur deux jours, les 27 et 28 novembre 2014, ce premier colloque réunira environ 200 participants au sein de la Villa Méditerranée : experts, spécialistes travaillant dans des organisations internationales ou membres de la communauté scientifique internationale, décideurs politiques et responsables administratifs internationaux des pays concernés, responsables de différentes organisations internationales, responsables ONGs, professionnels de santé, jeunes vivant dans les pays concernés.

Ce colloque se déroulera sur trois sessions consécutives réparties sur trois demi-journées où alterneront des exposés magistraux et des tables rondes.

La première session traitera des problèmes de santé somatiques des jeunes, notamment de l'essor des maladies non transmissibles.

La deuxième session portera sur la santé mentale et les carences au niveau des dispositifs spécialisés existants.

Enfin, la troisième et dernière session aura pour objet l'accès aux soins au regard du développement de la politique globale d'extension de la couverture santé à travers le monde et de la nécessaire articulation des programmes de prévention.

Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

Sigle : PANEL3

Période : 2013-2016

Problématique

Depuis 2007, l'ORS co-anime, avec l'UMR 912 et la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Dans le contexte particulièrement évolutif en matière d'organisation des soins de premier recours, tant sur le plan institutionnel qu'en matière de modalités d'exercice, l'existence d'un panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale constitue un atout de premier plan venant compléter d'autres dispositifs documentant les pratiques en médecine générale de ville en France. Il offre la possibilité de documenter les attitudes, les opinions, les conditions de travail et les pratiques des médecins généralistes de ville sur différentes thématiques de santé publique et populations. Il permet de croiser ces informations avec des indicateurs d'activité et de pratique des médecins, agrégés au niveau de leur file active et obtenus à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie.

Objectifs

Une troisième édition du panel (panel 3) doit contribuer, dans la continuité des travaux déjà accomplis, à suivre certains de ces indicateurs, à produire des résultats au niveau national et dans trois régions (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) et à explorer de nouveaux champs de connaissance dans les domaines du soin.

Ainsi, les objectifs de ce nouveau panel sont au nombre de trois :

- Observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail
- Observer les pratiques de prise en charge en médecine générale et en comprendre les déterminants
- Répondre aux attentes spécifiques d'acteurs nationaux et régionaux.

Les thématiques transversales qui seront plus spécifiquement abordées dans le cadre de ce panel 3 sont les suivantes : comportements, attitudes et opinions des médecins généralistes de ville vis-à-vis de la vaccination, prise en charge des enfants et suivi gynécologique, des patients avec des polyopathologies chroniques, des patients avec un cancer et des personnes en situation de précarité socio-économique.

Méthodologie

Le panel 3, comme le panel 2, disposera d'un échantillon national et de 3 échantillons régionaux. Ainsi, il sera possible, non seulement de comparer les régions entre elles, mais aussi de les situer par rapport à l'échelon national. La population cible est l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine ayant au moins une activité libérale en cabinet de ville.

Les médecins ont été sélectionnés à partir du répertoire partagé des professionnels de santé selon une procédure de tirage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge, l'accessibilité potentielle localisée (indicateur de densité d'offre de médecins généralistes) au niveau de la commune d'exercice et leur volume d'activité. L'objectif est de pouvoir interroger 2 250 médecins généralistes en moyenne sur les 5 vagues suivant celle d'inclusion (1 250 pour l'échantillon national et 1 000, au total, pour les trois échantillons régionaux). Les informations sont recueillies auprès des médecins par téléphone.

Résultats

L'inclusion a démarré début décembre 2013 tandis que la première vague transversale, consacrée à la vaccination, a démarré fin mars 2014. Le questionnaire de cette vague permettra de documenter les comportements de vaccination des médecins pour eux-mêmes, leurs proches et leurs patients, leurs attitudes vis-à-vis de la vaccination (notamment leurs hésitations éventuelles face à certains vaccins) et leurs opinions sur les freins vis-à-vis de la vaccination HPV et de celle contre le méningocoque C.

Commanditaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère des affaires sociales et de la santé ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Partenaires

Unions régionales des professionnels de santé Médecins Libéraux (URPS-ML) de Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ORS des régions Poitou-Charentes et Pays de la Loire.

2. Développement, mise en œuvre et évaluation d'une formation innovante des médecins généralistes de ville à la vaccination contre la grippe, le ROR et la méningite de type C en vue de sa généralisation en région Paca (ForméVac)

Sigle : FORMEVAC

Période : 2013-2015

Problématique

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. En 2012, la couverture vaccinale était insuffisante pour plusieurs vaccins, notamment celui par le ROR (rougeole-oreillons-rubéole) et inférieure à l'objectif de 95 %, ou, s'agissant de la grippe saisonnière, de l'objectif de 75 %, visés par la loi de Santé Publique de 2004. Pour améliorer la couverture vaccinale chez les personnes âgées, l'INPES souligne la nécessité d'actions multimodales basées sur la sensibilisation, la diffusion d'informations et la mobilisation autour de la vaccination en insistant sur la formation active des médecins et notamment des médecins généralistes qui restent au cœur du système de vaccination. A notre connaissance, des essais n'ont pas été réalisés en France afin d'évaluer l'impact de formations sur la vaccination destinées à des médecins. Or de telles évaluations sont indispensables pour proposer une politique de formation des médecins dans le domaine de la vaccination qui soit à la fois standardisée, reproductible et permette de répondre de façon efficace aux enjeux posés par la prévention des maladies infectieuses dans notre région.

Objectifs

L'ORS Paca propose, en collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical Paca-Corse, l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux Paca, l'UMR912 SESSTIM, l'Agence Régionale de Santé Paca et la ville de Marseille de développer deux formations nouvelles (une courte sur une demi-journée en e-learning et une approfondie en présentiel sur une journée ou deux demi-journées) innovantes et reproductibles pour aider les médecins généralistes à vacciner leur patientèle contre le ROR, la méningite de type C et la grippe saisonnière afin :

- de maintenir et améliorer la couverture par ces vaccins de leur patientèle ;
- d'améliorer les pratiques des médecins généralistes libéraux dans le domaine de la vaccination ;
- et de mieux les armer pour répondre aux éventuels doutes de leurs patients.

Méthodologie

Un groupe de travail incluant la DRSM Paca-Corse, l'URPS-ML Paca, l'ARS Paca, l'ORS Paca, le CRES Paca, la ville de Marseille et des experts dans le domaine de la vaccination, de la formation des médecins généralistes sur la vaccination et du e-learning a été mis en place. Trois groupes de médecins seront constitués : des médecins qui recevront une formation sur la vaccination en e-learning, des médecins qui recevront une formation en présentiel et des médecins qui n'auront pas de formation. Les formations seront proposées en priorité aux médecins généralistes de la région pour lesquels les indicateurs de remboursement des vaccins par le ROR, contre la méningite de type C et contre la grippe saisonnière dans leur file active sont les plus faibles, comparativement aux autres médecins des territoires ciblés dans la région (territoires pour lesquels les besoins d'amélioration de la couverture vaccinale sont clairement identifiés). Ceci est innovant, car en rupture avec les formations lors desquelles les médecins qui choisissent de se former dans un domaine, le font parce que le domaine les intéresse et, pour cette raison, ont souvent déjà de meilleures pratiques dans ce domaine que leurs confrères. L'impact de ces formations sera mesuré à partir des données de remboursement des différents vaccins dans les patientèles des participants par comparaisons au groupe de médecins témoins qui n'auront pas reçu de formation (analyses de type multiniveau pour tenir compte de l'effet médecin et des caractéristiques des patients).

Résultats

Les territoires d'intervention ainsi que les modules de formation et les plaquettes d'invitation des médecins seront développés durant les 6 premiers mois de l'année 2014. Les formations se dérouleront durant les 6 mois suivants. Les premières évaluations seront mises en œuvre en 2015.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) dans le cadre des Projets marge du FIR 2013.

Partenaires

Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Paca-Corse de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Union Régionale des Professionnels de Santé -Médecins Libéraux Paca (URPS-ML) ; Ville de Marseille ; Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) Paca.

3. Attitudes des Français à l'égard de la vaccination : impact du niveau socioéconomique et des sources d'information

Sigle : PERSEVAC

Période : 2013-2016

Problématique

De nombreux experts évoquent une crise de confiance du public à l'égard de la vaccination dans les pays occidentaux. Cette crise s'est traduite par la réduction de la couverture vaccinale (CV) de certains vaccins et l'interruption de certains programmes de vaccination : ceci a eu pour effet la résurgence d'épidémies de maladies qui n'étaient plus que rarement observées. La perception du risque de contracter une infection et de sa sévérité et celle de l'efficacité et de la sécurité du vaccin jouent des rôles centraux dans l'acceptation de la vaccination. Les médecins ont une influence sur les comportements de vaccination des patients. Mais l'avènement de l'Internet a modifié l'environnement de communication autour des vaccins : les mouvements critiques vis-à-vis de la vaccination, qui font de la sécurité et l'efficacité des vaccins un de leurs thèmes centraux, y fleurissent à nouveau.

Objectifs

Ce projet vise à mieux comprendre les connaissances, croyances, attitudes et pratiques de la population générale française à l'égard de la vaccination et leurs déterminants. Il s'agira notamment : 1) de mieux comprendre les facteurs cognitifs influençant les choix de vaccination et la perception des risques et de l'efficacité des vaccins et les motifs pour se vacciner ; ceci sera effectué pour différentes vaccinations et groupes cibles : concernant les risques associés aux vaccins, on s'intéressera aux perceptions relatives aux adjuvants et à certaines autres substances entrant dans la composition des vaccins et ayant pu être incriminées par le passé ; l'analyse des perceptions liées à la sécurité et à l'efficacité des vaccins sera effectuée dans un cadre plus général en tenant compte que d'autres facteurs attitudinaux peuvent influencer les choix vaccinaux ; 2) de mieux comprendre l'influence des médias, de l'Internet, des groupes anti-vaccination et des professionnels de santé sur l'acceptation ou le refus des vaccins ; 3) d'étudier l'influence des facteurs socio-économiques et du niveau d'éducation dans les prises de décision des individus relatives à la vaccination ; 4) d'évaluer la pénétration des mouvements critiques vis-à-vis de la vaccination en langue française sur le net, leur contenu et les modalités selon lesquelles ils présentent l'information sur les vaccins.

Méthodologie

Des entretiens qualitatifs seront réalisés auprès de 50 à 60 personnes concernant les vaccins pour lesquels la couverture est jugée insuffisante actuellement (visant de jeunes enfants, des adolescents ou des adultes). Un recensement des sites Internet émettant des avis critiques à l'égard de la vaccination et/ou de certains vaccins sera effectué afin de procéder ensuite à une analyse de leur contenu et de leurs arguments. Enfin, des analyses statistiques seront réalisées à partir du module vaccinations du futur Baromètre Santé 2015. Les deux phases précédentes apporteront des éléments de discussion du contenu du questionnaire de ce module.

Résultats

Cette recherche devrait permettre de mieux comprendre les facteurs cognitifs et les processus en jeu dans la prise de décision de divers publics cibles de la vaccination. Les connaissances produites pourront être utilisées dans la construction d'interventions visant à promouvoir la vaccination dans la population française et à améliorer la couverture vaccinale. Les résultats de l'évaluation des sites critiques vis-à-vis de la vaccination sur le net seront utiles aux pouvoirs publics et aux agences afin de développer des stratégies de communication sur les vaccins prenant en compte les opinions développées sur ces sites, pour améliorer le contenu des sites pro-vaccination et pour définir les bases d'une veille sociologique sur la vaccination à partir des médias.

Commanditaires

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Partenaires

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé.

4. Efficience du suivi des diabétiques en médecine de ville

Sigle : DIABETE - PARCOURS DE SOINS

Période : 2013

Problématique

Le diabète est une maladie chronique associée à une réduction de l'espérance de vie, une altération de la qualité de vie et des complications macro et micro-vasculaires (rétinopathie, néphropathie, risques cardio-vasculaires...). En France comme dans de nombreux pays étrangers, la prévalence du diabète ne cesse d'augmenter, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque tels que l'obésité et la sédentarité.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique pour le suivi médical du diabète, lesquelles ont servi de base à la définition de l'objectif n°54 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004. Les études Entred 2001 et 2007 de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont montré que le suivi médical du diabète en France était encore éloigné des recommandations pour certains actes, malgré une nette amélioration des pratiques ces dernières années. La qualité du suivi médical varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques du patient, de son état de santé et du nombre de recours aux médecins. Des études internationales ont par ailleurs souligné le rôle des caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins, mais, à notre connaissance, ceci n'a pas été étudié en France.

Objectifs

L'objectif de cette étude est de décrire la fréquence de réalisation des examens de suivi recommandés par la HAS lors de la prise en charge de patients diabétiques et de vérifier l'impact de différents facteurs liés aux médecins et aux patients sur la qualité du suivi. Il s'agira en particulier de vérifier si, indépendamment des autres facteurs liés aux patients et leur maladie (sa gravité en particulier), l'appartenance du médecin à un réseau diabète a un impact sur le suivi de ses patients.

Méthodologie

Suivi d'une cohorte de bénéficiaires du régime stricto sensu de l'Assurance maladie de la région Paca traités pour un diabète de type 2 du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2011. Un bénéficiaire a été considéré comme diabétique de type 2 traité s'il avait bénéficié d'au moins 3 remboursements d'antidiabétiques oraux (ADO) sur une période de 12 mois (méthodologie utilisée dans l'étude Entred). Chaque bénéficiaire a été rattaché au médecin généraliste (MG) à l'origine du plus grand nombre de remboursements d'ADO. Pour chaque médecin, les données disponibles incluaient des caractéristiques personnelles (âge, sexe) et professionnelles (en particulier appartenance à un réseau diabète). Afin de vérifier l'impact de l'appartenance du médecin à un réseau sur le suivi du diabète, les patients diabétiques rattachés aux médecins appartenant à un réseau diabète (MG-réseau) ont été comparés aux patients de MG-hors réseau appariés aux MG-réseau selon l'âge, le sexe, la taille de la patientèle, la part de patients diabétiques de type 2, le niveau de précarité de la patientèle et de la commune d'exercice. Des analyses statistiques de type de régression multiniveaux ont été mises en œuvre.

Résultats

Après 12 mois de suivi, 3 dosages d'HbA1c -comme cela est recommandé par l'HAS- n'avaient été effectués que chez 38,5 % des patients. Le dosage de micro-albuminurie était le moins fréquemment réalisé (25,4 % des patients). La fréquence moyenne des examens de suivi du diabète était significativement plus élevée et plus proche des recommandations françaises pour les médecins participant à des réseaux de soins diabète que pour les médecins hors réseau appariés, ce pour l'hémoglobine glyquée et la microalbuminurie et, de façon moins marquée, pour le LDL-cholestérol et la surveillance ophtalmologique. Aucune différence n'a été observée pour la réalisation de la créatininémie et de la surveillance cardiologique. Aucune différence non plus n'a été observée entre les deux groupes concernant la couverture vaccinale contre la grippe – vaccination recommandée chez les personnes diabétiques. La diversité des professionnels de santé consultés sur la période d'étude était en revanche plus importante pour les patients des médecins-réseau que pour ceux des médecins-hors réseau appariés.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA).

Partenaires

Direction Régionale du Service Médical Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse (DRSM Paca-Corse), Réseau Diabaix, Réseau Marseille-Diabète.

5. Malades d'ALzheimer et Aidants Informels : Situations Economiques et Sociales

Sigle : MALAISES

Période : 2012-2014

Problématique

Bien que les évolutions démographiques et sociales observées ces dernières années aient modifié la composition et la disponibilité des familles, les aidants informels demeurent, en France comme dans d'autres pays, les acteurs majeurs de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et notamment des personnes porteuses de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. En dépit d'un discours public sur l'importance de leur engagement, l'évaluation et la reconnaissance économiques de cette aide restent toutefois balbutiantes, les aidants informels présentant l'apparent paradoxe d'être incontournables dans les faits et invisibles dans les comptes sociaux de la prise en charge du handicap et de la dépendance. Dans le même temps, les aidants informels : famille, proches, entourage et voisins ont tendance à fuir les regards intrusifs, vécus par eux comme stigmatisants, sur leur relation avec les personnes aidées, ce qui rend délicate la réalisation de tout travail de portraitisation, a fortiori à grande échelle, de la population d'aidants. Pourtant, les travaux effectués à ce jour sur les populations d'aidants semblent converger vers un constat partagé de vulnérabilité socioéconomique et sanitaire rendant indispensables des mesures d'aides aux aidants.

Objectifs

Cette recherche entend contribuer à une meilleure connaissance des aidants informels de malades d'Alzheimer dans le cadre de vie du domicile ordinaire et à une meilleure reconnaissance de l'aide que ces derniers apportent et des difficultés qui lui sont liées : qui sont ces aidants ? quelle(s) aide(s) apportent-ils ? à quoi doivent-ils renoncer pour y parvenir ? quel est le retentissement de l'aide apportée sur leur vie sociale, familiale, économique, professionnelle ?

Méthodologie

Les enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM, Bouvier, 2011) et Handicap-Santé Aidants (HSA, DREES, 2010), réalisées en 2008 par l'INSEE et la DREES, donnent une opportunité rare, à grande échelle, d'obtenir de précieuses informations sur les personnes recevant de l'aide et leurs aidants. Dans l'enquête HSM, il est possible d'identifier des personnes de tous âges atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ces individus ont déclaré recevoir l'aide d'au moins une personne pour la réalisation des activités de la vie courante.

La nature des données disponibles permettent des regards croisés sur la situation des aidants et des aidés.

L'implication des aidants, leurs facilités ou difficultés à apporter de l'aide, peuvent d'une part s'évaluer à l'aune des besoins d'aide exprimés par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et d'autre part faire l'objet de comparaisons avec l'implication et les facilités/difficultés à aider d'aidants informels de personnes dont la perte d'autonomie est occasionnée par d'autres causes que la maladie d'Alzheimer. A cet effet, l'usage de méthodes statistiques et économétriques appropriées d'appariement doit permettre, en contrôlant une large part de l'hétérogénéité observable, d'isoler l'effet propre de la maladie d'Alzheimer sur les spécificités des contraintes pesant sur les aidants.

Résultats

En 2013, les travaux réalisés ont porté sur l'identification des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008. Ensuite, les caractéristiques des aidants et de l'aide apportée aux patients Alzheimer et apparentés ont été identifiées. Enfin, les aidants de malades d'Alzheimer ont été appariés et comparés avec des aidants de personnes non Alzheimer.

En 2014, les premiers modèles estimés montrent le « désavantage » des aidants qui prennent soin d'un malade Alzheimer par rapport à ceux qui s'occupent de personnes souffrant d'autres pathologies : toutes choses égales par ailleurs, les aidants de patients Alzheimer ont plus de risques de voir leur propre état de santé en être affecté. Les possibilités de partir en vacances sont aussi significativement réduites. De futures modélisations chercheront à mettre en évidence les facteurs associés au type d'aide apportée par les aidants à leur proche (morale, financière, humaine) en fonction des besoins d'aide exprimés par la personne aidée et des caractéristiques socio-familiales, démographiques et économiques de l'aidant. Pour les aidants en âge de participer à la population active, nous nous intéresserons dans le cadre de modèles économiques classiques d'arbitrage entre travail et loisir (comprendre : entre temps consacrés au travail et aux autres activités que le travail) aux décisions professionnelles des aidants (modification des horaires, aménagement du temps de travail, réduction du nombre d'heures travaillées, arrêt d'activité).

Commanditaires

Association France Alzheimer dans le cadre du 7ème appel à projet "Sciences Humaines et Sociales".

6. Soins de prévention chez les personnes avec un handicap à domicile et en institution

Sigle : HANDIPREV

Période : 2014-2016

Problématique

Le moindre recours aux actions de prévention au sein de la population handicapée a été souligné, dans le cas de la France, lors de la conférence de consensus organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 sur la prise en charge des personnes handicapées. Cette problématique de l'accès aux actions de prévention en vue de limiter ou retarder la morbidité et la mortalité des populations avec un handicap est d'autant plus importante qu'elle va concerner un nombre croissant de personnes. Pourtant, les systèmes de santé ne semblent pas toujours prêts à répondre aux besoins spécifiques liés à l'accès à la prévention des personnes avec un handicap.

Objectifs

L'objectif de ce travail de recherche repose sur la mesure et l'analyse du recours des personnes handicapées à divers types d'actions de prévention primaire et secondaire. On s'attachera particulièrement à expliciter les écarts issus de la comparaison entre différentes catégories de population : entre la population générale et la population handicapée ; entre la population handicapée à domicile et en institution ; entre différents types de handicap.

Une attention particulière sera portée à la question des inégalités sociales, appréhendées par différentes caractéristiques : les formes d'aide reçues par les personnes handicapées et les conditions socioéconomiques. En outre, il s'agira d'établir si le handicap est un vecteur d'inégalités sociales de santé supplémentaires, c'est-à-dire aggravant les inégalités en matière d'accès à des soins de prévention ou de dépistage par ailleurs documentées largement en population générale dans la littérature.

Méthodologie

Les travaux exploiteront les enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM) et Handicap-Santé Institutions (HSI), réalisées en 2008 et 2009 par l'INSEE et la DREES. Les analyses porteront sur une série de sept indicateurs (vaccination contre l'hépatite B ; vaccination contre la grippe ; mesure de la tension artérielle ; dosage du cholestérol ; mammographie ; frottis cervical ; test Hémo occult/coloscopie). La constitution des échantillons se fera selon les critères d'âge et de ciblage préconisés dans les recommandations du HCSP et de la HAS, dans la mesure où les informations sont disponibles dans l'enquête.

Après des statistiques descriptives, des modélisations logistiques seront mises en œuvre pour déterminer les caractéristiques associées au (non) recours aux actions de prévention, qu'il s'agisse de variables sociodémographiques, économiques, médicales, et environnementales. L'usage de méthodes d'appariement (du type Propensity Score Matching) permettra d'étudier l'effet, sur le recours à la prévention, de vivre en institution plutôt qu'à domicile, ou de souffrir d'un handicap particulier (moteur, sensoriel, mental, etc.).

Résultats

Les résultats apporteront des éléments de connaissance sur le recours aux actions préventives au sein des populations handicapées, et les écarts observés par rapport à la population générale, entre le domicile et l'institution ou en fonction des types de handicap. L'impact propre du lieu de vie fera l'objet d'une attention particulière, pouvant révéler un obstacle supplémentaire à l'accès aux actions de prévention. L'analyse selon le type de handicap pourra également déterminer des profils de population exposés au non recours à la prévention.

La confrontation des résultats avec les données de la littérature internationale et avec une documentation du système français de santé et de prise en charge des personnes avec un handicap devrait permettre d'avancer dans la compréhension des mécanismes à l'origine d'un moindre recours aux actes préventifs ou, à tout le moins, de pointer des hypothèses et des pistes de travail devant être approfondies. Ces éléments doivent aider à mieux cibler les populations à sensibiliser et définir des conditions d'accès et des modalités de réalisation de ces programmes qui soient mieux adaptés aux populations handicapées. Les stratégies d'actions pourraient être menées aussi bien au niveau individuel que collectif, mobilisant les aidants, les professionnels et les établissements de santé.

Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projet 2013 IReSP-CNSA-MiRe/DREES " Handicap et perte d'autonomie - session 4".

7. 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 : 2010-2014

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 en matière de morbidité et de mortalité prématurée au détriment des catégories socio-économiques les plus défavorisées. 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/Aix-Marseille Université UMR SESSTIM) ont montré que les mesures agrégées des inégalités et d'équité (dérivées des indices de dispersion de type Gini) 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 des inégalités de santé dans le contexte des pays en développement (PED). Il s'interroge sur le bien-fondé des mesures standard des inégalités 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.

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 (méthodes non linéaires de décomposition 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 effectuant des analyses économétriques approfondies d'un ensemble de données d'enquêtes ménages, incluant les aspects santé de façon détaillée dans un échantillon de 8 pays d'Afrique et du Moyen-Orient (Maroc, Tunisie, Palestine, Mauritanie, Comores, Cameroun, Tanzanie, Swaziland).

Résultats

Les travaux menés ont permis des approches plus fines des inégalités de santé et d'accès aux soins menées grâce à une étroite collaboration scientifique avec nos partenaires. Les développements méthodologiques ont déjà donné lieu à cinq articles publiés dans des revues scientifiques du meilleur niveau en économie de la santé.

Un atelier scientifique, organisé le 3 mars 2014, a permis de discuter les résultats obtenus de ces travaux et de décider les orientations à donner à la recherche à venir.

En termes de travaux prévus pour la prochaine période, les données issues du PAPFAM seront mobilisées en vue d'élargir l'application des outils micro-économétriques à l'étude des inégalités de santé et en particulier aux déterminants des opportunités individuelles. L'objectif principal consistera à étudier les inégalités de santé en terme de capacités et leur interaction avec les inégalités socio-économiques et les facteurs institutionnels telles que les caractéristiques de systèmes de santé.

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-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).

8. 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. L'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 ?

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.

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.

Résultats

Des résultats ont été présentés à l'ANR fin 2013. Quelques points : 1. le volontariat, extrêmement présent, répond provisoirement à des situations de crise mais ne constitue en aucun cas une solution réaliste pour l'établissement d'une politique de santé durable ; 2. cette dernière a du mal à survivre aux enjeux internationaux ainsi qu'à une forme d'assistance reposant sur une forte conditionnalité ; 3. une mauvaise politique d'aménagement sanitaire constatée, tenant uniquement compte de la morbidité diagnostiquée, risque de rendre compte de l'activité des systèmes de soin mais pas de la morbidité réelle ; 4. l'existence d'une confusion des idées bio-médicales, d'une dispensation aléatoire des pratiques de préventions et des soins ainsi qu'une dispensation excluant les migrants constitue des indications dépréciatives pour le déroulement du programme national.

L'année 2014 sera consacrée à étendre les mêmes enquêtes dans un des trois autres sites, à peaufiner la perspective socio-historique du paludisme, à corrélérer l'évolution de l'incidence avec le changement du couvert forestier (analyse d'imageries satellites complétée par des enquêtes de terrain visant à cerner les déplacements humains). Une étude sur la circulation des médicaments antimalaria dans le secteur privé (régulé, non régulé) sera lancée. L'augmentation de la résistance au traitement sera conjointement réalisée par l'Institut Pasteur (analyse biologique en PCR) et l'IRD (itinéraire thérapeutique des personnes sous traitement) afin d'identifier de nouvelles corrélations.

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.

1. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : www.sistepaca.org)

Sigle : SISTEPACA

Période : 2001-2014

Problématique

En 2004, l'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région, 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, le Conseil Régional Paca et l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH).

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

- Outils disponibles : un site internet www.sistepaca.org, 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, proposées dans le cadre du développement professionnel continu à partir de 2014 ;

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

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

- Proposition de formations des médecins généralistes dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Résultats

Travaux réalisés en 2013 : Grossesse et travail : mise en ligne / valorisation de la fiche (collaboration médecins, sages-femmes et préventeurs). Addiction et travail : rédaction de la fiche. Finalisation des deux cycles de formation des médecins "cancer et travail" (2 réunions à 4-6 mois + suivi intermédiaire) dans le Var et les Bouches-du-Rhône, soumission de ces cycles comme programme de développement professionnel continu (DPC) auprès de l'organisme gestionnaire du DPC. Impulsion d'une dynamique de coopération interprofessionnelle autour de la lombalgie commune, à poursuivre en 2014. Collaboration avec le Département universitaire de médecine générale, présentation du SISTEPACA aux internes en médecine générale (IMG) bi-annuelle. Rencontre du Collège de médecine générale de Nice. Six réunions de formation santé-travail en région, participation à divers colloques et congrès (Société française de médecine du travail et société de médecine du travail PACA Corse, Congrès français de médecine générale, GIPHISE, Diplôme universitaire sur la grossesse et la maternité).

En 2014, 14 médecins généralistes se sont inscrits au premier cycle de DPC proposé par l'ORS sur « les certificats médicaux et le maintien dans l'emploi » ; la première journée de ce cycle de formation a eu lieu en avril 2014.

Objectifs des travaux de 2014 : 1/ Addiction et travail : finalisation de la fiche. 2/ Cancers professionnels : poursuivre la formation des centres de coordination en cancérologie. 3/ Lombalgie commune : rédiger une synthèse de recommandations de bonne pratique afin de favoriser la coopération interprofessionnelle. 4/ Grossesse et travail : diffuser la fiche auprès de sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes. 5/ Mettre en œuvre une collaboration avec le Collège de médecine générale de Nice.

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 ; Association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH).

Partenaires

DIRECCTE, Inspection médicale régionale : Dr MH Cervantes jusqu'en 2013 ; Médecins du travail : Dr D Bonnet (Santé Travail Provence), Dr M Cavin-Rey (ex-Total), Dr D Charrier (AISMT 13), Dr K Coulibaly (Compagnie pétrochimique de Berre), Dr L Guldner-barrière (Dassault Aviation), Dr B de Labrusse (AIST Avignon), Dr A Landi (GIMS 13), Dr T Rico (MSA 13), Dr P Sabrou (MSA 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 médecins libéraux (URPS ML Paca) : Dr JF Giorla, Dr R Sebbah ; Collège méditerranéen des généralistes maitres de stage : Pr M Husson, De G Gentile ; Responsable du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés des Bouches du Rhône (SAMETH 13) : Mme G François.

2. Référencement des organismes et institutions sur le champ de la santé au travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : REFERENCEMENT SANTE TRAVAIL PACA

Période : 2012-2013

Problématique

Compte tenu de la complexification croissante du jeu d'acteurs sur le champ de la prévention des risques professionnels et de la santé au travail, et de la nécessité pour les entreprises et les préventeurs d'identifier les différentes ressources mobilisables en vue de mieux intégrer la prévention primaire dans les organisations du travail, le COSAR (COmité de Suivi et d'Accompagnement de la Réforme de la Médecine du Travail), mis en place par la Direccte Paca pour accompagner la mise en œuvre de cette réforme en Paca, a souhaité que soit effectué un référencement de l'ensemble des acteurs et des instances intervenant sur le champ de la santé au travail et de la prévention des risques.

Objectifs

L'objectif de ce "référencement" est de mettre en lisibilité et en visibilité les différentes composantes du système de santé au travail en région, de façon à ce que chacun puisse avoir une compréhension des acteurs et de leurs missions.

Il proposera ainsi une description des différents acteurs et instances présents sur ce champ dans la région, de leurs missions et proposera des liens avec d'autres sources d'information (notamment les sites internet des acteurs et instances identifiés). Les destinataires sont :

- les entreprises et notamment les PME et les TPE afin de leur permettre de mieux connaître les ressources disponibles à l'échelon régional ;
- les intervenants de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, en charge d'accompagner les entreprises dans leurs démarches ;
- les partenaires sociaux, impliqués dans la gouvernance des services de santé au travail ou au sein des CHSCT ;
- les différentes institutions (santé publique, santé environnementale, etc.) susceptibles de développer des actions connexes et complémentaires à la santé au travail.

Méthodologie

L'ORS s'est appuyé sur un groupe de travail, émanation du COSAR, pour repérer les différents acteurs mobilisés sur cette question (médecins du travail, préventeurs, partenaires sociaux, services de l'Etat, ...).

Ainsi, pour chaque acteur identifié, une fiche a été complétée par celui-ci renseignant notamment ses missions, champs d'intervention, objectifs, moyens d'intervention, couverture régionale et infra-régionale, la procédure de saisine de cet acteur et des exemples de sollicitation et/ou d'intervention.

Résultats

Une quarantaine d'acteurs a complété les fiches qui seront mises en ligne sur les sites de la DIRECCTE et de l'ORS au cours du second trimestre 2014.

Commanditaires

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

Partenaires

COSAR, CARSAT Sud-est.

3. Enquête auprès des Centres de Consultations de Pathologies Professionnelles en France

Sigle : ENQUETE CCPP

Période : 2013-2014

Problématique

La prise en compte de l'impact sur la santé des risques environnementaux est reconnue comme une priorité par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis plusieurs années qui estime qu'environ 15 % des pathologies sont imputables à l'environnement. Le Plan national santé environnement (PNSE-2) 2009-2013 a identifié un certain nombre de priorités et d'actions pour les mettre en œuvre. Une de ces priorités consiste à "Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé".

Objectifs

L'ORS Paca a proposé de réaliser une action auprès des centres de consultations de pathologies professionnelles (CP) de France métropolitaine mais aussi certaines structures hospitalières ayant développé une organisation spécifique pour étudier les liens entre une pathologie et l'environnement. L'objectif de l'action était de répondre aux questions suivantes : des CP ou des structures hospitalières assurent-elles une prise en charge de patients pour des problèmes de santé potentiellement liés à l'environnement, au-delà du domaine professionnel stricto sensu ? Si oui, par qui sont adressés les patients ? Quelles sont les modalités d'accueil de ces patients ? Que représentent-ils dans la file active des personnes prises en charge dans les CP ? Quelles évolutions ont été constatées en la matière ces dix dernières années ? Quels types de problèmes de santé sont observés et de quelles prises en charge bénéficient les patients ? Quels sont les moyens mobilisés pour ces prises en charge et/ou quels seraient les moyens nécessaires pour répondre à ce type de problématique ? Quels sont les moyens mobilisés pour le suivi des orientations qui sont émises lors des consultations ? Quels seraient les moyens humains et financiers nécessaires, au sein des CP, pour développer ce type d'activité.

Méthodologie

Pour répondre à l'ensemble de ces questions, l'ORS a proposé la démarche suivante : - Réaliser, dans un premier temps, des entretiens avec quelques CP et avec le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) qui regroupe les 32 CP de France métropolitaine pour faire un point sur la prise en charge de pathologies potentiellement dues à l'environnement et les modalités de suivi des orientations ; - Vérifier auprès du rnv3p si des pathologies environnementales non professionnelles sont colligées dans leur système d'information standardisé et si oui, combien et quels types ; - Conduire une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des CP en France métropolitaine et auprès de quelques structures hospitalières ayant développé une organisation spécifique pour étudier les liens entre une pathologie et l'environnement afin de répondre aux questions ci-dessus.

Résultats

Parmi les 32 CP sollicités pour répondre à l'enquête, 31 ont complété le questionnaire. L'activité des CP est répartie de façon inégale selon les régions avec 70 % des consultations enregistrées sur l'Île de France entre 2001 et 2009. Les ressources humaines des CP sont également marquées par de fortes disparités avec une densité d'offre (pour 100 000 personnes actives occupées, et tout professionnel confondu) variant de 0,1 vacation en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à 12,9 vacations en Alsace. Au delà de la présence constante de médecins du travail dans les équipes des CP, leur composition en termes de types de spécialités représentées varie là encore notablement d'un CP à l'autre. Presque tous les CP (sauf 3 qui ne se sont pas prononcés) considèrent que la santé environnement fait ou doit faire partie de leurs missions. La majorité considère qu'il est important d'ancrer une expertise santé-environnement dans les régions et que leur activité doit se concentrer sur le diagnostic du lien santé-environnement et la prévention des pathologies environnementales. En dépit de sources de financement communes, seuls les responsables de 7 CP considèrent leurs moyens adaptés pour répondre à la demande actuelle de consultation quel qu'en soit le motif alors qu'une large majorité des autres responsables jugent leurs ressources financières insuffisantes. Par ailleurs, pour la majorité des CP qui ne réalisent actuellement pas de consultation santé-environnement, les raisons sont essentiellement liées à un manque de ressources humaines. Des difficultés d'accès à une expertise spécialisée en santé-environnement dans le CHU sont aussi soulignées.

Commanditaires

Ministère des affaires sociales et de la santé / Direction générale de la santé (DGS).

Partenaires

Le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p).

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

Sigle : QUALI MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Période : 2011-2013

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 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 seconde enquête qualitative a été mise en place sur ce thème auprès d'usagers et d'employeurs.

Objectifs

Cette enquête visait 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 eu 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 a consisté en la réalisation de plus d'une trentaine d'entretiens individuels, auprès de salariés (concernés par des troubles musculo-squelettiques avec répercussions sur l'activité professionnelle ; n=17) et d'employeurs (n=16) entre 2012 et 2013. Deux guides d'entretien distincts ont été élaborés (un pour les entretiens avec les usagers, un autre pour les entretiens avec les employeurs) et ont servi de trame commune à l'ensemble des entretiens. Une analyse de contenu thématique a été utilisée pour exploiter les données récoltées.

Résultats

La majeure partie des salariés et des employeurs interrogés a peu recours aux dispositifs de maintien dans l'emploi. Ce constat peut tout en partie s'expliquer par leur méconnaissance globale des outils et des instances existants, bien que certains employeurs, dans les grandes entreprises, soient mieux renseignés. Une des conséquences de ce constat est la primauté du recours à des solutions informelles de gestion des TMS, ce qui est apparu de façon récurrente dans les récits des salariés comme dans ceux des employeurs.

Des efforts d'informations sont indispensables auprès des employeurs et des salariés de la région sur les dispositifs, les procédures et les acteurs du maintien dans l'emploi afin de mieux faire connaître ces dispositifs.

Commanditaires

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

Partenaires

Université de Provence, UFR de Psychologie.

5. 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, - 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.

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 ; 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 d'environ 15 médecins par bassin d'exercice, généralistes et spécialistes.

Lieux : Deux bassins d'exercice choisis dans la région Paca (Toulon et Marseille).

- Première réunion : présentation d'un cas clinique de cancer professionnel, de situations de travail à risques, du site www.sistepaca.org. 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 pluri-institutionnel du SISTEPACA est mis en place. L'évaluation auprès des médecins est de type avant-après par un questionnaire standardisé.

Résultats

Les médecins des deux cycles ont des caractéristiques socio-démographiques différentes, mais des pratiques de déclaration en maladie professionnelle et d'utilisation de la visite de pré-reprise proches. Les besoins identifiés concernent principalement la nécessité d'outils pour favoriser l'interrogatoire de l'origine professionnelle d'un cancer, le remplissage de certificats médicaux et la méconnaissance des acteurs du maintien dans l'emploi.

Au final, cette étude a permis de démontrer la faisabilité d'un cycle de formation sur la prise en charge médico-sociale des personnes atteintes de cancers professionnels, basé sur l'acquisition et/ou le perfectionnement de connaissances sur les cancers professionnels, de compétences pour déclarer une maladie professionnelle et pour orienter les patients d'un point de vue médico-social, en deux réunions avec un recueil de cas intermédiaire permettant une analyse des pratiques professionnelles. Ces cycles, qui préfiguraient les objectifs du développement professionnel continu, vont être reproduits sur d'autres bassins d'exercice en région PACA.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa).

Partenaires

Institutions collaborant au SISTEPACA (voir rubrique "Qui sommes-nous" du site www.sistepaca.org ») ; Réseau ONCOPACA – Corse.

6. Dépistage des troubles visuels et auditifs auprès d'enfants de 3 à 5 ans inscrits dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : EVALMATER 2013

Période : 2013-2015

Problématique

Le dépistage des troubles de la vision et des troubles auditifs fait partie du bilan de santé réalisé en petite et/ou moyenne section de maternelle dans l'ensemble des départements de la région Paca par les services de PMI et les équipes médicales des villes de Canne, Nice et Antibes. Depuis 2004, ce dernier s'appuie sur un outil standardisé "Eval Mater", construit et validé chez des enfants âgés de 3,5 à 4,5 ans dans un travail de collaboration entre l'ORS, le service de neurologie pédiatrique de l'hôpital de la Timone et les services de PMI de la région pour harmoniser les pratiques. Cependant, les méthodes de dépistage des troubles visuels et auditifs diffèrent encore selon les départements voire les professionnels mettant en œuvre le bilan selon notamment les moyens à leur disposition (par exemple, appui ou non de personnels infirmiers, de puéricultrices...). La qualité de l'orientation effectuée dépend également des tests utilisés. Cette absence d'harmonisation du dépistage est problématique dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé.

Objectifs

L'objectif général visé par cette action est de formuler et tester des recommandations pour améliorer le dépistage précoce des troubles auditifs et visuels en petite et/ou moyenne section de maternelle chez des enfants âgés de 3,5 à 4,5 ans dans les départements de la région Paca. Les recommandations issues de ce projet, seront mises en œuvre en s'appuyant sur le bilan de santé standardisé "Eval Mater".

Les finalités du projet sont, en s'appuyant sur une harmonisation de ces dépistages en région Paca, de contribuer à une réduction des retards scolaires et, partant, des inégalités sociales de santé, un des objectifs majeurs du Projet Régional de Santé adopté en Paca pour 2012-2016. Pour cela, il s'agira d'accroître l'efficacité du dépistage précoce en petite et/ou moyenne section de maternelle en permettant, le cas échéant, une optimisation des stratégies et du dispositif de dépistage déployés par les équipes de PMI pour effectuer ces bilans de santé.

Méthodologie

Une démarche en plusieurs étapes est proposée par l'ORS et les services de PMI des départements de la région :

- 1) Analyse des pratiques actuelles de dépistage des troubles auditifs et visuels en petite et/ou moyenne section de maternelle dans les services de PMI de la région : les résultats de l'enquête 2009-2010, auprès de 3000 enfants à l'aide d'Eval Mater, seront complétés par des entretiens avec des responsables et des membres des équipes de PMI pour préciser les motifs de choix des tests, les stratégies de dépistage, les conditions de passation, les contraintes,...
- 2) Synthèse des données d'expertise et des recommandations en France relatives au dépistage des troubles auditifs et visuels chez les enfants, notamment pour documenter qualités et intérêt de ces tests selon les conditions de passation.
- 3) Elaboration de recommandations pour améliorer et harmoniser les stratégies de dépistage des troubles visuels et auditifs dans les départements de la région Paca.
- 4) Mise en œuvre des recommandations sur le dépistage précoce des troubles auditifs et visuels et principe de l'évaluation : une évaluation sera réalisée sur un échantillon d'environ 2 000 enfants de 3 à 5 ans inscrits dans les écoles maternelles de la région, par une approche comparative (écoles avec mise en œuvre des recommandations et écoles dans lesquelles le dépistage des troubles auditifs et visuels ne sera pas modifié) mesurant les taux d'enfants dépistés, surveillés et orientés.

Résultats

La mise en place d'un comité de pilotage réunissant les responsables des services de PMI de la région, l'ORS Paca, l'ARS Paca et des experts dans le dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant a été mis en place en décembre 2013 pour valider les différentes étapes de cette étude qui va se dérouler durant 2 années.

A l'issue du projet, en 2015, une réunion des médecins et services de PMI sera organisée, en présence de l'ARS, afin de restituer les résultats et conclusions de l'action.

Commanditaires

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) dans le cadre des Projets marge du FIR 2013.

Partenaires

Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des six Conseils Généraux de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

7. Compréhension de la pratique tabagique, des croyances des fumeurs, et de leurs attitudes à l'égard de la lutte antitabac

Sigle : ACTAS

Période : 2012-2014

Problématique

En France comme dans beaucoup d'autres pays, la lutte antitabac constitue aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé publique. Pour faire reculer le tabagisme, les pouvoirs publics ont intensifié leurs efforts au cours des années 2000, avec un succès relatif, dans la mesure où la différenciation sociale du tabagisme s'est accrue : la prévalence tabagique a surtout baissé chez les cadres, restant stable parmi les ouvriers et augmentant même parmi les chômeurs. Ce constat est d'autant plus préoccupant que la réduction des inégalités sociales de santé constitue elle-aussi une priorité de santé publique.

Objectifs

Pour mieux comprendre les difficultés de la lutte antitabac, nous proposons une démarche de recherche qui mobilise la sociologie des normes et de la déviance. Cela implique de s'interroger sur l'adhésion que les valeurs promues par la prévention suscitent au sein de la population. En effet, la valorisation de la santé, la capacité à se projeter dans le long terme, comme la confiance à l'égard de la prévention, ne sont pas uniformément réparties au sein de la population : il s'agit de documenter cette différenciation. En outre, il importe de comprendre comment les fumeurs "digèrent" les messages préventifs pour justifier leur pratique, en relativisant les risques encourus (en référence à la notion de "carrière morale").

Cette recherche devrait contribuer à une meilleure compréhension de la pratique tabagique, des croyances des fumeurs, et de leurs attitudes à l'égard de la lutte antitabac, ainsi que de la façon dont ces trois aspects se combinent, tout en proposant un éclairage original sur les inégalités sociales de santé. Cette compréhension pourra éclairer les difficultés que rencontre la lutte antitabac, nourrir la réflexion des experts, et déboucher sur des recommandations concrètes. Enfin, en croisant les approches sociologique et économique, nous espérons participer à la pluridisciplinarité dans les domaines des sciences humaines et sociales appliquées dans le domaine de la santé.

Méthodologie

Nous exploiterons quatre enquêtes quantitatives nationales : ESCAPAD 2008 (enquête auto-administrée, N=39 542, jeunes de 17 ans, question ouverte sur les opinions à l'égard de la lutte antitabac), INPES 2008 (enquête téléphonique, N=2 000, 18-75 ans, questions sur les attitudes à l'égard de la prévention en général et de la lutte antitabac, sur les préférences temporelles, sur les besoins satisfaits par la cigarette), Baromètre cancer 2010 (N=2 949, 15-85 ans, questions sur le déni du risque tabagique) et Baromètre santé 2010 (sous-échantillon interrogé sur la stigmatisation des fumeurs, N=3 091). Dans ces trois enquêtes, les thématiques citées peuvent être croisées avec un large éventail d'indicateurs relatifs à la pratique tabagique des enquêtés ainsi qu'à leur situation sociale au sens large. Selon les données et les objectifs poursuivis, un large spectre de méthodes statistiques seront utilisées (statistiques exploratoires multivariées, modèles logistiques, systèmes d'équations simultanées...).

Résultats

Les analyses réalisées pour les trois enquêtes de l'INPES ont permis la publication de quatre articles (European Journal of Public Health, International Journal of Drug Policy, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Addictive Behaviours). Ils montrent que les préférences temporelles, elles-mêmes liées au statut socioéconomique, influencent la pratique tabagique, mais aussi les réactions face à la hausse des prix et la réception des messages préventifs. En outre, les croyances qui permettent aux fumeurs de relativiser le risque tabagique sont également socialement déterminées, et corrélées à des sources d'information spécifiques sur le cancer (proches, internet...). Ces articles montrent aussi qu'une partie significative de la population entretient des représentations stigmatisantes à l'égard des fumeurs. Un cinquième article a été soumis à Social Science and Medicine (à partir de l'exploitation des données INPES). Les analyses réalisées en 2013 sur les données ESCAPAD seront valorisées au cours de l'année 2014.

Commanditaires

Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projet 2011 "Santé mentale, prévention, prospective, thématiques générales de l'IReSP".

Partenaires

Olivier L'Haridon, Université de Rennes et GREG-HEC.

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 : ALD2010 - CDV2011 - VICAN

Période : 2010-2013

Problématique

Les conséquences du cancer pour les personnes atteintes et leur entourage sont nombreuses et affectent chacun des secteurs de la vie quotidienne. Les changements occasionnés sont sensibles et peuvent perdurer bien après le diagnostic et la phase de traitements. On sait aujourd'hui que les survivants du cancer doivent non seulement faire face aux séquelles liées à la maladie mais aussi à des problèmes de réinsertion sociale et de réintégration professionnelle. Ainsi, la littérature médicale internationale rapporte l'importance des restrictions d'activité que les survivants du cancer doivent impérativement opérer dans leur activités et cela, même à distance des traitements. Ces restrictions peuvent dans une certaine mesure se présenter comme des obstacles à un retour à une vie "sans cancer". Dans de nombreux pays développés, le maintien dans l'emploi, la lutte contre la discrimination, la prise en charge de la fatigue ou le traitement de la douleur sont devenus des enjeux de premier plan dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie à moyen et long terme des survivants du cancer.

Aider à mieux connaître les difficultés quotidiennes auxquelles est confrontée cette population contribue donc pleinement à cet objectif et c'est dans cette perspective que, sous l'impulsion de l'INCa et à la suite du deuxième "plan cancer", le projet de réaliser une enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes a été élaboré. Ce projet fait suite à une première investigation conduite en 2004.

Objectifs

Ce projet a deux objectifs : - Rendre compte de l'état de santé des personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic ainsi que des séquelles physiques et psychologiques générées par les traitements ; - Identifier et évaluer les effets à moyen terme de la maladie au niveau de la réinsertion sociale et de la réintégration professionnelle des personnes atteintes.

Méthodologie

Un échantillon de 6 000 personnes a été constitué de manière aléatoire à partir des fichiers de l'Assurance-Maladie. Ont été sélectionnées des personnes ayant bénéficié d'une mise en ALD pour cancer deux ans auparavant (en 2009 ou en 2010).

Douze localisations ont été choisies : 4 localisations dites de "bon pronostic" (cancer du sein, de la prostate, de la thyroïde, mélanome) ; 7 localisations dites de "pronostic intermédiaire" (cancer du colon-rectum, cancer des Voies Aéro-Digestives Supérieures, cancer de la vessie, cancer du rein, lymphome non Hodgkinien (LMNH), cancer du corps utérin et cancer du col de l'utérus) ; 1 localisation dite de "mauvais pronostic" (cancer du poumon).

Pour l'ensemble des personnes incluses dans l'échantillon, un croisement de trois types de données recueillies sur plus d'un an, sera organisé. Un premier groupe de données sociales et "comportementales" est issu d'un questionnaire administré auprès de chacune des personnes de l'échantillon constitué. Il concerne des domaines aussi différents que l'état de santé général physique ou psychologique avec une attention toute particulière portée sur la douleur et la fatigue, les relations avec le système de soins, la situation professionnelle et les conditions de travail, la situation familiale et la vie conjugale, la vie sociale à l'exemple de la sexualité, les croyances spirituelles, l'alimentation, la pratique du sport et l'exercice physique, enfin la perception du temps et des risques.

Ce premier jeu de données sera complété par des informations médicales recueillies auprès des médecins ayant initié la mise en ALD au moment du diagnostic, et par des données extraites de la consommation de soins enregistrée par l'Assurance-Maladie.

Résultats

L'ensemble des résultats a donné lieu à la production d'un ouvrage lequel sera présenté lors d'un colloque national prévu le 10 juin 2014. Cette journée de restitution, organisée par l'Institut National du Cancer, se tiendra dans les locaux de la Bibliothèque Nationale de France et réunira l'ensemble des acteurs et décideurs intervenant dans le domaine.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

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

Si le cancer du sein chez la femme jeune demeure de moins bon pronostic que chez la femme ménopausée, le recours aux thérapies adjuvantes et ciblées a permis une baisse sensible de la mortalité et la proportion de celles qui vivent avec le cancer comme une maladie chronique est en augmentation. Cependant, l'impact à long terme de la maladie et le quotidien des " survivantes " est encore peu connu. C'est ce constat qui a motivé la mise en place de la cohorte régionale ELIPPSE 40 en septembre 2005.

Objectifs

L'objectif principal était de décrire les conséquences d'un cancer du sein sur le devenir des femmes à moyen et long termes : conséquences sur leur vie sociale, leur vie quotidienne, leur qualité de vie et leur survie. Trois thèmes font l'objet d'études particulières : la réinsertion professionnelle et l'accès aux prêts et assurances, l'impact du cancer et de ses traitements sur le projet reproductif (désir d'enfant, grossesses, accès à l'adoption) ainsi que le ressenti et la prise en charge des séquelles de la maladie.

Méthodologie

Entre septembre 2005 et septembre 2011, toutes les femmes de 18 à 40 ans, vivant en région PACA ou en Corse et incluses dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un primo diagnostic de cancer du sein ont reçu une invitation par courrier à participer à l'étude. Les femmes souffrant d'un cancer d'emblée métastatique n'étaient pas éligibles. Toutes les femmes ayant renvoyé leur consentement écrit ont répondu à un premier questionnaire postal puis ont été ensuite contactées pour des entretiens téléphoniques à 10, 16, 28, 48 mois du diagnostic. Des questionnaires médicaux sont parallèlement adressés aux médecins traitants et 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 : 624 femmes ont été incluses (taux de réponse 73%). Les analyses longitudinales ont mis en évidence une mauvaise observance dans le temps aux traitements hormonaux adjuvants et la fréquence des plaintes d'ordre cognitifs deux ans après le début de la maladie chez les femmes ayant reçu une chimiothérapie. Par ailleurs les deux tiers des femmes se plaignent d'une détérioration de leur vie sexuelle à 4 ans du diagnostic et près de la moitié sont insatisfaites de l'information qu'elles ont reçue sur les risques d'infertilité liés à leurs traitements. Des enquêtes qualitatives ont par ailleurs montré une prise en charge médicale insuffisante des douleurs chroniques, pourtant très fréquentes, ainsi que l'importance du réseau social individuel pour faire face aux difficultés professionnelles qui souvent surviennent dès le diagnostic. L'évolution des phénomènes douloureux dans le temps est en cours d'étude 2014.

Le recueil des questionnaires à 48 mois est toujours en cours et doit s'achever début 2015.

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 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; 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 " ; Cancéropôle Paca.

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

En raison de la grande hétérogénéité de la population des plus de 65 ans et bien que le cancer soit en premier lieu une maladie du sujet âgé, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la survie à long terme des patients cancéreux âgés et à leurs besoins. La région PACA est l'une des régions françaises où l'index de vieillissement est le plus élevé, ce qui a permis d'envisager la mise en place d'une cohorte de femmes de plus de 65 ans. Le cancer du sein, dont l'incidence est maximale vers 65 ans et qui représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers féminins, a été choisi comme pathologie d'étude. La cohorte régionale ELIPPSE 65 a été initiée en janvier 2007 dans ce contexte particulier.

Objectifs

L'objectif principal de ce projet est de documenter les conséquences 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. Etant donné la fréquence des comorbidités dans cette tranche d'âge, l'impact du cancer du sein sur la qualité de vie doit être étudié par rapport aux autres pathologies chroniques. Certains thèmes sont particulièrement développés : impact de la maladie et des effets secondaires des traitements sur l'autonomie, accès aux différents traitements, place de l'assistance familiale et/ou professionnelle dans le suivi à long terme. Les données recueillies permettront aussi de décrire les circonstances du diagnostic, les délais de prise en charge et la participation des patientes aux choix thérapeutiques.

Méthodologie

Entre janvier 2007 et septembre 2010, toutes les femmes âgées de 65 à 80 ans, vivant dans l'un des trois départements principaux de la région PACA (06,13, 83) et incluses dans le fichier ALD de l'Assurance Maladie pour un diagnostic de primo cancer du sein ont été invitées par courrier à participer à l'étude. Les femmes présentant un cancer d'emblée métastatique ou souffrant de pathologies psychiatriques graves n'étaient pas éligibles. 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 et 4 ans après. Une mini évaluation gériatrique centrée sur l'autonomie physique et psychique a été réalisée au domicile de la personne. Lors de chaque interview, un questionnaire médical a été adressé au médecin traitant et 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 juin 2010 ; 732 femmes ont été incluses avec un taux de réponse de 56%. Le cancer du sein dans cette tranche d'âge est surtout découvert par mammographie, mais seulement dans la moitié des cas via le dispositif de dépistage organisé gratuit qui garantit une double lecture. Les analyses longitudinales ont montré une sous-utilisation par les chirurgiens de la méthode du ganglion sentinelle chez les femmes les plus âgées, une sous prescription de chimiothérapie uniquement liée à l'âge calendaire et une observance aux traitements hormonaux adjuvants qui a tendance à s'effriter dans le temps, notamment chez les femmes utilisant des thérapies non conventionnelles. Enfin, la douleur chronique est fréquente mais souvent non verbalisée et non prise en charge sur le plan médical. Des analyses sont en cours sur le suivi des plus âgées dans le temps.

Commanditaires

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

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

L'incidence du cancer du sein est maximale vers 65 ans et il représente approximativement 30% de l'ensemble des cancers féminins diagnostiqués. Au cours dernières années, de nouvelles thérapies adjuvantes ont démontré leur efficacité et il y a actuellement de plus en plus de " survivantes " du cancer, vivant avec le cancer comme avec une maladie chronique. Plus récemment, le concept de personnalisation des soins a retenu l'attention des oncologistes. Son objectif est d'éviter les effets secondaires inutiles et d'augmenter l'efficacité des traitements. Mieux prendre en compte la morbidité associée aux traitements du cancer est devenu un enjeu important avec l'augmentation de l'espérance de vie des patientes. Jusqu'à présent cependant, peu de progrès ont été réalisés pour identifier les stratégies thérapeutiques les plus efficaces au plan individuel et de nombreux patients, en particulier âgés, sont soit " sur " traités soit " sous " traités.

En 2007, l'UMR912 de l'INSERM, en collaboration avec l'ORS PACA, a mis en place ELIPPSE 65, une cohorte de femmes âgées de 65 ans et plus, souffrant d'un cancer du sein. Ses principaux objectifs étaient d'étudier les conséquences à long terme du cancer du sein sur la vie quotidienne, la qualité de vie et la survie. Cette cohorte peut également répondre à des questions plus spécifiques, en particulier sur le suivi médico-psychologique à long terme après un cancer du sein.

Objectifs

Les objectifs de ce projet sont d'analyser dans la cohorte ELIPPSE 65 existante :

- les circonstances du diagnostic du cancer du sein, les délais avant la première consultation et avant le début du traitement, la prise en charge médico-psychologique initiale
- le suivi médical, psychologique et social dans les 4 ans suivant le diagnostic
- l'impact du traitement initial et du suivi médical, social et psychologique sur la qualité de vie et la survie des patients.

Les données collectées doivent permettre d'analyser le suivi des patientes en fonction de leur âge, de la gravité de leur cancer, de l'endroit où elles vivent, de leur autonomie et de leur statut socio-économique, et de mettre en évidence de possibles inégalités dans l'accès aux soins et au suivi à long terme.

Méthodologie

Les données utilisées sont extraites des suivis de la cohorte ELIPPSE 65. Les inclusions sont closes depuis juin 2010 et 732 femmes ont été incluses avec un taux de réponse de 56%. Les analyses transversales, longitudinales et de survie sont réalisées avec les logiciels SPSS et STATA.

Résultats

Les premières analyses mettent en évidence une sous-utilisation par les chirurgiens de la technique du ganglion sentinelle chez les femmes les plus âgées, conduisant à la réalisation de curages axillaires " inutiles " et à l'apparition de lymphoedèmes responsables de douleurs chroniques et d'impotence fonctionnelle, ainsi qu'une sous-prescription de la chimiothérapie chez les plus âgées, indépendamment des résultats de l'évaluation gériatrique. En dépit des recommandations des gériatres, l'âge chronologique semble toujours déterminant dans le choix thérapeutique. L'étude de l'observance à long terme aux traitements hormonaux adjuvants a montré par ailleurs que 25% des femmes avaient interrompu leur traitement au bout de deux ans, principalement celles qui utilisaient des thérapies non conventionnelles. Enfin, la douleur est fréquente mais elle est souvent non verbalisée et non prise en charge sur le plan médical alors qu'elle altère considérablement la qualité de vie.

Le suivi médical et l'évolution des douleurs chroniques, ainsi que les modes de découverte du cancer chez les femmes qui ne sont plus sollicitées par le dépistage organisé sont en cours d'étude.

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. Prévalence des syndromes douloureux chez les personnes atteintes de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPSE et de l'enquête nationale CDV2011

Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPSE/CDV

Période : 2013-2014

Problématique

Si ces dernières années des politiques nationales ont été mises en place pour promouvoir et développer la lutte contre la douleur, l'évaluation et le traitement des douleurs résiduelles ou chroniques chez les patients cancéreux ne font toujours pas l'objet d'un consensus, comme en témoignent les données issues de l'enquête nationale 2010 pilotée par l'INCa. Les résultats de cette enquête ont montré que 62% des patients douloureux en situation de cancer avancé recevaient des traitements antalgiques insuffisants ou inadaptés. Face à ce constat alarmant, et devant l'absence de données sur le traitement des douleurs chroniques à long terme, il est légitime de s'interroger sur la situation des survivants du cancer à distance du diagnostic, la question de la prise en charge de la douleur ayant une relation directe avec la qualité des processus de réinsertion professionnelle et de réintégration sociale des patients. C'est dans cette perspective, et dans le prolongement de l'investigation menée par l'INCa, que ce projet d'exploiter conjointement les données longitudinales et transversales relatives au vécu de la douleur et à sa prise en charge a été élaboré.

Objectifs

L'objectif principal est de mesurer la prévalence des douleurs chroniques et la prise en charge médicale associée chez des patients, à distance d'un primo diagnostic de cancer (2 à 4 ans). Les objectifs secondaires sont d'étudier l'effet de l'âge dans la perception et l'impact de la douleur chronique chez les survivants du cancer en comparant les plus jeunes aux plus âgés ; de comparer la situation régionale à la situation nationale pour les femmes atteintes d'un cancer du sein ; de rendre compte des facteurs médicaux et sociaux susceptibles d'influencer le vécu de la douleur chronique chez les patients ainsi que le recours à des soins spécifiques ; et enfin d'identifier les caractéristiques sociales ou médicales associées à des situations de "sous-traitement".

Méthodologie

Des analyses statistiques (statistique inférentielle : description et modélisation) seront engagées à partir des données issues des recueils mis en œuvre dans le cadre des suivis régionaux ELIPPSE (qui comportent un volet spécifique sur la douleur) et de l'enquête nationale CDV (dont une section du questionnaire concerne le vécu de la douleur). Les cohortes ELIPPSE (suivi programmé jusqu'en 2015) concernent 617 femmes jeunes et 676 femmes âgées suivies pendant 5 ans après le diagnostic d'un cancer du sein. L'enquête CDV est une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de patients deux ans après un primo diagnostic de cancer.

Résultats

A 4 ans du diagnostic, plus de la moitié des 319 femmes interrogées dans ELIPPSE 40 ont déclaré avoir eu des douleurs au cours des 15 derniers jours, qui ont été insomniantes dans un tiers des cas. Seulement 29% des femmes ayant déclaré des douleurs ont pris des antalgiques. Près de la moitié des femmes considéraient que ces douleurs étaient directement liées à la prise en charge de leur cancer du sein.

Dans ELIPPSE 65, 409 femmes de 65 ans et plus ont répondu au questionnaire à 4 ans du diagnostic. A l'occasion de ce dernier questionnaire, 58% ont déclaré des douleurs au cours des 15 derniers jours (43% de douleurs fortes ou très fortes) mais seulement 18% des femmes reliaient directement ces douleurs à leur cancer du sein. Le recours aux antalgiques était beaucoup plus fréquent que chez les femmes jeunes (65% des femmes ayant des douleurs).

Dans le cadre de l'enquête CDV, 4259 personnes ont été interrogées à deux ans d'un diagnostic de cancer. Parmi elles, 1350 femmes avaient un cancer du sein (218 femmes de moins de 41 ans, 960 de 41 à 64 ans et 172 de 65 ans et plus). Les données sur la douleur, ainsi que les comparaisons avec les données d'ELIPPSE sont en cours d'analyse.

Commanditaires

Canceropôle PACA.

6. Prévalence et incidence des traitements psychotropes chez les patients avec un cancer : comparaison des données de l'enquête VICAN2 2011-12 à la population générale

Sigle : CANCER PSYCHOTROPES-CDV

Période : 2014-2015

Problématique

Les personnes avec un cancer présentent souvent une détresse psychologique. Cette détresse est étroitement liée à la peur et l'incertitude engendrées par la maladie. Les études documentant la prévalence d'utilisation des médicaments psychotropes et les facteurs associés chez les patients avec un cancer sont peu nombreuses au niveau international et plus particulièrement en France. Or, les pratiques de prescription des médicaments psychotropes chez les personnes avec un cancer reflètent en partie la connaissance et la prise en compte par les professionnels de santé de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques chez les personnes avec un cancer. L'enquête VICAN2 réalisée en 2011-12 en France, à la demande et avec le soutien de l'INCa, offre l'opportunité de documenter la prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes à partir des données du PMSI dans un échantillon national de personnes adultes souffrant de différents types de cancers.

Objectifs

L'objectif principal de ce projet est de comparer les niveaux de consommation de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs) observés dans l'enquête VICAN2 à ceux observés en population générale dans l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB).

Les objectifs secondaires seront de comparer les taux de remboursement de médicaments psychotropes observés sur l'enquête VICAN2 à ceux observés chez des patients bénéficiaires d'affections longues durées autres que tumorales sélectionnés dans l'EGB.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle de type cas-témoins, se déroulant en France métropolitaine. Les cas seront sélectionnés parmi l'ensemble des personnes échantillonnées dans le cadre de l'enquête VICAN2 (n = 16 429) et le pool des témoins potentiels sera constitué à partir d'individus sélectionnés dans l'EGB.

L'appariement entre les cas et les témoins sera réalisé par des scores de propension (PSM: Propensity Score Matching). La technique d'appariement utilisée sera celle du plus proche voisin.

Les comparaisons des niveaux de prévalence et d'incidence de recours aux médicaments psychotropes entre les cas (VICAN2) et les témoins (EGB) seront réalisées par des tests du khi-deux de McNemar et des régressions logistiques conditionnelles.

Résultats

Les résultats préliminaires sur l'échantillon VICAN2 suggèrent que de nombreuses prescriptions de psychotropes chez les patients avec un cancer ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques : remboursements répétés d'anxiolytiques/hypnotiques d'une part, alors que ces traitements doivent être prescrits de manière la plus brève possible, et remboursements ponctuels d'antidépresseurs d'autre part, alors que ces traitements doivent être prescrits pour au moins 6 mois.

Le recours des patients avec un cancer aux médicaments psychotropes montre des dynamiques temporelles très différentes entre anxiolytiques/hypnotiques et antidépresseurs : pour les premiers, un pic est observé dans les trois mois suivant le diagnostic, ce pic correspondant à de nouvelles prescriptions qui ne sont pas toutes renouvelées ensuite ; alors que pour les seconds, une augmentation progressive est observée tout au long de la période de suivi, sans pic de recours.

Commanditaires

Canceropôle PACA sur fonds de l'Institut National du Cancer (INCa) et du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Partenaires

Université de Bordeaux II ; Unité 657 INSERM ; Institut Paoli-Calmette.

7. Continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer

Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES

Période : 2012-2015

Problématique

Les voies par lesquelles les maladies peuvent entretenir, ou accroître, les inégalités sociales préexistantes demandent de désintriquer les inégalités d'exposition sociale et professionnelle à la maladie de celles liées à l'incertitude pesant sur l'emploi provenant des conditions ordinaires de fonctionnement du marché du travail. Ce projet de recherche s'intéresse aux conséquences socioéconomiques des maladies et de leur traitement sans évincer la manière dont le statut socioéconomique a pu en favoriser l'apparition selon des canaux que les études épidémiologiques sont en outre capables d'identifier.

Objectifs

La recherche s'articule autour de quatre objectifs :

1. évaluer les transitions sur le marché du travail des personnes atteintes d'un cancer entre emploi, non-emploi (chômage et inactivité), différencier ces transitions selon les critères retenus en hypothèse (genre, catégorie socioprofessionnelle, contrat de travail, auxquels peuvent être ajoutés des critères plus cliniques, comme le type de traitement reçu ou la localisation cancéreuse) et mesurer l'évolution de ces transitions entre 2004 et 2012 ;
2. identifier la contribution propre du cancer dans l'évolution de la situation face à l'emploi : comparer l'évolution de la situation professionnelle des personnes atteintes d'un cancer avec celle de personnes non-atteintes pour isoler l'effet propre de la maladie du jeu ordinaire du marché du travail, de nouveau en fonction de critères de stratification variés (genre, catégorie socioprofessionnelle, contrat de travail) et mesurer l'évolution, entre 2004 et 2012, de la différenciation de la contribution propre du cancer à la situation face à l'activité et à l'emploi ;
3. mesurer l'importance des phénomènes de discrimination liés à la maladie : repérer dans quelle mesure la perte d'emploi ou la difficulté du maintien en emploi sont liées à la perte objective de productivité des travailleurs atteints d'un cancer ou à un jugement subjectif de l'employeur en contrôlant la possible endogénéité de la déclaration d'une situation de discrimination par le salarié à sa situation face à l'emploi et évaluer l'évolution entre les enquêtes 2004 et 2012 de la proportion d'individus en emploi au moment du diagnostic estimant avoir été victimes d'attitudes discriminatoires et de la perte de chances de maintien en emploi occasionnée ;
4. évaluer le retentissement du cancer dans un contexte de double incertitude économique et sanitaire pour les travailleurs indépendants : évaluer le retour au travail des indépendants dans le cadre d'une double comparaison avec des indépendants non-atteints par le cancer et d'autres travailleurs atteints d'un cancer.

Méthodologie

La recherche s'appuie sur la modélisation de l'offre de travail des individus atteints d'un cancer et l'estimation de la probabilité d'occurrence d'une série d'événements afférents : interruption du travail, maintien dans l'emploi, retour en emploi, bénéfice d'un congé-maladie, durée du congé-maladie, retrait d'activité, déclaration d'invalidité. Quatre grands jeux de données seront utilisés (enquête cancer de l'INCa-DREES (données 2004), enquête cancer de l'INCa (données 2012), enquêtes emploi de l'INSEE (données 2004 et 2012)) et des méthodes d'estimation économétrique, dont certaines originales, seront mises en œuvre.

Résultats

La situation professionnelle des personnes avec un cancer s'est dégradée considérablement deux ans après le diagnostic avec un taux d'activité qui est passé de 88,2 % en 2010 à 79,9 % en 2012 : le taux d'emploi a reculé à 61,3 % et le taux de chômage s'élevait à 11,1 %, c'est-à-dire quatre points de plus qu'en 2010. L'évolution de la situation professionnelle en population générale va à l'encontre de celle observée chez les personnes avec un cancer. Les personnes les plus vulnérables vis-à-vis de la perte d'emploi deux ans après le diagnostic de cancer sont principalement celles qui travaillent dans les catégories socioprofessionnelles dites d'exécution, les plus jeunes et les plus âgés, les personnes mariées, avec un niveau d'études inférieur au bac, avec des contrats précaires, et ceux travaillant dans des PME. Ces catégories sont les mêmes qu'en population générale, ce qui met en évidence une double peine qui réunit les caractéristiques déjà défavorables sur le marché du travail et l'impact du diagnostic de cancer : les personnes dans les activités d'exécution sont d'autant plus vulnérables que les séquelles à la suite du traitement du cancer sont importantes. Par ailleurs, les aménagements du poste de travail apparaissent comme protecteurs de l'emploi quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projet 2012 "Cancer : maintien dans l'emploi et retour au travail".

8. Contribution des opinions et perceptions aux inégalités sociales de comportements à risque de cancer

Sigle : ISACC

Période : 2013-2015

Problématique

L'incidence des cancers reste plus importante en France que dans la plupart des pays développés et continue de progresser pour certains groupes de population et pour certaines localisations. Les cancers sont les pathologies qui contribuent le plus aux inégalités sociales de santé en France.

Les comportements de santé sont l'un des facteurs par lesquels le statut socio-économique (SSE) influence l'état de santé. En dépit des multiples actions d'éducation visant à modifier les comportements à risque pour le cancer en France, une stabilisation de la prévalence de la consommation d'alcool à un niveau relativement élevé et une reprise de la consommation de tabac sont actuellement observées tandis que les inégalités sociales vis-à-vis de ces comportements persistent.

Objectifs

L'objectif général de ce projet est de mieux caractériser et comprendre les inégalités sociales face à certains comportements à risque de cancers (consommation de tabac, d'alcool et exposition aux UV naturels) et de déterminer si les opinions et perceptions individuelles face à ces comportements contribuent aux inégalités sociales de comportements à risque.

Trois objectifs spécifiques viseront à vérifier si : 1) les opinions relatives aux comportements à risque s'associent entre elles pour constituer des typologies et si ces typologies se différencient selon les caractéristiques sociales et démographiques de la population ; 2) ces typologies d'opinions sont prédictives de comportements à risque ; 3) les inégalités sociales de comportement à risque sont en partie expliquées par les opinions (ou leurs typologies) sur les risques. Ces 3 objectifs spécifiques seront étudiés pour les opinions relatives à chaque comportement à risque séparément et d'une façon transversale pour le cumul de ces opinions et comportements.

Méthodologie

Ce projet repose sur des analyses secondaires de l'enquête nationale Baromètre cancer 2010 conduite par l'Institut national d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national du cancer (INCa). Les typologies d'opinions et de comportements à risque seront construites à partir d'analyses factorielles (construction de scores) et/ou de méthodes de classification ascendante hiérarchique. Pour tenter de dépasser les limites des indicateurs objectifs classiques du SSE (revenus, catégorie socioprofessionnelle...), un indicateur composite sera construit à partir de plusieurs variables en incluant des variables « subjectives » (sur la situation financière perçue par exemple). Les facteurs associés aux opinions et les liens entre les opinions et les comportements seront étudiés à l'aide de régressions multiples logistiques (binaires ou polytomiques) ou linéaires. Pour répondre au 3^{ème} objectif spécifique, nous procéderons à une analyse des facteurs médiateurs (mediational analysis).

Résultats

A terme le projet aboutira à une typologie d'opinions et perceptions relatives à certains comportements à risque de cancer (tabac, alcool, exposition aux UV naturels) permettant de mettre en évidence certains freins à l'adoption de comportements plus favorables vis-à-vis des risques de cancer et les liens entre ces freins et les caractéristiques sociales et démographiques des individus. Il permettra aussi de montrer si ces opinions et perceptions contribuent aux inégalités sociales de comportements de santé. Ces résultats devraient aider à cibler les messages de prévention selon les catégories de la population générale et à étayer des démarches d'intervention collectives ou individuelles de type multirisque, ce dans une perspective plus globale de réduction des inégalités face au cancer, une des priorités nationales.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projets 2013 "Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique".

Partenaires

Inserm U669.

9. Défis dans l'estimation de la survie nette (mortalité en excès)

Sigle : CENSUR

Période : 2012-2016

Problématique

L'estimation de la survie est utilisée dans de nombreuses études médicales visant à étudier le pronostic de patients, l'impact de certaines variables sur la maladie étudiée. Plus généralement, l'estimation de la survie est un indicateur pertinent pour juger du contrôle de la maladie. Pour les pathologies chroniques, comme le cancer, la création de registres a permis d'améliorer les connaissances épidémiologiques. Depuis ces dernières décennies, les données de registres de cancer sont largement utilisées pour évaluer et améliorer la qualité des soins. Les analyses sont généralement effectuées en utilisant les méthodes de la mortalité en excès qui visent à estimer et à modéliser l'excès de mortalité auquel est soumis un groupe de patients et à en déduire leur survie nette (c'est-à-dire la survie corrigée pour les autres causes de décès). Dans ce contexte, la modélisation a pour objectif d'étudier l'impact des facteurs pronostiques sur l'excès de mortalité et d'évaluer la probabilité de guérison dans différents groupes de patients. Les estimations de la survie par cancer, obtenue à partir de données « de population » recueillies au sein des registres de cancers existants, sont régulièrement analysées et publiées dans les différents pays européens. Des comparaisons entre pays ne sont justifiées que si les méthodes utilisées ont pris en compte les biais inhérents aux études d'observation et sont le fruit d'une réflexion et d'une stratégie de développement auxquelles tous les partenaires concernées adhèrent. Le développement et l'harmonisation de cette méthodologie trouvent donc ici leur pleine justification.

Objectifs

L'objectif global de ce projet est d'améliorer les méthodes actuelles d'estimation de la survie nette (mortalité en excès) et d'élargir leur champ d'application en vue d'obtenir : (i) des outils permettant de modéliser des données complexes; (ii) des estimations plus précises qui permettent d'avoir des informations sur la survie de patients atteint de la maladie étudiée et sur son impact sur la Santé Publique.

Ce projet comporte trois axes de recherche visant à : (1) proposer de nouveaux développements méthodologiques pour répondre aux questions qui sont le résultat de nos travaux au cours de notre projet précédent (MESURE ; ANR-09-BLAN-0357-01) ; (2) étendre et évaluer de nouvelles méthodes et modèles statistiques ; (3) transférer des méthodes d'estimation de la survie nette utilisée dans le cadre du cancer à d'autres applications spécifiques.

Méthodologie

Les objectifs seront atteints en suivant une méthodologie d'élaboration de projet divisé en 4 work packages et organisé en 11 Tâches, dont une dédiée à la coordination du projet (Tâche 1).

Le WP1 est dédié à de nouveaux développements méthodologiques reliés directement aux résultats obtenus dans notre projet précédent MESURE (Méthodes d'Estimation de la SURvie Relative).

Le WP2 concerne l'extension et l'évaluation de méthodes statistiques pour estimer la survie nette.

Le WP3 porte sur le développement méthodologique pour des applications spécifiques nouvelles.

Le WP4 concerne la dissémination des résultats obtenus dans ce projet, et plus généralement, des méthodes statistiques pour l'analyse de la survie nette.

Résultats

Le projet suit son déroulement selon le calendrier prévu. Les avancées sont présentées et discutées lors des réunions semestrielles.

Commanditaires

Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel à projets blanc 2012 Physiologie, physiopathologie, santé publique.

Partenaires

Service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon ; Service de Biostatistique du CHU de Dijon ; INRS - Département d'Epidémiologie en Entreprise ; Réseau des registres français des cancers (FRANCIM) ; Non communicable Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Londres) ; Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Superior di Sanita, Roma (Italy) ; Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill university, Montreal (Canada) ; Institute for Biostatistics and Medical Informatics, Faculty of Medicine, Ljubljana (Slovenia).

10. COMPNETS : Tests de comparaisons de la survie nette par cancer

Sigle : COMPNETS

Période : 2013-2015

Problématique

La survie par cancer est un indicateur central dans la lutte contre le cancer. La création de registres de cancer a permis d'accroître les connaissances sur l'épidémiologie des cancers. Comme elle n'est pas affectée par les changements temporels et/ou géographiques de la mortalité due aux autres maladies, la survie nette par cancer est le seul indicateur de survie qui peut être utilisé pour des comparaisons entre registres/pays ou des analyses de tendances temporelle. Face à la nécessité croissante d'étudier les inégalités socio-spatiales dans la survie par cancer, la survie nette par cancer est également un estimateur intéressant.

Un nouvel estimateur sans biais de la survie nette a été proposé récemment (estimateur de Pohar-Perme). N'étant pas influencé par la mortalité de la population générale, il est donc approprié pour les comparaisons internationales de survie nette par cancer. Cependant, les tests statistiques de comparaison des probabilités de survie nette de Pohar-Perme ne sont pas encore disponibles.

Objectifs

L'objectif est de proposer des tests statistiques de comparaisons de fonctions de la survie nette par cancer de Pohar-Perme afin d'avoir la possibilité de comparer (i) les fonctions de survie nette par cancer de deux ou plusieurs groupes de patients, et par extension (ii) les fonctions de survie nette par cancer entre registres et pays.

Plus précisément, nous proposons d'investiguer différentes procédures pour comparer des fonctions de survie nette par cancer. Nous allons (i) étudier les aspects théoriques de ces procédures, (ii) évaluer leurs performances par simulations, et (iii) les appliquer à des données populationnelles réelles.

Méthodologie

Le programme scientifique est organisé en 3 tâches :

1) élaboration de procédures pour comparer les fonctions de survie nette de deux ou plusieurs groupes de patients : nous adapterons les procédures existantes pour comparer les fonctions de survie dans le contexte de survie nette et nous étudierons leurs aspects théoriques.

2) évaluation de leur performance : nous évaluerons par simulation la performance de ces procédures (différents scénarios en fonction, par exemple, de l'âge des patients, l'effet réel associé au groupe de patients, la distribution du nombre de décès par cancer en fonction du temps, la présence/absence de proportionnalité entre les taux de mortalité par cancer, la taille des groupes, le taux global de censure).

3) application sur des données réelles : ces procédures seront appliquées sur des données réelles (données populationnelles de registres de cancer du réseau FRANCIM et données d'essai thérapeutique) afin de se centrer sur la comparaison des distributions de survie entre les groupes de patients définis.

Résultats

A la fin de ce projet, nous produirons de nouveaux tests statistiques pour comparer les fonctions de survie nette de deux ou plusieurs groupes de patients. Nous étudierons leurs aspects théoriques et évaluerons systématiquement leurs performances par des simulations. Nous effectuerons des applications sur données réelles de cancer pour illustrer ces nouvelles procédures permettant de comparer des fonctions de survie nette. Par conséquent, nous allons fournir un ensemble d'outils statistiques permettant d'effectuer des comparaisons temporelles et/ou géographiques de probabilités de survie nette par cancer et fournissant des outils statistiques pour les instituts nationaux de santé pour la prise de décision en santé publique.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projets 2013 "Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique".

Partenaires

Service de biostatistique, Hospices Civils de Lyon - UMR CNRS 5558 et Université Claude Bernard Lyon I ; Institute for biostatistics and medical informatics , Faculty of Medicine, Ljubljana, Slovenia.

11. Risques compétitifs et cancer : tests d'adéquation et estimations sans biais des effets lorsque le modèle de régression est mal spécifié

Sigle : RISQUES COMPETITIFS ET CANCER

Période : 2012-2015

Problématique

Dans le domaine de la recherche clinique en cancérologie, les patients sont exposés à différentes causes d'échec et les risques encourus sont souvent compétitifs car l'échec d'une cause donnée prévient la survenue d'un échec d'autres causes. Par exemple les patients traités après chirurgie peuvent rechuter localement ou à distance, développer un second cancer ou décéder d'une cause non liée à la maladie. Dans le cadre de la greffe de cellules hématopoïétiques, la rechute liée à la maladie et le décès lié à la toxicité des traitements sont les deux principales causes d'échec des protocoles.

Plusieurs méthodes ont été proposées pour résumer les données de survie en présence de risques compétitifs. La représentation graphique de courbes d'incidence cumulative d'une cause d'échec au cours du temps fait l'objet d'un large consensus dans la littérature car d'interprétation facile et aisée. Différentes approches ont été proposées pour estimer et comparer l'effet de covariables sur la fonction d'incidence cumulée (CIF) d'un événement d'intérêt en présence de risques compétitifs. L'estimation de la fonction d'incidence cumulée (CIF) d'un événement par l'estimateur de Prentice, la comparaison de courbes d'incidence cumulative par un test de Gray et le modèle de régression de Fine et Gray sont des méthodes de référence pour l'analyse des risques compétitifs notamment en cancérologie.

Un écart aux hypothèses d'un modèle conduit le plus souvent à des estimations biaisées voire des conclusions erronées. Contrairement aux estimations de l'effet de covariables sur la survie de patients par un modèle de régression de Cox, les limites du modèle de régression de Fine et Gray sont l'absence de tests d'adéquation permettant de tester un écart aux hypothèses du modèle, d'outils permettant d'affiner le modèle et de méthodes robustes d'estimation des effets de covariables en cas de non-respect des hypothèses ou de censure informative.

Objectifs

L'objectif de ce projet est de proposer des tests d'adéquation et des méthodes d'estimation de l'effet de covariables sur la fonction d'incidence cumulative d'un événement d'intérêt dans le cadre d'un modèle de régression de Fine et Gray valides en cas de non respect des hypothèses du modèle ou de censure informative.

Méthodologie

Des simulations permettront d'étudier les conséquences d'un écart aux hypothèses des modèles selon différents scénarii ainsi que les performances des méthodes proposées et de modèles concurrents. L'analyse de données d'études cliniques en cancérologie permettra d'apprécier le biais des résultats d'analyse reportés dans la littérature et d'améliorer les recommandations en matière d'analyse des risques compétitifs.

Résultats

La première étape de ce projet a reposé sur une revue et une analyse approfondie de la littérature biostatistique dans le domaine. Le développement théorique pour les équations d'estimation en fonction d'hypothèses non proportionnelles et de censure informative suit son cours. Un programme sous R sera développé et validé dans la partie finale de ce projet.

Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projets 2011 "Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique".

Partenaires

Institut Paoli Calmettes, Marseille (Coordination du projet) ; Université de Waterloo, Ontario ; Institut Claudius Regaud, Toulouse ; Centre Oscar Lambret, Lille.

1. 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 : 2011-2013

Problématique

Ces dernières années, les médias se sont fait l'écho de suicides répétés de personnels de plusieurs grandes entreprises en France, ces événements étant attribués aux conditions de travail dans ces entreprises, et tout particulièrement au stress engendré par les méthodes de management et l'organisation du travail. Le fait que les risques psychosociaux au travail puissent constituer un facteur de risque de suicidalité (ce terme englobant les idées, projets et tentatives de suicide et les suicides) est plausible puisque les risques psychosociaux au travail accroissent le risque de dépression, premier facteur de risque de suicide. Cependant, l'examen de la littérature indique qu'on ne dispose que de très peu de données épidémiologiques publiées sur les cas de suicide liés au travail survenus en France et, plus généralement, sur les liens entre suicidalité et conditions de travail.

Objectifs

Les objectifs de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un système régional de surveillance des tentatives de suicide (TS) en lien avec le travail.

Méthodologie

Saisissant l'opportunité de la création d'un observatoire régional des urgences (ORU) en région Paca (depuis 2008) couvrant actuellement environ 80 % des admissions aux urgences dans la région, l'ORS Paca a proposé de tester deux pistes pour répondre aux objectifs : le Terminal Urgence (TU) (outil informatisé de gestion des services d'urgences sous forme d'une main courante alimenté en temps réel par chaque professionnel de santé du service) de l'ORU Paca et la mise en place d'enquêtes transversales répétées. Pour évaluer ce deuxième point, une étude de faisabilité a été réalisée de février à mai 2013 dans les services d'urgence des hôpitaux de la Conception à Marseille et de St Roch à Nice auprès de salariés âgés de 18-65 ans avec un emploi ou en congé formation ou en congé parental depuis moins de 6 mois ou en arrêt de travail pour maladie ou accident depuis moins de 6 mois ou au chômage ou à la recherche d'un emploi depuis moins de 6 mois. Les données ont été recueillies à l'aide d'un autoquestionnaire et d'un questionnaire médical complété par les psychiatres. L'autoquestionnaire comprenait des échelles utilisées dans l'enquête SUMER 2010 réalisée par la Direction générale du travail (DGT), Inspection médicale du travail (échelles sur les contraintes horaires, la tension avec le public, la violence au travail, l'injustice au travail, les modèles de Karasek et Siegrist).

Résultats

Le terminal urgence (TU) : le travail réalisé en partenariat avec l'ORS et l'ORU a montré qu'il était difficile d'appréhender le lien entre tentatives de suicide (TS) et travail à partir de quelques questions à ajouter dans le TU. De plus, il semblerait qu'il y ait une sous estimation des TS via le TU.

L'enquête de faisabilité a permis d'analyser 30 auto-questionnaires et questionnaires médicaux : 77,4 % étaient des femmes, 41,9 % avaient moins de 40 ans et 58,1 % avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Dans l'échantillon, 43,3 % étaient des employés et 29 % étaient en arrêt maladie depuis moins de 6 mois. Selon les données du questionnaire médical complété par le psychiatre de l'hôpital, 66,7 % avaient des antécédents de troubles psychiatriques avant l'épisode de TS et 6 patients sur 10 avaient déjà réalisé une TS. Environ 9 patients sur 10 ont consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois. Les personnes interrogées ont souvent été confrontées à des contraintes horaires (travail le dimanche et jours fériés, même occasionnellement, travail en équipes (travail posté)), des situations de tension avec le public et des épisodes de violence au travail. La latitude décisionnelle est plus faible parmi les personnes qui ont fait une TS qu'en population générale de salariés, la demande psychologique est plus forte. Des études complémentaires mériteraient d'être réalisées pour vérifier si les conditions de travail des personnes ayant fait une TS sont plus dégradées que celles de salariés issus de la population générale de même sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité et d'évaluer, à distance de la TS (quelques mois), la reproductibilité des déclarations sur les conditions de travail des personnes incluses.

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.

2. Lien entre santé mentale et qualité de l'environnement en résidence, une approche spatiale à une échelle géographique fine

Sigle : SAMEQUALE

Période : 2011-2013

Problématique

En France, les problèmes de santé mentale sont fréquents et la consommation de médicaments psychotropes une des plus élevée d'Europe, avec des variations géographiques infrarégionales notables. Cette situation est préoccupante en raison notamment des risques pour la santé que présentent certains de ces médicaments. Selon la littérature, les caractéristiques physiques, sociales et les ressources de l'environnement de résidence pourraient avoir une influence sur la santé mentale, indépendamment de celles des individus. Mais ces études souffrent de limites méthodologiques, n'ont pas étudié simultanément les diverses dimensions de l'environnement et peu portent sur le recours aux médicaments psychotropes.

Objectifs

L'objectif général de ce projet était d'étudier les liens entre la qualité de l'environnement de résidence, appréhendé par différentes dimensions et la consommation de médicaments psychotropes. Un des objectifs spécifiques était également de tester la faisabilité de la construction d'indicateurs de qualité de l'environnement à une échelle géographique fine (carreaux).

Méthodologie

Les données de remboursements de psychotropes (Assurance maladie) et de caractéristiques de l'environnement de résidence dans 5 dimensions (socio-économique, physique --pollution de l'air, bruit, espaces naturels--, offre de soins --diversité d'offre libérale, offre spécialisée en santé mentale--, ressources communautaires --offre associative, commerciale, culturelle, sportive, transports en commun...-- et psychosociale --approchée par la part de votes protestataires) ont été collectées à l'échelle la plus fine disponible et intégrées dans un système d'information géographique (ArcGIS). Des indicateurs de qualité de l'environnement ont été construits à l'échelle de carreaux de 200 m de côté à l'aide de méthodes de désagrégation et d'analyses de données. L'analyse des liens entre la qualité de l'environnement et le recours aux psychotropes a été réalisée à l'aide de modèles multiniveaux.

Résultats

Quatre principaux profils d'environnements de résidence ont été identifiés à Marseille : ceux de "très bonne" ou de "bonne" qualité étaient principalement situés au sud-ouest et en périphérie est de la ville, à proximité des espaces naturels ; ceux présentant la moins bonne qualité étaient quant à eux situés au nord et dans une couronne située entre centre et périphérie de la ville.

Alors que les résultats de la littérature suggèrent un moins bon état de santé mentale dans les zones défavorisées sur le plan socio-économique et dégradées du point de vue de la qualité de l'environnement, nos résultats montrent un recours aux médicaments psychotropes plus faible dans ces mêmes zones. Cette apparente contradiction pourrait être expliquée par le fait qu'un environnement de résidence dégradé pourrait tout à la fois contribuer à accroître les problèmes de santé mentale dans sa population résidente et constituer un frein au recours aux soins pour ces mêmes problèmes. Cette double inégalité serait un facteur de renforcement des inadéquations déjà constatées entre besoins de soins de santé mentale et prise en charge effective en médecine générale de ville (illustration du concept d'« Inverse Care Law » : la disponibilité des soins varie en fonction inverse des besoins). L'influence de la qualité de l'environnement sur l'accès aux soins pour symptômes ou problèmes de santé mentale pourrait en partie passer par l'accessibilité de l'offre de soins dans l'environnement de résidence mais d'autres mécanismes pourraient aussi intervenir (différences d'attitudes et de perceptions des habitants vis-à-vis des problèmes de santé mentale et de leur traitement selon le niveau socio-économique du quartier par exemple). Des études complémentaires quantitatives et qualitatives seraient nécessaires pour mieux comprendre ces mécanismes.

Commanditaires

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre de l'Appel à projets ouverts 2011 - Volet exploratoire.

Partenaires

UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; Soldata Acoustic ; Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Direction régionale du service médical (DRSM) Paca-Corse et le Centre de traitement informatique (CTI) de l'Assurance maladie.

3. Etude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux (DeMeGen)

Sigle : DEMEGEN

Période : 2013-2014

Problématique

Si de nombreuses connaissances ont été accumulées sur la prise en charge de la dépression, la majorité des publications provient des pays anglo-saxons, même si le sujet commence à être documenté en France depuis quelques années. Par ailleurs, certains aspects sont, à notre connaissance, encore relativement peu explorés: les représentations des médecins généralistes sur la dépression et les différents types de traitements et leur influence sur leurs pratiques professionnelles ; les leviers et les freins d'accès aux différents traitements et notamment la psychothérapie ; l'influence des caractéristiques liées au médecin, au patient et à l'offre de soins sur les stratégies de prise en charge de la dépression ; la place du patient dans la prise en charge ; les pratiques de collaboration entre médecins généralistes et professionnels de la santé mentale en France et leur lien avec les pratiques de prise en charge de la dépression.

Objectifs

Le présent projet vise à réaliser une analyse croisée de données quantitatives et qualitatives qui ont été recueillies dans deux enquêtes en 2011 (l'une quantitative auprès de 2400 médecins généralistes de ville, l'autre qualitative auprès de 32 médecins généralistes de ville), afin de mieux décrire et comprendre les stratégies de prise en charge de la dépression (recours au traitement médicamenteux, place de la psychothérapie et de la collaboration avec les professionnels spécialisés) en médecine générale de ville et les motivations des choix des médecins. Il devrait notamment permettre de mieux appréhender les opinions et représentations des MG et leurs pratiques vis-à-vis de la psychothérapie ; les freins et les leviers d'accès à la psychothérapie ; les opinions et représentations des MG et leurs pratiques de collaboration vis-à-vis des professionnels spécialisés en santé mentale et les freins et leviers à l'accès aux soins spécialisés ; et enfin les déterminants sociaux et psychosociaux des pratiques de prise en charge et de collaboration et notamment les représentations des médecins sur la dépression, les types de traitement et la relation médecin-patient.

Méthodologie

Tout d'abord, il sera procédé à une analyse approfondie du corpus de recherche des entretiens qualitatifs, afin d'explicitier certains résultats des analyses faites dans l'enquête quantitative ; l'analyse des entretiens permettra d'apporter un éclairage complémentaire à celui de la littérature scientifique aux résultats de l'enquête quantitative et de fournir des éléments de compréhension et d'interprétation des résultats quantitatifs. Par ailleurs, l'enquête quantitative permettra de procéder d'une part à la vérification statistique de certaines des hypothèses soulevées dans le cadre de l'analyse des entretiens et d'autre part à la quantification de comportements et d'opinions mis-à-jour dans l'enquête qualitative. A l'issue de ces deux étapes, il sera procédé à une synthèse des résultats marquants et de leur interprétation.

Résultats

Le projet sera réalisé sur une année en 2014. Ceci devrait permettre de contribuer 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, au plus près de la réalité des pratiques médicales. L'étape de synthèse visera également à identifier les leviers d'amélioration des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine de ville.

Commanditaires

Direction générale de la santé (DGS) / Ministère des affaires sociales et de la santé.

Partenaires

Laboratoire de psychologie sociale - Aix Marseille Université ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère des affaires sociales et de la santé ; Association nationale de coordination des actions de Formation et d'évaluation en médecine Spécialisée (AFORSPE).

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 : 2008-2015

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 toute 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 ; le dernier patient inclus a terminé son suivi en janvier 2012. Au final, 10 centres ont participé à Méthaville, représentant 9 régions ; au total, 195 personnes ont été incluses.

Le projet Méthaville fait actuellement l'objet de trois publications. Une première publication décrit le protocole d'enquête, une seconde porte sur les variables prédictives à la non observance au traitement de substitution par méthadone, chez les personnes dépendantes aux opioïdes. La dernière, sur les facteurs prédictifs de la non consommation d'opioïdes après un an de traitement de substitution.

Des analyses sont actuellement en cours sur la qualité de vie des patients sous méthadone, sur le risque suicidaire et sur les facteurs associés aux pratiques à risque VHC chez des patients sous traitement de substitution.

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 : 2011-2014

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 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 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,...).

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 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.

Résultats

Les premiers résultats de l'enquête montrent que cette intervention joue un rôle dans le changement des pratiques d'injection et réduit les risques de transmission du VIH et de complications liées à l'injection. Ce résultat fait l'objet d'une communication orale à la conférence AIDS 2014 de Melbourne.

Une analyse en cours, cherche à montrer la nécessité de nouvelles interventions de prévention et de traitement chez les usagers de drogues qui s'injectent quotidiennement de façon fréquente.

Commanditaires

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

Partenaires

AIDES ; Médecins du Monde.

3. Evaluation de l'efficacité d'un psychostimulant pour la prise en charge de la dépendance à la cocaïne en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du Virus de l'Hépatite C : Phase pilote sur l'étude des bénéfices/risques du méthylphénidate

Sigle : STIMAGO

Période : 2013-2014

Problématique

Aujourd'hui en France, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) malgré l'accès aux traitements de substitution aux opiacés n'a pas connu de décroissance marquée chez les usagers de drogue (UD). Les données de la littérature montrent qu'il existe un lien étroit entre la transmission du VHC et la consommation de stimulants et tout particulièrement de la cocaïne et du crack. En effet, par leurs propriétés psychostimulantes et leur durée d'action courte dans l'organisme, ces substances conduisent à multiplier les pratiques à risque de transmission du VHC liées à une fréquence de consommation plus élevée qu'avec les opiacés. De plus, les stimulants sont caractérisés par leur capacité à provoquer un besoin irrésistible de consommer à nouveau ("craving"). La grande différence avec les opiacés est qu'il n'existe aucun traitement pharmacologique efficace, le seul traitement de référence étant la thérapie cognitivo-comportementale. Des études menées sur les psychostimulants et les dérivés amphétaminiques montrent que ces médicaments sembleraient avoir des effets positifs prometteurs sur les UD dépendants à la cocaïne.

Objectifs

Cette étude est la phase pilote d'un prochain essai clinique. Elle vise à évaluer dans un premier temps les bénéfices et les risques d'un psychostimulant chez des personnes dépendantes à la cocaïne ou au crack, le méthylphénidate (MPH). L'objectif principal de cette étude pilote est d'évaluer la dose efficace en termes de bénéfice/risque du MPH permettant une réduction de la consommation hebdomadaire de cocaïne. Pour cela, nous étudierons la différence de quantité de cocaïne consommée par semaine entre M0 et M3 ajustée à la dose de MPH prescrite et aux concentrations plasmatiques de MPH ainsi que les effets secondaires perçus par le patient.

Les objectifs secondaires de cette étude pilote seront d'étudier l'efficacité précoce du MPH à 1 mois ainsi que de réaliser une étude pharmacocinétique sur la relation entre les dosages plasmatiques du MPH, les doses prescrites, les effets subjectifs ressentis par le patient et l'efficacité. De plus, nous étudierons l'impact du MPH sur des critères de jugement secondaires tels que la réduction des pratiques à risque VHC, le craving, les comorbidités psychiatriques (dépression et troubles de l'attention), la qualité de vie et l'accès aux soins.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude avant-après (de phase II) monocentrique non comparative avec un suivi hebdomadaire d'une durée de 3 mois. L'échantillon sera de 20 patients recrutés dans le Centre de Soins et d'Accompagnement pour les Addictions (CSAPA) de l'Hôpital Ste Marguerite à Marseille. Les données socio-comportementales seront recueillies à l'aide d'entretiens téléphoniques et auto-questionnaires. Des bandelettes urinaires et prélèvements sanguins seront réalisés afin d'obtenir les données biologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (PK/PD). L'étude PK/PD consistera à prélever des échantillons sur une journée à 1 mois de l'inclusion (M1) et à la fin du suivi à 3 mois (M3). Les prélèvements auront lieu après la prise du médicament à 5 moments différents de la journée. Avec une durée d'inclusion de 6 mois et un suivi de 3 mois pour chaque patient, l'étude aura une durée totale de 9 mois.

Résultats

Après avoir obtenu l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP), le protocole de recherche a été envoyé à l'ANSM afin de pouvoir démarrer l'étude. Une fois cette étude terminée, nous commencerons la rédaction du protocole pour mettre en place un essai clinique randomisé multicentrique.

Nous nous attendons à ce que la prise en charge utilisant le MPH permette de réduire la consommation de cocaïne chez des personnes dépendantes avec une bonne tolérance au médicament et une bonne observance thérapeutique. Les résultats des analyses pharmacocinétiques et pharmacodynamiques nous permettront d'établir la dose efficace et une surveillance adaptée lors de l'essai clinique.

Commanditaires

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

Partenaires

Service Hospitalo-Universitaire d'Addictologie, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille.

4. Suivi épidémiologique et socio-comportemental d'usagers de drogues (cohorte COSINUS - COhorte pour l'évaluation des Salles d'INjection/inhalation dédiées aux USagers de drogues)

Sigle : COSINUS

Période : 2013-2017

Problématique

La situation épidémiologique des usagers de drogue (UD) vis-à-vis du virus de l'hépatite C et du VIH appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins, particulièrement pour les UD précarisés et en marge du système de santé. Le dernier rapport INSERM publié en 2010 a souligné l'exigence de renforcer les dispositifs existants comme les programmes d'échange de seringues et d'assurer l'accès élargi aux traitements de substitution. Cependant en France il n'y a pas d'études multicentriques et longitudinales capables d'apprécier le devenir des injecteurs de drogues les plus marginalisés. Les données disponibles sont rares et issues uniquement d'enquêtes transversales. Ainsi, une cohorte multicentrique d'injecteurs de drogues permettrait non seulement de répondre aux questions concernant l'efficacité des dispositifs de RdR pour ces populations mais aussi de décrire l'évolution de leurs besoins, de leurs conditions sociales, de leurs pratiques, de l'accès à la prévention et aux soins et de comprendre le rôle de l'incarcération et de la violence dans leur parcours de vie.

Objectifs

Cette cohorte d'usagers de drogue (UD) permettra de mesurer l'impact de la fréquentation de plusieurs dispositifs pour les UD (CAARUD, CSAPA, médecine de ville, sleep-in,...) en termes de réduction des pratiques à risque de VHC et d'accès aux soins et à la prévention. Elle sera aussi l'occasion de suivre un échantillon d'UD caractérisés par une grande vulnérabilité sociale et des pratiques à risque de transmission du VHC et du VIH. Elle permettra de dresser un tableau de la situation socio-comportementale des UD à travers une analyse des pratiques à risque liées au VHC et au VIH, des comorbidités psychiatriques et de l'accès aux soins et à la prévention de cette population. A travers la cohorte, il sera également possible d'estimer la prévalence des usages spécifiques de drogues dans l'échantillon, de quantifier les besoins en traitement de l'addiction type TSO, traitements injectables pour la dépendance aux opiacés et ceux pour la dépendance aux stimulants. Il sera aussi possible de mesurer les besoins en termes de dépistage et prise en charge des troubles associés à l'usage de drogues tels que les troubles psychiatriques et les infections et complications liées à l'usage de drogues.

Méthodologie

L'évaluation sera constituée de deux volets : la mise en place d'une cohorte d'UD injecteurs, et une étude écologique/géographique sur l'évolution des caractéristiques dans les zones de la mise en place de la cohorte. Il sera nécessaire de recruter un échantillon de 800 injecteurs dans 3 zones différentes en France (cohorte multicentrique) afin de documenter le devenir de ces populations dans 3 villes qui présentent des caractéristiques géographiques et sanitaires très différentes (Paris, Bordeaux, Marseille). Les critères d'inclusion seront : usagers réguliers de drogues illicites ou médicaments détournés, injection de drogues au moins une fois au cours des 6 mois derniers, plus de 18 ans. Chaque participant sera suivi pendant 12 mois avec un entretien en face-à-face à l'inclusion, à 3, 6, 9 et 12 mois. Les entretiens (durée approximative de 20 à 35 mn), permettront de recueillir des données socio-démographiques, l'histoire de consommation de drogues (à l'inclusion uniquement), la consommation actuelle, les motivations à l'usage, les pratiques à risque liées à l'usage de drogues et d'autres pratiques à risque, le parcours de soins, l'expérience de violence et carcérale, les besoins en terme de soins et prévention.

Résultats

La phase pilote est prévue début 2014. Après autorisation de la CNIL, l'inclusion des premiers participants devrait avoir lieu fin 2014. La mise en place de la cohorte, conjointement à l'étude géographique, permettra de documenter l'efficacité des dispositifs disponibles mais aussi d'évaluer l'impact de changements dans la politique des drogues qui pourraient permettre d'améliorer les conditions sociales et sanitaires de ces populations mais aussi l'ordre public. Au niveau scientifique, cette cohorte, à travers la publication d'articles scientifiques dans des revues internationales à comité de relecture, permettra d'augmenter la visibilité de la MILDT au niveau national et international.

Commanditaires

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

Partenaires

CERMES3 de l'unité mixte INSERM U988 (Paris), Laboratoire Sanpsy CNRS USR 3413 (Bordeaux) ; INSERM U1000, INSERM U669 (Paris).

5. Participation au réseau européen de recherche sur les drogues illicites (European Research Area Network on Illicit Drugs)

Sigle : ERANID

Période : 2013-2016

Problématique

L'usage de drogues et le marché qui en découle reste un problème majeur en Europe d'autant que l'apparition de nouvelles drogues de synthèse complexifie la nature des stratégies de lutte et des politiques de prévention à mettre en œuvre. Les collaborations internationales s'imposent non seulement du point de vue opérationnel mais aussi dans le domaine de la recherche. C'est dans la perspective de développer une action concertée sur l'ensemble du territoire européen que le septième programme cadre de la Commission Européenne a soutenu la création d'ERANID. ERANID est un réseau européen institutionnel constitué pour promouvoir la recherche en sciences sociales sur l'usage de drogues illicites.

Objectifs

L'objectif principal d'ERANID est d'établir un programme de recherche commun (SRA) matérialisé par la rédaction et le lancement par la Commission Européenne de deux appels à projets dans le domaine de recherche en sciences-sociales sur les drogues illicites.

ERANID s'appuie sur une coopération entre différents organismes de six états membres partenaires (Belgique, France, Italie, Royaume-Uni, Pays-Bas et Portugal). A ce jour, deux autres états membres sont associés (Allemagne et Suède) pour à terme rejoindre le réseau.

L'approche reste multidisciplinaire et concerne tous les aspects du marché des drogues (demande et offre). Une attention particulière est accordée aux drogues émergentes, aux groupes d'usagers les plus vulnérables, aux changements démographiques au sein de cette population ainsi qu'aux inégalités sociales que génère le recours aux drogues.

Méthodologie

La réalisation de deux appels à projets s'appuie sur trois étapes préalables successives.

Etape 1 : Recensement des recherches financées, réalisées et achevées dans entre 2006 et 2012.

Etape 2 : Analyse critique au regard des différents plans et programmes établis par les organismes européens spécialisés (Groupe Pompidou, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies)

Etape 3 : Consultation des différentes équipes de recherches européennes sur les recherches en cours et les priorités.

C'est donc sur la base de ces éléments que sera fixé le cadre des deux appels à projets rédigés par les partenaires d'ERANID.

Par ailleurs, un plan de communication sur le projet ERANID a été élaboré. Ce dernier prévoit d'assurer l'information régulière de l'ensemble des institutions et des partenaires européens ainsi que du NIDA américain sur l'avancée du travail engagé par le réseau. Cette information s'appuie sur différents supports (site internet, lettre d'information, participation à des séminaires ou des congrès...).

Résultats

Après le meeting inaugural (en janvier 2013 à Amsterdam), le premier semestre 2013 a vu la réalisation de la première étape du projet, à savoir le recensement au niveau européen des recherches sur l'usage de drogues engagées dans le domaine des sciences sociales. Les résultats préliminaires de ce travail ont été restitués lors d'un séminaire de travail qui s'est tenu à Marseille les 15 et 16 avril 2013. Puis le rapport final a été présenté au comité de pilotage lors du séminaire organisé à Paris les 20 et 21 janvier 2014. Ces résultats seront présentés sous forme de poster lors de la conférence de l'Albatros les 5 et 6 juin 2014. Il reste à suivre les contributions des autres partenaires et à valoriser par une publication les analyses bibliographiques réalisées en 2013.

Commanditaires

Commission Européenne.

Partenaires

Belgique : Ministère de la programmation politique scientifique (BELSPO) ; Europe : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) ; France : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ; Italie : Presidenza del consiglio dei ministri (DPA) ; Pays-Bas : Zorgonderzoek nederland Zon (ZonNw), Ministrie van volksgezondheid welzin en sport (MoH) ; Royaume-Uni : Liverpool John Moores University (NWPHO), Departement of Health (DH), Home office (HO).

6. Etude socio-économique des jeux de hasard et d'argent

Sigle : ETUDE SOCIO-ECO JEUX

Période : 2013-2014

Problématique

Les jeux de hasard et d'argent sont pratiqués par la moitié de la population française. Ils représentent un poids économique important : près de 40 milliards de mises par an, dont 5 milliards reviennent à l'Etat sous forme de prélèvements fiscaux, et 100 000 emplois générés. Des études permettant d'apprécier les impacts sanitaires, sociaux et économiques de cette activité ont déjà été réalisées dans plusieurs pays, majoritairement anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande), ainsi qu'en Suisse. A ce jour, aucune étude française ne s'est penchée sur le sujet. Il s'agit donc de combler ce manque.

Objectifs

L'étude a pour objectif de fournir des éléments d'évaluation permettant d'éclairer la question du bilan entre les coûts et bénéfices (monétaires et non-monétaires) entraînés par les pratiques de jeux de hasard et d'argent, dans les sphères économique, sanitaire et sociale. Cela inclut notamment : les créations d'emplois directs et indirects, le plaisir retiré d'une consommation raisonnable, les dépenses liées au traitement de la dépendance, les pertes de productivité, les difficultés familiales, la criminalité... Il s'agira concrètement de : (i) définir une stratégie d'estimation, (ii) identifier les éléments immédiatement disponibles et (iii) définir les besoins de production de connaissance complémentaires, qui devront permettre d'établir une évaluation la plus exhaustive possible d'ici 3 à 5 ans.

Méthodologie

Ce type d'étude s'inscrit dans la tradition des études dites de "coût social" appliquées à la consommation de substances (tabac, alcool, drogues illicites). La raison de cette filiation tient au fait que la pratique des jeux de hasard et d'argent, tout comme la consommation de substances, constituent des "activités de plaisir avec potentiel d'abus". Dans un premier temps, une revue de la littérature qui complétera et actualisera ce qui a été fait au cours de l'expertise collective « Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions » (Inserm, 2008) sera réalisée. Dans un deuxième temps, l'analyse critique de la littérature recensée permettra de définir le modèle théorique le plus pertinent et le mieux adapté au contexte français. Le troisième temps consistera en la recherche des données disponibles. L'ensemble des acteurs concernés de près ou de loin par l'activité des jeux de hasard et d'argent (entreprises proposant une offre, organismes impliqués dans la régulation du secteur ou la gestion de ses conséquences) sera recensé. Une revue minutieuse des données issues de la littérature scientifique française et internationale et des données produites par le système d'information statistique national (statistiques administratives, registres, enquêtes...) sera effectuée. Le rapport final sera issu de la compilation des données récoltées, selon le modèle théorique retenu, et permettra de fournir une première photographie du poids sanitaire, économique et social du secteur des jeux de hasard et d'argent en France.

Résultats

L'étude a permis (i) de proposer un cadre d'analyse reposant sur des fondements économiques rigoureux, (ii) de dresser une liste des impacts à prendre en compte, (iii) d'identifier les sources de données mobilisables et (iv) de fournir quelques premières estimations. Les estimations finales ont souvent été limitées par le manque de données disponibles. Plus précisément, nous avons été en mesure d'estimer l'essentiel des bénéfices induits par l'existence des jeux (estimations des surplus des consommateurs et des producteurs, ainsi que des recettes publiques), mais les estimations des coûts sont à l'heure actuelle imparfaites (difficulté à isoler les effets causaux pour les pertes de production et de qualité de vie en particulier) et très incomplètes (les éléments manquants concernent en particulier : les dépenses de régulation, les coûts médicaux et les coûts liés à la criminalité, aux procédures de surendettement et aux suicides). Au-delà des premières estimations proposées, ce travail pointe donc de nombreuses lacunes et en appelle par là même à des études complémentaires futures.

Commanditaires

Ministère de l'Economie et des Finances dans le cadre du "Marché de prestations intellectuelles ayant pour objet de réaliser un état des lieux sur les éléments permettant d'apprécier les impacts sanitaires, sociaux et économiques des jeux de hasard et d'argent".

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

Sigle : VESPA2010

Période : 2010-2014

Problématique

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'enquête VESPA 2010 a pour objectif 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.

Ces informations devraient être utiles pour éclairer les décideurs de santé publique afin d'établir de nouvelles recommandations.

Méthodologie

L'enquête VESPA 2010 a été 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,...) pour réaliser la base de sondage. L'enquête a été réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de 3000 patients vus en ambulatoire dans ces hôpitaux. Pour être éligibles, les sujets devaient être séropositifs pour le VIH-1 depuis au moins 6 mois, être âgés de 18 ans et plus, et résider en France. Les données ont été recueillies auprès des patients par un questionnaire standardisé administré en face à face (CAPI) et par un questionnaire auto administré. Un questionnaire médical a recueilli des informations sur les caractéristiques principales de la maladie VIH ainsi que sur d'éventuelles comorbidités.

Résultats

Les premiers résultats de l'enquête VESPA 2010 ont fait l'objet d'un numéro spécial du BEH (n°26-27 de Juillet 2013). Les principaux articles traitent de : l'état de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées ; la situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011 ; la situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011 ; les comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 ; La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH.

Par ailleurs, un article a été publié sur la comparaison entre 2003 et 2011 de la qualité de vie en matière de santé des personnes vivant avec le VIH suivies dans les hôpitaux en France.

Une analyse est actuellement en cours sur la comparaison des profils à risque des hommes séropositifs ayant des relations avec d'autres hommes, co-infectés ou pas par le VHC.

La prévalence du stress post-traumatique chez les personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France est également à l'étude.

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. Evaluation du dépistage rapide auprès des gays

Sigle : DRAG - DEPISTAGE HOMMES GAYS

Période : 2008-2013

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 à Paris). La recherche s'adresse 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 par des acteurs communautaires. Pour attirer les participants, une phase de communication a été faite sur ce créneau.

Résultats

Le premier article recommandait que des efforts soient faits pour adapter l'offre de dépistage pour répondre aux besoins spécifiques des HSH qui ne fréquentent pas les CDAG. Les résultats du second article montrent que l'offre de dépistage communautaire par tests rapides, attire des HSH qui ne se sont pas fait dépistés récemment et qui ont des pratiques sexuelles plus à risque que les HSH fréquentant l'offre de dépistage classique.

Une analyse est en cours sur les facteurs associés à satisfaction de l'offre de dépistage.

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 : 2011-2016

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 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'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. 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 de recueil est toujours en cours. L'inclusion des 300 participants est quasiment terminée puisqu'à la fin avril 2014, 285 questionnaires J0 ont été complétés (158 questionnaires à M6 et 114 à M12).

Actuellement sept centres participent à l'étude : six centres en France (centres de Tenon et Saint Louis à Paris, un centre à Lyon, Lille, Nantes et Nice) et un à Montréal.

Des analyses préliminaires pourront être envisagées d'ici la fin de l'année 2014.

Commanditaires

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

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 : 2009-2014

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

L'objectif principal consiste à appréhender le vécu des HIV Controllers à partir de la notion de bouleversement biographique. Cette orientation permettra de comprendre dans un premier temps, l'impact de l'infection par le VIH puis du statut de HIV Controllers. Le second objectif concerne la qualité de vie des HIV Controllers ; comment vivent-ils au jour le jour cette situation ? 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 ?

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 est à présent terminé. La présente analyse concerne le recueil de données qualitatives au sein duquel le vécu des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) HIC a été investigué à l'aide d'un guide d'entretien standardisé fondé sur la grounded theory. Parmi les 84 PVVIH issues de la cohorte ANRS CO18 et inclus dans l'étude du vécu, un sous échantillon de 14 PVVIH contrôleurs du VIH a accepté de participer à l'enquête qualitative. Ces PVVIH évoquent des représentations persistantes autour du VIH, représentations construites préalablement à l'annonce et l'identification à leur statut de personne HIC. Concernant leur statut, la force du moral et du "mental" sont fréquemment évoqués comme si cet aspect psychologique venait donner du sens aux données immuno-virologiques justifiant leur situation. Ainsi, l'enjeu du psychique permet d'expliquer ce qui semble inexplicable ou complexe du point de vue biologique. Le mode de vie, l'hygiène de vie ou les croyances religieuses/spiritualité sont moins fréquemment évoqués pour justifier de leur situation, même si cela permet à certains de donner du sens à leur situation.

Une analyse sur les données quantitatives est également en cours, sur la comparaison des personnes séropositives sous traitement de l'enquête VESPA2010 versus les personnes HIV controller.

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. 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

Période : 2009-2014

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. 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.

Résultats

197 personnes ont été incluses et suivies pendant 25 mois. La moyenne d'âge est de 45 ans ; 70% des patients sont de sexe masculin. Les patients ont été contaminés par le VIH en majorité lors de relations homosexuelles/bisexuelles (48% des patients) et lors de relations hétérosexuelles (46% des patients). Les critères d'efficacité suivants ont été retenus (proportion de patients en succès virologique à la semaine 96 ; tolérance au traitement ; qualité de vie). Les coûts médicaux seront évalués à partir des quantités de soins consommées (jours d'hospitalisation, nombre d'examens réalisés, traitements délivrés,...). L'information sur les quantités physiques consommées proviendra des cahiers d'observations de l'essai (effets secondaires, hospitalisations, ARV, charge virale, CD4,...). Seront également pris en compte la censure, l'inflation, le taux de conversion de monnaie (euro/dollar) ou encore le taux d'actualisation dans le calcul des coûts. L'analyse coût-efficacité est actuellement en cours.

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) ; INSERM U897, Bordeaux.

6. 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 réplication 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=157) a été réalisée dans 6 centres ANRS en Ile de France. L'étude prévoyait un prélèvement de sang et un recueil de sperme à l'inclusion, ainsi qu'à j30. Des analyses biologiques et virologiques ont été réalisées sur chaque échantillon. Les données socio-comportementales ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires. Une partie des échantillons sera conservée pour des dosages pharmacologiques ultérieurs.

Résultats

L'étude ANRS EP49 EVARIST nous a permis d'estimer à 7.6% la fréquence d'hommes ayant du virus décelable dans le sperme chez des HSH, traités par traitement antirétroviral stable depuis au moins trois mois, ayant une charge virale plasmatique indétectable depuis au moins six mois et ne présentant pas de symptômes d'IST.

Parmi les paramètres biologiques, le seul facteur associé à la présence d'ARN-VIH dans le sperme est le niveau d'ADN-VIH dans les PBMC, qui illustre la taille du réservoir VIH.

Parmi les facteurs psycho-sociaux, seule la consommation de cannabis lors des rapports sexuels est associée à la présence de virus dans le sperme.

Ces résultats renforcent i) l'intérêt d'un dépistage fréquent chez les populations les plus à risque pour pouvoir augmenter les dépistages au stade de la primo-infection et proposer un traitement de façon très précoce, seule stratégie connue aujourd'hui pour limiter la taille du réservoir VIH ; et ii) la nécessité de considérer l'usage de cannabis (thérapeutique ou récréationnel) dans les messages de prévention adressés à ces populations.

Commanditaires

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

7. Acceptabilité, attentes et préférences des patients avec charges virales indétectables et des soignants vis-à-vis d'essais cliniques de guérison du VIH : APSEC

Sigle : APSEC

Période : 2014-2017

Problématique

Les limites des traitements antirétroviraux (TARV) actuels et l'avancée des connaissances sur les mécanismes de persistance du VIH dans l'organisme en présence de ces molécules ont fait progresser l'idée qu'un traitement curatif du VIH pourrait être envisageable. Le présent projet s'inscrit dans le cadre de l'initiative de l'International AIDS Society (IAS) "Towards an HIV Cure", dont l'une des priorités est d'identifier et d'évaluer de nouvelles stratégies thérapeutiques visant à guérir du VIH en promouvant la recherche pour un traitement curatif du VIH qui soit bien supporté, abordable et utilisable à grande échelle. Au sein de cette initiative, un groupe de chercheurs en Sciences Sociales développe un projet multi-pays (France, Pays Bas, Etats Unis) pour lequel chaque pays participant conduira sa propre enquête d'acceptabilité vis-à-vis de possibles essais cliniques "Cure". Le présent projet s'inscrit dans les travaux de ce groupe. Dans ce projet les termes "d'essais Cure" désignent des essais cliniques à venir qui visent à réduire les réservoirs du VIH afin de tenter un arrêt du TARV de façon transitoire ou définitive.

Objectifs

Objectif principal : collecter des données pour permettre d'établir des recommandations pour les essais cliniques à venir, visant à réduire les réservoirs du VIH pour tenter un arrêt du TARV de façon transitoire ou définitive, basées sur un recrutement éthique et adapté tenant compte des points de vue et motivations des participants, patients et médecins/soignants.

Objectifs secondaires: i) identifier les motivations et les freins qui conduiraient à accepter/refuser de participer à de tels essais ; ii) évaluer la pertinence et la perception de différentes stratégies d'essais cliniques actuellement envisageables au regard des risques/bénéfices qu'elles comportent.

Cette enquête d'acceptabilité multicentrique s'adressera à i) des patients séropositifs traités par TARV ayant une charge virale indétectable inclus dans les cohortes ANRS CO6 PRIMO et ANRS CO9 COPANA et dans des centres participant à des essais Cure ou apparentés, de type vaccination thérapeutique ; ii) des médecins et soignants prenant en charge ces patients. Les patients inclus dans ces cohortes et dans ces centres pourraient être ceux à qui les essais Cure seront proposés car suivis dans des centres participant à la recherche clinique et personnellement concernés par celle-ci.

Méthodologie

Le projet sera mené par une équipe pluridisciplinaire incluant des chercheurs en santé publique, psychologie sociale, économie de la Santé, et des cliniciens. Trois méthodes distinctes et complémentaires, les focus groups, la méthode Q et la méthode des choix discrets, seront utilisées pour circonscrire les interrogations en vue de répondre aux attentes des personnes concernées, les informer au mieux et éviter d'essuyer de forts taux de refus de participation aux essais cliniques.

Le projet se déroulera en 3 phases consécutives. Durant l'année 1, le 1er trimestre sera consacré à la préparation des outils de l'enquête. La phase 1 (focus groups) aura lieu dans les 6 mois suivants auprès de 50 participants. A partir des résultats de la phase 1, les phases 2 (enquête méthode Q, 40 à 60 participants) et 3 (enquête MCD, 260 patients et 130 médecins/soignants) se dérouleront de façon consécutive (9 mois pour la phase 2 à partir du 4ème trimestre année 1 ; 12 mois pour la phase 3 à partir du 2ème semestre année 2). Le second semestre de l'année 3 sera consacré à la saisie et aux analyses des données socio-comportementales et quantitatives.

Résultats

Les analyses des données qualitatives et quantitatives devraient nous permettre de fournir des éléments à prendre en compte dans la préparation de recommandations pour les essais cliniques à venir visant la guérison du VIH, basées sur les points de vue et les motivations des participants, médecins, soignants et acteurs associatifs, permettant un recrutement éthique dans ces essais ainsi qu'un accompagnement et une prise en charge de qualité.

Commanditaires

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

Partenaires

Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) U1018 INSERM/Université Paris Sud (Pr L. Meyer/ Pr C. Goujard), INSERM U1012 - Service de médecine interne CHU Bicêtre (Pr O. Lambotte), Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS) - EA4163 - Université Lyon 2 (Pr M. Préau).

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

Sigle : HEPA VIH

Période : 2005-2014

Problématique

La co-infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les patients infectés par le VIH dans les pays où ces patients ont accès aux multithérapies antirétrovirales. La prise en charge de la co-infection VIH-VHC est complexe, du fait notamment des interactions existant entre ces deux virus et entre leurs traitements, et des effets secondaires de ces traitements. Par ailleurs, une grande partie des patients co-infectés sont socialement vulnérables (usagers actuels ou passés de drogues par injection) et continuent à avoir un accès insuffisant au traitement du VHC. Enfin, l'efficacité à long terme de ce traitement est réduite en raison du risque non négligeable de réinfection après une clairance spontanée du virus ou une réponse virologique soutenue au traitement.

Objectifs

Le projet HEPAVIH vise à regrouper des patients co-infectés par le VIH et le VHC en une cohorte nationale afin de mieux caractériser leur prise en charge et leur vécu d'une double séropositivité. Les données recueillies permettront d'identifier les facteurs socio-comportementaux pouvant jouer un rôle dans le retard de prise en charge de l'infection à VHC, 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.

Méthodologie

Au total 1175 patients ont été inclus dans la cohorte entre octobre 2005 et décembre 2008, 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 administrés à l'inclusion et annuellement durant le suivi (situation affective et sociale, consommation de drogues et de médicaments, perception de la prise en charge du VHC, qualité de vie, observance aux traitements, symptômes dépressifs). Pour les patients initiant un traitement anti-VHC, un auto-questionnaire supplémentaire est proposé à l'initiation, en cours et en fin de traitement afin de mesurer l'observance aux traitements et la qualité de vie en cours de traitement anti-VHC.

Résultats

Les études menées jusqu'à ce jour ont permis d'analyser de façon approfondie les interactions entre les indicateurs du vécu des patients co-infectés (patient-reported outcomes) et les paramètres objectifs de l'évolution de leur maladie (accès au traitement, évolution clinique). Nous nous sommes intéressés en particulier aux liens entre les comportements de consommation (drogues, alcool, tabac – mais aussi polyphénols, caféine et chocolat) et l'évolution de la maladie, la réponse au traitement anti-VHC et le vécu de ce traitement.

Des analyses sont prévues sur les facteurs associés à la qualité de vie chez les patients co-infectés, les facteurs psychosociaux associés à la progression du VIH et du VHC. Une analyse longitudinale sur la typologie des symptômes perçus chez les patients co-infectés, sera également réalisée courant 2014.

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 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; 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 ; CISH 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. Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs au cours du suivi dans la cohorte ANRS CO13 HEPAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : étude HEPAVIH-Psy

Sigle : HEPAVIH-PSY

Période : 2012-2014

Problématique

Les troubles psychiatriques et addictifs sont fréquents chez les sujets présentant une hépatite C chronique, et sont fréquemment impliqués dans le retard au bilan et à la prise en charge de l'infection. Par ailleurs, ils interfèrent avec l'observance au traitement et altèrent la qualité de vie des patients. Toutefois, correctement pris en charge, ils ne modifient pas significativement la réponse virale prolongée au traitement. Certains troubles du comportement associés au traitement anti-VHC (agressivité, irritabilité excessive, colère) sont souvent associés à des manifestations dépressives. Les outils diagnostics habituels ne semblent pas adaptés au dépistage de ces troubles qui ont pourtant un impact important sur l'observance et la capacité à rester en traitement.

Objectifs

Les objectifs principaux sont d'une part, d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et des conduites addictives chez les patients co-infectés VIH-VHC et, d'autre part, d'identifier les facteurs socio-comportementaux et cliniques associés à la survenue de ces troubles. Les objectifs secondaires sont multiples : mesure de l'impact des troubles psychiatriques sur les manifestations neurocognitives observées au cours de la co-infection; comparaison des troubles de type maniaque entre les patients naïfs de tout traitement anti VHC, ceux en cours de traitement et ceux déjà traités; étude de l'impact des troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs sur la qualité de vie des patients, l'observance au traitement, la consommation de substance psychoactives, et l'usage de drogues.

Méthodologie

Cette étude transversale est intégrée dans les visites programmées de suivi de l'actuelle cohorte ANRS CO13 HEPAVIH et conduite par des psychologues. L'évaluation psychiatrique comprend la passation d'un auto-questionnaire et d'un entretien structuré (MINI=Mini International Neuropsychiatric Interview qui explore de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV ; MATHyS=Multidimensional Assessment of Thymic States, échelle qui explorent les émotions, les cognitions, les fonctions motrices, la motivation et les fonctions sensorielles; tâches de fluence verbale; Trail making test A et B, un test évaluant la capacité de flexibilité mentale et les capacités visuo-motrices; Test de Code de Wechsler qui évalue les capacités de coordination, la rapidité visuo-motrice, les capacités de mémoire, d'inspection visuelle, de déplacement de l'attention et d'attention soutenue ; et enfin Figure de Rey qui permet d'évaluer les performances perceptives et la mémorisation non verbale. L'évaluation est effectuée pour chaque patient au cours d'une session unique d'une heure. La session commence par la passation de l'auto-questionnaire suivi du MINI et des tests neurocognitifs.

Résultats

L'analyse des données est actuellement en cours. Un abstract a été présenté à la conférence AFRAVIH 2014 sur "les troubles psychiatriques/addictifs chez les sujets co-infectés par le VIH et le VHC : implications pour le suivi à distance du traitement anti-VHC". D'autres analyses sont prévues pour étudier les facteurs associés à la suicidalité, le lien entre les expériences thérapeutiques et les troubles anxieux, puis la relation entre les profils psychiatriques et la maladie VHC.

Commanditaires

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

Partenaires

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

3. Développement international d'un questionnaire de qualité de vie (QdV) spécifique du VHC

Sigle : QdV VHC

Période : 2012-2014

Problématique

Bien que plusieurs instruments de mesure de la qualité de vie (QdV) validés soient utilisés, aucun ne mesure spécifiquement toutes les dimensions de la QdV importantes pour les personnes vivant avec le VHC. L'inadaptation entre ces mesures actuelles et les dimensions de QdV identifiées comme pertinentes par les patients VHC apparaît clairement dans les études quantitatives et qualitatives récentes. Parmi les aspects clés nécessitant une attention particulière figurent la gravité de la maladie, les complications psychiatriques, le fonctionnement cognitif, la dysfonction sexuelle, la stigmatisation, l'impact du traitement, sa gestion et l'observance, la toxicomanie et sa prise en charge, la co-infection VIH/VHC, la résilience et l'instabilité émotionnelle. La mise à disposition d'un instrument sensible à ces facteurs spécifiques du VHC se traduirait par une plus grande précision des résultats des essais cliniques et, en pratique, pourrait aider au choix des stratégies dans la prise en charge des patients infectés par le VHC.

Objectifs

L'objectif principal est de développer un nouveau questionnaire spécifique pour évaluer la qualité de vie des patients infectés par le VHC.

Méthodologie

Une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les dimensions de la qualité de vie importantes dans le contexte de l'infection par le VHC. Un guide d'entretien a ensuite été élaboré pour déterminer leur importance, leur impact, leur fréquence et leur composition. Des entretiens seront menés en France, au Brésil et en Australie auprès de patients infectés. Les étapes suivantes sont : l'analyse de ces entretiens ; le développement d'une banque d'items du questionnaire ; l'analyse des items par un comité d'experts ; le développement, la validation linguistique et l'administration d'une version pilote du questionnaire ; la validation psychométrique pour aboutir au questionnaire final ; et enfin la documentation et la publication du questionnaire.

Résultats

La phase de recueil des données par entretiens qualitatifs a été réalisée. L'analyse des verbatims a permis de construire une banque d'items, qui ont été réduits pour aboutir à la construction de l'échelle de qualité de vie. Une étude de validation psychométrique est en cours afin de confirmer la structure multidimensionnelle de cette échelle. Durant l'année 2014, ces données de validation seront exploitées dans le cadre d'analyses comparatives avec des études de qualité de vie menées auprès de patients co-infectés par le VIH et le VHC et utilisant d'autres échelles (MOS SF-12, WHOQOL HIV).

Commanditaires

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

Partenaires

Centro de Referencia e Treinamento DST/Aids, Sao Paulo, Brésil ; Centre for Clinical Immunology & Biomedical Statistics, Perth, Australie.

4. Extension européenne du Programme de recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus (PRI2DE)

Sigle : PRI2DE_2

Période : 2014

Problématique

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) souligne le manque de standardisation au plan européen du recueil de données sur l'usage de drogues et les mesures de prise en charge associées en prison. L'étude ANRS-PRI2DE, réalisée en France en 2010, a été présentée par l'OEDT comme un moyen pour les états membres de recueillir des données au plan national. L'étude PRIDE Europe va étendre ce recueil de données à d'autres états européens, fournissant ainsi une opportunité d'améliorer et standardiser le recueil de données en prison.

Objectifs

L'objectif du projet est de recueillir en prison des données sur les dispositifs de réduction des risques infectieux, liés ou non à l'usage de drogues, afin d'établir dans quelle mesure leur organisation suit les recommandations internationales mais aussi nationales pour la prévention du VIH et des hépatites virales. Le but est aussi d'identifier les caractéristiques des établissements permettant le mieux de prédire le niveau d'adhésion à ces recommandations.

Méthodologie

L'étude reposera sur l'envoi au responsable sanitaire de chaque établissement pénitentiaire d'un questionnaire (format papier ou électronique) évaluant la disponibilité et l'accessibilité des mesures de réductions des risques infectieux.

Les domaines explorés seront : l'accessibilité à l'eau de javel et autres désinfectants, les préservatifs et lubrifiants, les traitements de substitution aux opiacés, l'information-éducation-communication sur le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, les outils autres de réduction des risques éventuellement utilisés, le dépistage du VIH, des hépatites et les infections sexuellement transmissibles, la prophylaxie post-exposition, l'accès aux antirétroviraux, les mesures de prévention concernant le tatouage ou le piercing ou les autres éventuels comportements à risque sur le plan infectieux.

Le calcul de scores au plan international mais aussi national reposera sur un algorithme fondé sur les recommandations de l'OMS (2007) mais aussi de l'UNODC (2012) et les recommandations éventuelles existant au plan national (Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers, 2007, WHO-UNODC-UNAIDS ; Policy brief, HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, UNODC, 2012). En l'absence de recommandations nationales, et en référence au principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de soins entre milieu libre et prison, ce sont les recommandations formulées nationalement en milieu libre qui serviront de référence.

Les comparaisons entre états devraient faciliter l'identification de priorités au plan national mais aussi européen concernant la réduction des risques infectieux en prison, et permettre un ajustement des politiques de prévention au plan international.

Résultats

L'étude réalisée en France en 2010 montrait un déficit majeur de l'accessibilité et de la disponibilité des mesures de réduction des risques, malgré les recommandations de l'OMS et des recommandations nationales déjà restrictives, en particulier en comparaison de celles existant en milieu libre. Des résultats comparables sont attendus dans l'extension européenne de l'étude, soulignant le défaut d'application des mesures de réduction des risques dans les prisons européennes, la nécessité d'ajustements importants et l'intérêt d'établir des standards partagés au plan international.

Commanditaires

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

Partenaires

Dr Laurent MICHEL (CSAPA Pierre Nicole, Croix-Rouge française/ Unité Inserm U669 – Paris).

1. 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 : 2010-2014

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 médico-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 de comparer le coût-efficacité de trois stratégies de 2ème ligne chez des patients en échec de 1ère ligne dans le contexte de pays à faibles ressources (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal). Les deux premières stratégies (l'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir et l'association abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir) correspondent aux deux principales stratégies thérapeutiques recommandées par l'OMS dans les pays à faibles ressources. La troisième stratégie évaluée, qui est l'association emtricitabine + ténofovir + lopinavir/ritonavir, correspond au traitement de 2nde ligne de référence dans les pays du Nord, et 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, cette troisième association, qui inclut 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 coût-efficacité sera réalisée à partir des données de l'essai clinique et de données collectées en face à face auprès des patients, complétées par un modèle probabiliste afin d'estimer les effets et les coûts à long terme des différentes stratégies thérapeutiques comparées. La perspective adoptée pour l'analyse 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 lorsque les valeurs des paramètres clés de l'analyse varient.

Résultats

L'intégralité des questionnaires du Cameroun ont été saisis. Seuls quelques questionnaires du Sénégal et du Burkina (post S48) restent encore à saisir. Actuellement 450 questionnaires S0 sont disponibles. L'analyse coût-efficacité sera réalisée dès que la base complète sera constituée. L'évaluation médico-économique, nécessite un travail d'évaluation des coûts et de définition du critère d'efficacité. Par la suite, une analyse sur les trajectoires professionnelles des personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud, selon les différentes stratégies de traitement, sera réalisée.

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.

2. Un essai randomisé en cluster comparant l'impact d'une mise sous traitement ARV immédiate versus selon les recommandations de l'OMS sur l'incidence du VIH. L'essai ANRS 12129 TASP (traitement par la prévention) dans le sous-district de Hlabisa, Kwazulu-Natal, Afrique du Sud

Sigle : TASP

Période : 2011-2014

Problématique

Il a été récemment démontré qu'un traitement ARV combinant des molécules ayant une forte capacité de suppression virale permettait de réduire la charge virale (CV) dans tous les compartiments corporels et de réduire le risque de transmission du VIH à de très faibles niveaux. Vingt-cinq ans après la découverte du virus, alors que la question de la prévention du VIH est encore non résolue, il semble légitime de se poser la question suivant : les traitements ARV peuvent-ils contribuer à réduire la transmission du VIH au niveau de la population ?

Objectifs

L'objectif est d'estimer l'impact d'une stratégie de traitement immédiat initié dès le diagnostic de l'infection par le VIH connu et quel que soit le niveau de CD4, sur l'incidence de nouvelles infections VIH dans la population générale de la même région.

Méthodologie

La méthode d'évaluation consiste en un essai randomisé en grappes ("clusters") conduit dans le sous-district de Hlabisa au sein de 2x16 grappes comprenant un total de 40 000 individus âgés de plus de 15 ans, dont 32 000 séro-négatifs au début du programme. Un paquet global de services de prévention et de dépistage du VIH est mis en place dans les deux groupes de grappes, comprenant notamment une proposition de dépistage à domicile tous les 6 mois. La population adulte infectée par le VIH et résidant dans les grappes tirées au sort pour constituer le bras "intervention" est mise sous traitement ARV immédiatement (quel que soit le taux de CD4) tandis que la mise sous traitement de la population des grappes constituant le groupe de comparaison est réalisée selon les recommandations actuelles de l'OMS (taux de CD4 < 350 cellules/ml ou stade III et IV de l'infection à VIH). L'essai est mis en œuvre en deux phases. Le critère de jugement principal est l'incidence du VIH. La première phase de l'étude (24 mois) est conduite dans dix (2x5) grappes où trois cycles de dépistage à domicile sont conduits. Cette phase a pour critères de jugement principaux l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention évaluées entre autres à l'aide de questionnaires administrés auprès des personnes participant à l'essai, au moment du dépistage à domicile et en clinique pour les personnes séropositives.

Résultats

L'année 2013 a été consacrée à la poursuite des cycles de dépistage à domicile (le premier cycle a été réalisé en 2012) dans les 2x5 grappes des groupes contrôle et intervention et de la collecte des données de la phase 1 qui s'est achevée en février 2014. Le gel de la base de données de la phase 1 devrait être effectif à l'automne 2014. En parallèle, la seconde phase du projet devrait débuter en mai 2014 ; l'essai se poursuivra dans les clusters de la phase 1 ainsi que dans 2x11 nouvelles grappes des groupes contrôle et intervention. L'analyse des coûts, des outcomes économiques et psychosociaux sera réalisée sur les données de la phase 1 d'ici la fin de l'année 2014.

Commanditaires

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

Partenaires

Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Bordeaux ; Africa Centre for Health and Population Studies - University of KwaZulu-Natal, Afrique du Sud ; Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations, Inserm U1018, Villejuif.

3. Gouvernance et Sida en Afrique : comprendre et renforcer l'action concertée des instances de coordination nationale (CCM). Une approche comparée Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun

Sigle : GOUVERNANCE ET SIDA EN AFRIQUE

Période : 2014-2016

Problématique

La crise financière internationale et la crise de la gouvernance du Secrétariat du Fonds mondial sont intervenues à contre-courant d'une période riche d'espoirs pour la région du monde la plus affectée par l'épidémie à VIH/sida, l'Afrique subsaharienne. La conjonction paradoxale entre des incertitudes internationales, le "retour à la croissance économique" des Etats africains et des progrès exceptionnels dans les réponses internationales et nationales contre le VIH/sida, définit un contexte inédit depuis la fin la décennie 2000. La crise financière internationale intervient au moment où l'Afrique sort concomitamment du tunnel de la crise économique stricto sensu et pendant la période où elle a réalisé, avec ses partenaires internationaux, des progrès remarquables en matière de lutte contre les trois maladies prioritaires. Entre 2010 et 2012, en Afrique subsaharienne, "un nombre record de 2,3 millions de personnes ont eu accès au traitement contre le VIH", ce qui s'accompagne de besoins financiers en constante progression. Entre changements des priorités de la lutte elle-même (marquée par le scaling-up et un re-médicalisation incarnée par le Test-and-treat), récession internationale, notamment européenne, et "renouveau" économique africain –souligné par les observateurs sensibles aux indicateurs de l'économie de marché– la question centrale est donc celle de l'articulation des enjeux financiers de la lutte contre le sida et des faisceaux d'acteurs transnationaux qui accompagnent la mise en œuvre des réponses nationales : c'est à dire la question de "la gouvernance" dans le contexte de la réponse au sida.

Objectifs

Objectif principal : Décrire comment le travail de concertation et de négociation entre les acteurs des CCM (Country Coordinating Mechanisms) est le produit et le révélateur des trajectoires politiques spécifiques des différents Etats africains. La comparaison du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et du Cameroun permet en effet de contraster trois configurations très différentes des politiques de lutte, allant de la "participation active" à l'"adhésion passive" aux recommandations internationales.

Cette étude permettra de proposer un cadre théorique général pour analyser comment l'Afrique subsaharienne est gouvernée dans le cadre des politiques de la "santé mondiale", en envisageant la construction de l'action publique au sein d'une matrice qui comprend les représentants des organisations internationales (OI), des partenaires bilatéraux, des représentants des organisations de la société civile (OSC) dont les représentants des patients, des partenaires privés et, bien-sûr publics.

Objectifs secondaires : Comparer et transmettre, au fur et à mesure de la recherche, les éléments issus de cette comparaison aux acteurs impliqués dans la gouvernance des CCM.

Méthodologie

Les méthodes utilisées :

- Observation participante au sein des CCM
 - Entretiens semi-directifs avec des acteurs clés représentants chacun des secteurs et choisis à l'intérieur des CCM.
- Des thèmes communs puis spécifiques seront abordés avec chaque acteur.
- Suivi "biographique" des demandes de financement au Fonds mondial

Résultats

Résultats attendus : améliorer l'information interne des CCM ; améliorer la coordination des activités, peser sur la cohérence et l'efficacité du "dialogue pays" et l'adhésion au Nouveau Modèle de Financement du Fonds mondial dans chaque pays.

Commanditaires

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS 12315)

Partenaires

Institut Africain de la Gouvernance (Maurice Enguéguélé, coordinateur Sud du projet) ; Pour le Sénégal : Université Cheikh Anta Diop (UCAD)/ Département de sociologie, Dakar ; Pour le Cameroun : Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique (FPAE), Yaoundé ; Pour la Côte d'Ivoire : Groupe de Recherche sur l'Ethique Economique et le Développement Durable (GREDD).

4. Analyse des évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral face aux enjeux actuels de la prise en charge du VIH et des principales co-infections

Sigle : EVOLCAM

Période : 2013-2016

Problématique

Le Programme camerounais fait face aujourd'hui à une montée en charge importante des services VIH, conséquence à la fois de l'adoption de la gratuité des ARV en 2007, du relèvement à 350 CD4 du seuil d'éligibilité pour l'initiation du traitement et du vieillissement des files actives. Simultanément, l'ancienneté du programme soulève de nouveaux enjeux liés à la prise en charge des principales co-infections du VIH, dont la tuberculose et les hépatites, ainsi qu'à la gestion des passages en 2^{de} ligne. Ces évolutions interviennent dans un contexte de « crise » des financements internationaux de la lutte contre le VIH/sida qui font peser des menaces préoccupantes sur la qualité des services et la pérennité de l'accès aux ARV.

Objectifs

Objectif général : Analyser les évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV par rapport à la première enquête EVAL conduite en 2006 face aux enjeux actuels posés par la montée en puissance des besoins en traitements, le vieillissement des files actives et la gestion des co-infections dans un contexte de raréfaction des financements internationaux alloués à la lutte contre le VIH.

Objectifs spécifiques : Etudier les évolutions de l'accès aux traitements ARV et de la qualité de la prise en charge dans les régions de l'Extrême Nord, du Centre et du Littoral (y compris Yaoundé et Douala), dans une perspective comparative avec la première enquête EVAL conduite en 2006 ; Etudier la prise en charge et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVS) co-infectés par la Tuberculose pulmonaire (TB) et/ou l'Hépatite B (VHB) ou C (VHC) dans les villes de Yaoundé et Douala.

Méthodologie

La recherche associera des approches quantitatives et qualitatives et comprendra trois enquêtes : i) une enquête "Patient" auprès de patients séropositifs co-infectés ou non TB, VHB ou VHC, incluant des données médicales, biologiques, comportementales et socio-anthropologiques. L'enquête "Patient" quantitative sera conduite dans 19 formations sanitaires spécialisées dans la prise en charge du VIH et de la TB dans les régions du Centre et du Littoral et comprendra un échantillon aléatoire de 2000 patients (1600 personnes infectées par le VIH et 400 personnes co-infectées VIH/TB). L'enquête qualitative concernera 9 de ces établissements et inclura 135 patients ; ii) une enquête "Professionnels de santé" auprès d'environ 100 soignants des services VIH et TB où sera conduite l'enquête "Patient", portant sur les pratiques des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'infection à VIH et/ou TB et hépatites ; iii) une enquête "Formations sanitaires" portant sur un recueil de données sur les caractéristiques des services VIH et TB où sera conduite l'enquête "Patient".

Résultats

Au second semestre 2013, le pilote de l'enquête a été effectué dans 3 structures et a permis l'ajustement des outils d'enquête et la répartition des tâches.

La collecte des données (quantitative, qualitative et biologique) a débuté fin mars 2014 sur la région du centre, et devrait commencer en septembre 2014 pour la région du Littoral.

Les premières analyses devraient avoir lieu début 2015.

Commanditaires

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

Partenaires

Faculté de Médecine et de sciences biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun ; Université Catholique de Yaoundé, Cameroun ; IRD - UMI 233, Montpellier.

5. Evaluation Nationale de l'efficacité des traitements ARV de 2nd ligne associant une anti-protéase au Cambodge

Sigle : CAMBODGE EVAL 2ND LIGNE

Période : 2012-2014

Problématique

La faisabilité et l'efficacité des traitements antirétroviraux (ARV) de 1ère ligne, associant des inhibiteurs de la reverse transcriptase est aujourd'hui clairement documentée dans les pays à ressources limitées. Néanmoins, l'augmentation exponentielle du nombre de patients et de la durée de traitement des patients sous 1ère ligne font qu'un nombre croissant de patients, sont mis sous traitement de 2nd ligne associant un inhibiteur de la protéase (IP) du VIH, le plus souvent sur des critères clinico-immunologiques. Le Cambodge fait partie des 8 pays à ressources limitées qui ont réussi à donner accès aux ARV à plus de 80% des patients infectés par le VIH en besoin de traitement (41 660/67 000 en sept. 2010). Près de 2 000 d'entre eux sont à présent sous 2nd ligne.

L'efficacité, à moyen et long terme, des traitements de 2nd ligne dans les pays à ressources limitées est encore très mal documentée. La plupart des études ont été menées sur des cohortes de patients, mais jamais réalisées au niveau national. A ce jour, aucune alternative de traitement n'est disponible pour les patients en échec de 2nd ligne dans ces pays.

Objectifs

Cette recherche opérationnelle vise à évaluer sur le plan national, l'efficacité des traitements de 2nd ligne (facteurs individuels et structurels et de l'efficacité virologique).

Les objectifs spécifiques sont : i) de déterminer la prévalence des succès et des échecs virologiques sous 2nd lignes au Cambodge, d'identifier les facteurs de risque associés à l'échec des traitements de 2nd ligne ; ii) d'identifier les facteurs de risque individuels et des facteurs structurels liés à la non-observance du traitement chez les patients sous 2nd ligne ; iii) de décrire les profils de résistance aux ARV des patients en échec virologique sous 2nd ligne ; iv) de concevoir des traitements de 3ème ligne pour les patients en échec virologique.

Méthodologie

Cette étude est proposée à tous les patients sous 2nd ligne, depuis au moins 6 mois au Cambodge. Après avoir signé un formulaire de consentement, un prélèvement sanguin est effectué (3 à 7 ml sur EDTA en fonction de l'âge du sujet) pour mesurer la charge virale plasmatique (CVP) et réaliser des tests génotypiques de résistances aux ARVs si elle est décelable (seuil >250 copies/ml). L'historique des traitements ARV est documenté et enregistré dans la base de données du projet. De même, des facteurs structurels et individuels associés à l'efficacité des traitements de 2nd lignes au Cambodge sont documentés par des questionnaires. Un renforcement de l'adhérence avec contrôle de la charge virale à 3 mois est recommandé pour tout patient ayant une CVP décelable sans mutation de résistance sur le génotypage du VIH. La modification du traitement ARV basée sur l'analyse du profil de résistance aux inhibiteurs de la reverse transcriptase, de la protéase et de l'intégrase, et l'histoire thérapeutique est discutée individuellement au sein d'un comité d'experts.

Résultats

Le recueil de données est quasiment terminé. Actuellement, 1340 patients (sur les 1381 initialement prévus) ont été inclus dans les 13 sites participants. 1187 questionnaires patients ont été saisis, 797 questionnaires médical M0 et 594 questionnaire médical M1.

La base de données complète devrait être disponible à la rentrée 2014.

Une analyse sur les facteurs individuels et structurels associés à la non observance ou à l'échec sera réalisée d'ici la fin 2014.

Commanditaires

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

Partenaires

Laboratoire VIH/Hépatites, Institut Pasteur du Cambodge ; Research Unit at National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS), Cambodge.

6. 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 : 2010-2013

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

Des 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).

Une dernière série d'enquête a eu lieu du 25 février au 20 mars 2013 dans la région de Ouahigouya, afin de compléter les données sur la production des chiffres relatifs à la PTME dans les centres de santé, d'observer la pratique des supervisions des activités PTME et de documenter le suivi de l'enfant de mère séropositive après l'accouchement.

Une publication relative au programme est parue dans la revue Curare (Le Marcis & Rouamba, "Trial and routine : on the problematic relation between routine care and "private actors" within West-African health services (Burkina Faso)", Curare : journal of medical anthropology 36, 3 (2013) 211-226).

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.

7. 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 donnait 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'est agi d'une recherche qualitative. Le recueil des données de terrains s'est organisée par entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs concernés. Sur le plan analytique, nous avons mobilisé 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

Le bilan scientifique du projet a été remis à l'ANRS fin 2013. Dans ce rapport, est notamment menée une analyse du processus économique et politique ayant conduit à l'implémentation de l'exclusivité des données en UE, les principaux protagonistes impliqués, les rapports de forces et les controverses qui en résultent. Une deuxième partie est consacrée à l'étude des mécanismes de diffusion par l'UE du principe d'exclusivité des données dans les pays du sud. A cette fin, une analyse détaillée du processus de négociation de l'accord de libre-échange entre l'Inde et l'UE est proposée.

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.

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 s'inscrit dans la contribution à la compréhension des phénomènes de diffusion et de propagation des risques sanitaires infectieux dans une approche one-health. Par la dynamique spatiale et temporelle du rat noir et des pathologies dont il est porteur comme indicateurs, il vise à identifier les processus d'émergence d'espaces et populations à risques à travers la transformation des territoires et des mobilités de personnes et de biens au Sénégal et à l'est du Mali.

Ce programme interdisciplinaire combinant sciences sociales, biologiques et médicales permettra de comprendre le fonctionnement dynamique du système pathogène des anthropozoonoses liées au rat noir et favorisera l'élaboration d'actions de prévention et de vigilance épidémiologique.

Objectifs

En s'appuyant sur l'étude des deux pays s'étendant entre zones bioclimatiques sahélienne et guinéenne, (le Mali n'est pour le moment plus accessible à la recherche), l'objectif de ce projet vise à comprendre comment les dynamiques d'évolution des territoires et des paysages, et les dynamiques de flux de personnes et de biens peuvent générer l'émergence de nouveaux risques d'anthropozoonoses liées au rat noir, de l'échelle zonale à l'échelle locale.

Dans un second objectif, ce projet cherche à identifier les conditions de réalisation effective du risque à l'échelle des phénomènes de transmission par la création d'espaces partagés entre hommes, rat et virus dans des contextes de modification de l'environnement.

L'exemple de ce modèle de diffusion devra permettre de contribuer aux débats actuels autour de la question de la mondialisation des risques sanitaires et de l'émergence des espaces à risques.

Méthodologie

- Compilation de données d'archives afin d'alimenter une base de données interdisciplinaire permettant de mesurer et hiérarchiser les déterminants de la variabilité spatiale de la diffusion.
- Enquêtes de terrains dans les champs de la biologie humaine et animale et de la géographie afin d'identifier les limites actuelles de la diffusion et de ses déterminants.
- Investigations biologiques (captures de rongeurs, prises de sang, relevés de registres de dispensaires) et sociales (condition d'habitat et modes de vie, politiques d'aménagement, ...) afin d'identifier les chemins et conditions du passages des virus du rat à l'homme sur des sites illustratifs de transformations des espaces anciennement et nouvellement colonisés par le rat noir
- Analyse des données à l'aide de systèmes d'informations géographiques, de statistiques multiniveaux et de statistiques bayésiennes.

Résultats

Fin 2013, l'ensemble des partenaires avait réalisé les enquêtes de terrain à l'échelle d'un échantillon de villages et de concessions permettant de disposer de corpus de données pluridisciplinaires et géo-référencées sur la diffusion du rat noir. A travers des enquêtes domiciliaires, nous disposons également d'indicateurs de la contamination des habitants par des pathogènes de rongeurs.

L'année 2014 va être consacrée à l'analyse des données selon des approches disciplinaires et interdisciplinaires, à des compléments d'enquêtes de terrain, ainsi qu'à la valorisation par des publications dans des revues référencées et des présentations à colloques internationaux. La fin d'année sera consacrée à la préparation d'un colloque de restitution auprès des acteurs qui devrait se tenir début 2015.

Commanditaires

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

Partenaires

UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université) ; 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, et collaborations avec les Universités de Dakar (UCAD), Ziguinchor, St-Louis, Strasbourg, Lille, Paris I.

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'UMR912 SESSTIM, Unité Mixte de Recherche INSERM - IRD - Aix-Marseille Université "Sciences Economiques & Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale", dirigée par le Pr Jean-Paul Moatti.

Dans le cadre de son partenariat avec le SESSTIM, l'ORS PACA accueille dans ses locaux au 23 rue Stanislas Torrents et 55 rue Sylvabelle (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.

Une équipe de l'ORS s'est également rapprochée, depuis 2007 et dans le cadre du Cancéropôle PACA, de l'équipe CAN-BIOS "Cancers, Biomédecine & Société" du SESSTIM, 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 : l'un axé sur la prédiction et la prévention des cancers ; un second autour des enjeux des nouvelles thérapies en oncologie ; un troisième sur les questions liées à l'efficacité thérapeutique et à la survie.

Par ailleurs, depuis fin 2013, afin de rendre plus efficiente l'équipe ORS / SESSTIM, des groupes de travail ont été constitués sur des thèmes ciblés, poursuivant des objectifs d'identité scientifique et stratégiques bien définis autour de projets structurants :

Groupe 1 - Médecine personnalisée : cancers, autres pathologies

Groupe 2 - Vivre et vieillir avec la maladie

Groupe 3 - Médecine générale

Groupe 4 - Vaccination

Groupe 5 - Veille sanitaire

Groupe 6 - VIH, Hépatites, Recherche Communautaire

Groupe 7 - Conduites et comportements à risque, comportements d'addictions

Groupe 8 - Santé globale, Espaces, Développement

Groupe d'animation scientifique "transversale"

Groupe transversal "Méthodes quantitatives - Traitement de l'information médicale"

L'ORS PACA et le SESSTIM s'engagent, depuis 2012, aux côtés de l'IHU Méditerranée Infection pour développer un axe sciences humaines, épidémiologie sociale sur la question des maladies infectieuses.

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 (UQAM), en particulier avec l'équipe de Joanne Otis.

L'équipe a établi un partenariat avec l'Université du Québec (UQAM), en particulier avec l'équipe de Joanne Otis.

Dans le cadre du projet DRAG, nous avons utilisés les outils québécois pour mesurer la satisfaction des usagers des nouveaux systèmes de dépistage communautaires en France, à l'aide de tests rapides. Une analyse d'implantation est en cours d'analyse.

Dans le cadre du projet IPERGAY, après St Louis, Tenon et Croix Rousse, Montréal est le 4^{ème} centre d'investigation. L'équipe de Joanne Otis a adapté les versions françaises de nos questionnaires au contexte canadien afin qu'ils soient mis en ligne et gérés par notre équipe, comme c'est déjà le cas pour les six centres français.

- **Réseau européen CANWON : Cancer and Work Network**

L'ORS PACA et le SESSTIM sont associés au réseau européen CANWON (Action COST IS1211) à travers l'équipe 3 et le groupe-projet "Vivre et vieillir avec la maladie". Un chercheur de l'équipe est ainsi représentant pour la France au Managing Committee du réseau européen CANWON (responsable : Angela de Boer, Coronel Institute of Occupational Health, Academic Medical Center, Amsterdam, Pays Bas) et Chairman d'un des quatre groupes de travail, dédié à l'évaluation des coûts.

Ce réseau regroupe les représentants de plus d'une vingtaine de pays européens autour de la thématique du retour et du maintien en emploi suite à un diagnostic de cancer. Après la session de lancement du réseau (Bruxelles, mai 2013), deux workshops ont eu lieu (Amsterdam, novembre 2013 et Manchester, avril 2014). Le prochain Workshop aura lieu à Aix-en-Provence en novembre 2014.

- **Projet Européen FRESHER**

Collaboration avec plusieurs équipes européennes et le département santé de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) en vue d'une réponse à l'appel d'offre H2020 du Conseil européen de la recherche (titre du projet : FoResight and Modelling for European Health policy and Regulation).

- **Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL), Université de Ouagadougou, Burkina Faso ; Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) - Niamey, Niger ; Institut Supérieur de Management Public (ISPM) - Yaoundé, Cameroun ; Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique centrale (FPAE) - Yaoundé, Cameroun ; Département de sociologie, Université Cheikh Anta Diop (UCAD) - Dakar, Sénégal ; Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN), Laboratoire de recherche sur les transformations économiques et sociales (LARTES), UCAD - Dakar, Sénégal ; Institut Africain de la Gouvernance - Dakar, Sénégal**

Un partenariat avec ces équipes a été établi dans le cadre du projet "Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun)", financé par l'ANRS et élargi à deux nouveaux pays, le Bénin et le Niger.

- **Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC), Yaoundé, Cameroun ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun**

Collaboration dans le cadre du projet EVOLCAM "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".

- **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).

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).

- **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, Pain, Am J Addictions). Les données analysées sont issues d'études expérimentales sur des usagers de drogues dépendants aux opiacés.

D'autre part, le Pr Frances Levin, spécialiste des études sur les stimulants, et notamment la cocaïne, sera associée à la deuxième partie du projet STIMAGO comme centre de recrutement de patients pour l'essai clinique multicentrique.

- **Université de British Columbia, Vancouver, Canada**

Dans le cadre du projet COSINUS, l'équipe de Thomas Kerr a été associée à la réalisation des questionnaires afin de nous permettre de développer des questions de recherche nouvelles en lien avec leur cohorte VIDUS.

- **International AIDS Society (IAS) / National Institute on Drug Abuse (NIDA)**

Avec le soutien de l'Institut national sur l'abus des drogues (NIDA), l'International AIDS Society (IAS) a mis en place un programme de bourses de recherche portant sur l'utilisation de drogues et le VIH, dans le but de contribuer aux progrès de la connaissance scientifique de la consommation de drogues et le VIH, tout en favorisant la collaboration internationale sur le VIH et l'utilisation de drogues. Un chercheur de l'équipe est mentor dans le cadre de ce programme.

- **Association marocaine de Lutte contre le SIDA (ALCS)**

Collaboration dans le cadre d'un projet de dépistage communautaire pour les routiers.

- **Jawaharlal Nehru University, New Delhi, Inde**

Collaboration scientifique sur les médicaments génériques et la propriété intellectuelle, débutée en 2011 dans le cadre du projet ANRS 12213 "Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil".

- **Fiocruz (Fondation Oswaldo Cruz), Rio de Janeiro, Brésil**

Collaboration scientifique sur les médicaments génériques et la propriété intellectuelle, débutée en 2011 dans le cadre du projet ANRS 12213 "Données cliniques, bioéquivalence et médicaments génériques : une analyse à partir des cas de l'Inde et du Brésil".

- **Labex Aix-Marseille School of Economics (IRD-CNRS-EHESS-GREQAM-IDEP) ; Bureau Régional de l'Est méditerranéen de l'OMS au Caire ; Institut de santé communautaire et publique, Université de Birzeit, Palestine (ICPH-BZU) ; Faculté des sciences de la santé, Université Américaine de Beyrouth (FHS-AUB), Beyrouth, Liban ; Institut National de Travail et des études Sociales-Université de Carthage Tunis (INTES-UCT) ; Faculté des Sciences de l'Université Mohammed I, Oujda, Maroc**

Ce réseau de travail nord-sud multidisciplinaire a été mis en place dans le cadre du projet INEGSANTE "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'inégalité et l'équité en santé dans les PED.

- **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 a mis en place (avec Coalition Plus et l'Unité IRD de Montpellier, un contrat d'initiation ANRS à la mise en place d'une cohorte d'HSH en Afrique sub-saharienne. Ce contrat a débouché sur un projet déposé à l'ANRS.

- **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 a été représentée, jusqu'en mars 2014, à la direction de l'ITMO Santé Publique.

- **Centre des expertises collectives Inserm**

Participation à l'expertise collective commandée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) sur les addictions chez les jeunes.

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

Membre du groupe de conception des enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors) 2014-15.

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

Responsabilité en partenariat avec le bureau "Professions de santé" de la DREES de la conception et de la construction d'un nouveau panel de 2900 médecins généralistes libéraux recrutés fin 2013-début 2014, en France métropolitaine, avec trois sur-échantillons en Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La logistique d'enquête est assurée par la cellule d'enquête de l'ORS. Cinq vagues d'enquêtes sont prévues à un rythme semestriel. Le questionnaire de trois de ces vagues d'enquête 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.

- **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.

- **Groupe de recherche en Psychologie Sociale (GRePS), 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.

- **Groupement de Recherche (GdR CNRS), Age et Vieillissements (dir. Jean-Marie Robine)**

L'ORS PACA et le SESSTIM sont associés au GdR Age et Vieillissements à travers l'équipe 3 et le groupe-projet "Vivre et vieillir avec la maladie". Ce GDR rassemble les chercheurs en SHS travaillant sur les questions de vieillesse et vieillissements. Son objectif est de coordonner les efforts français pour faire face aux grands défis que posent les évolutions démographiques en cours, que ce soit en France ou en Europe. Il mobilise principalement les cinq disciplines des SHS suivantes (sans toutefois écarter par principe d'autres) : démographie, économie, épidémiologie sociale, géographie et sociologie. Le GdR prend la forme d'une organisation légère et souple, pour promouvoir des initiatives communes ou coordonnées dans un champ de recherche encore très morcelé.

- **Chaire Transitions Démographiques-Transitions Economiques, TDTE (dir. Jean-Hervé Lorenzi)**

L'ORS PACA et le SESSTIM sont associés à la chaire TDTE à travers l'équipe 3 et le groupe-projet "Vivre et vieillir avec la maladie". Cette chaire lancée en 2008 s'intéresse aux phénomènes liés aux bouleversements démographiques et à leurs impacts sur l'économie, dans le cadre de la spécificité française et en lien avec l'évolution des grands pays industrialisés, en outre sur les systèmes de retraite et de protection sociale. L'équipe est associée aux travaux de la chaire TDTE autour de l'axe consacré à la dépendance (manifestations, mesures et comportements individuels d'assurance).

- **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 deux principaux laboratoires de recherche en sciences économiques (GREQAM 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.

- **Départements d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale des Facultés de Médecine de Marseille et de Nice**

Collaboration en vue de la constitution d'un panel de jeunes médecins généralistes.

Collaboration à la formation des internes en médecine générale en santé - travail (SISTEPACA).

- **IHU Infectiopôle Sud**

Collaborations avec plusieurs chercheurs/praticiens membres de l'IHU ou associés à l'IHU sur les thématiques "risque nosocomial", "infections saisonnières", "vaccination", "fièvre Q", "maladies infectieuses" et "évaluation médico-économique".

- **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, des médecins du travail de services autonomes et interentreprises du régime général et du régime agricole, 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, des médecins du Collège méditerranéen des médecins généralistes maîtres de stage, un médecin généraliste de l'URPS ML, et la responsable du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés 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 et de formation santé-travail, ponctuelles ou dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Ces rencontres ont pour but de favoriser les échanges entre médecine de prévention et médecine de soins en région.

- **Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML) / Echelon régional du service médical de l'assurance maladie Paca (ERSM)**

Collaboration dans le cadre du développement, de la mise en œuvre et l'évaluation d'une formation innovante des médecins de ville à la vaccination en vue de sa généralisation en région Paca (Projet ForMeVac).

- **Agence régionale de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) ; Agence régionale de la santé Corse (ARS Corse) ; Centre interrégional d'étude, d'action et d'information Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation (CREAI Paca-Corse) ; Direction régionale du service médical de l'assurance maladie Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (DRSM Paca-Corse) ; Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) ; Observatoire régional de la santé Corse (ORS Corse)**

L'équipe de l'ORS Paca a lié des partenariats d'échanges de données avec ces institutions afin d'enrichir et de mettre à jour les indicateurs socio-sanitaires présentés dans le Système d'Information Régional en Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA) et le Système d'Information Régional en Santé Corse (SIRSéCorse) à des niveaux infra-régionaux. Ces indicateurs sont disponibles sur plusieurs années pour mesurer des évolutions, et des portraits de territoires ont été créés pour permettre, à l'aide d'un set d'une centaine d'indicateurs socio-sanitaires, d'appréhender les grands enjeux du territoire.

Ces outils de cartographie interactive sont 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. Ils visent en particulier à les aider dans leur démarche d'état des lieux des besoins de la population de la région.

- **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.

D'autre part, l'équipe de l'ORS travaille en articulation étroite avec le CRES sur le dispositif d'appui destiné aux porteurs de projet de Maisons Régionales de la Santé porté par le Conseil Régional Paca. Cette collaboration a notamment donné lieu à la co-rédaction en 2013 d'un guide à l'usage des porteurs de projet intitulé "De l'idée à la création d'une Maison Régionale de la Santé" et à l'organisation conjointe de la 1^{ère} journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons Régionales de la Santé en Région Provence-Alpes Côte d'Azur. En 2014, l'ORS participera également à l'organisation du 2^{ème} colloque sur les Maisons Régionales de Santé.

L'équipe de l'ORS réalise actuellement un projet de développement et de mise en œuvre d'une formation des médecins généralistes de la région Paca à la vaccination en partenariat avec le CRES (projet ForMéVac).

- **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), 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 fonctionnelles des patients, nouveautés sur les tumeurs des voies urinaires d'origine professionnelle.

- **Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF)**

Collaboration dans le cadre d'un projet ANRS sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.

- **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, et depuis 2012 dans le projet IPERGAY. L'équipe vient de finir un projet de recherche communautaire avec AIDES pour évaluer l'accompagnement et l'éducation aux risques infectieux liés à l'injection (AERLI).

- **Médecins du Monde (MDM)**

Collaboration dans le cadre du projet AERLI "Accompagnement et éducation aux risques infectieux liés à l'injection".

- **Consortium AIDES – Act-Up – Solidarité Sida**

En association avec ce consortium, le groupe "Gouvernance et sida en Afrique" travaille sur "la capitalisation du plaidoyer" effectué par trois associations en Afrique (Burkina Faso, Bénin, Cameroun). Il s'agit de documenter les modifications apportées par le travail des "plaidoyers" financés par le Consortium, auprès des autorités nationales sur l'amélioration de l'action publique contre le sida dans ces différents pays.

- **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 a été 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 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.

Après une phase pilote en 2012-2013 soutenue par l'INCA, des cycles de formation de médecins généralistes sur cancer et travail (2 réunions à 4-6 mois d'intervalle avec suivi intermédiaire des médecins) sont proposés en 2014 aux médecins dans le cadre du Développement professionnel continu, en collaboration avec le réseau ONCOPACA Corse.

- **Gynécologues-obstétriciens de l'AP-HM, école de sages-femmes EU3M (Faculté de Médecine Nord), réseau Périnatal Sud, Service de médecine et santé au travail et biogénotoxicologie de la Faculté de Médecine de la Timone, Institut National de Recherche et Sécurité (INRS)**

Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA) collabore avec différents cliniciens et préventeurs impliqués dans la prise en charge de la grossesse et/ou des risques professionnels nocifs pour la mère ou l'enfant, pour créer une rubrique "Grossesse et travail" (mise en ligne au premier semestre 2013) ; enseignement dans le cadre du Diplôme Universitaire "Accompagnement à la grossesse et à la naissance" en 2013 et en 2014.

- **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.

- **Réseau de santé "Naître et Devenir"**

Le réseau de santé "Naître et Devenir", propose des consultations spécifiques à chaque âge clé du développement de l'enfant grand prématuré pendant ses 7 premières années. Le réseau possède une base de données sur les parcours de soins des enfants nés prématurément dans la région Paca-Ouest. Cette base contient des données médico-sociales et elle est enrichie depuis 7 ans de façon quasi exhaustive par les services du réseau. L'ORS a collaboré avec l'équipe du réseau pour évaluer les effets de la plagiocéphalie asymétrique au cours de la première année de vie des enfants sur leur développement psychomoteur mesuré à 3,5-4,5 ans à l'aide des tests de dépistage des troubles psychomoteurs présents dans le bilan de santé "Eval mater".

Partenariat avec des équipes de recherche clinique et biologique

- Unité INSERM 897 de Bordeaux pour les cohortes APROCO-COPILOTE et HEPAVIH, et pour le projet TASP (Treatment as prevention) en cours en Afrique du Sud
- Unité INSERM 1018 (ex 687) de Villejuif pour le projet VESPA et le projet TASP
- Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations, Inserm U1018, Villejuif, et Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, pour le projet VESPA
- Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) U1018 INSERM/Univ Paris Sud (équipe VIH Laurence Meyer et Cécile Goujard) pour le projet APSEC (Acceptabilité, Attentes et Préférences des Patients avec charge virale indétectable et des Soignants vis-à-vis d'Essais Cliniques de guérison du VIH).
- Unité INSERM 1012/service de médecine interne CHU Bicêtre (Olivier Lambotte) pour le projet APSEC.
- CERMES 3 de l'UMR 8211 / U988 ; Equipe Addiction et psychiatrie du Laboratoire Sanpsy / CNRS USR 3413 ; Unité INSERM 1000 ; Unité INSERM 669 dans le cadre du projet COSINUS.
- Service d'addictologie et de pharmacologie du Pr Simon (AP-HM) dans le cadre de l'étude STIMAGO, ainsi que dans d'autres études sur les addictions.
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York dans le cadre de l'étude STIMAGO.
- Service Hospitalo-Universitaire d'Addictologie, INSERM U1042, UJF, Faculté de Médecine, CHU de Grenoble.
- 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) ; sur les analyses de qualité de vie intégrées à des essais cliniques ou des cohortes (essai EASIER, cohorte COVAC) ; pour l'essai TELAPREVIH (ANRS HC26)
- Unité INSERM 720 (Dominique Costagliola) 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)
- Unité INSERM 707 de Paris pour les essais cliniques sur les mono-infections par le VHB ou le VHC et les co-infections VIH-VHC (PEGAN ANRS HB06, ETOC ANRS HC20, PEGLIST-C ANRS HC22) et pour la cohorte CUPIC ANRS CO20 sur l'infection à VHC et la cohorte HEPATER.
- Unité CNRS 7613 de Marseille : GREQAM ; pour différentes opérations de recherches menées en commun dans le cadre de l'AMSE - Aix Marseille School of Economics
- Institut de veille sanitaire (InVS), Département des maladies infectieuses, dans le cadre de la dernière enquête presse gay (ANRS-EPGL 2011).
- Laboratoire d'anatomo-pathologie (S. Prévot) de l'Hôpital Antoine-Béclère ; Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre (C. Besson) ; Unité INSERM 943 (D. Costagliola), dans le cadre du projet ANRS LYMPHOVIR sur le développement du lymphome de Hodgkin chez les personnes infectées par le VIH.
- Institut Paoli Calmettes (Pr Viens, Dr Rousseau, Dr Extra, Dr Camerlot, Dr Ben Soussan, Dr Huiart, Dr Retornaz, Dr Provensal) dans le cadre des cohortes ELIPPSE
- 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^{ème} ligne de traitement en Afrique 2-LADY, l'étude EVOLCAM au Cameroun 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
- Service des urgences psychiatriques des hôpitaux de la Conception à Marseille (Dr JM. Henry) et Saint Roch à Nice (Dr F. Jover) dans le cadre de l'étude sur les tentatives de suicides en lien potentiel avec le travail.
- Service d'Infectiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- Faculté de Médecine de Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis

- UMI 233, Centre IRD de Montpellier (Eric Delaporte) dans le cadre de l'analyse des données de l'essai STRATALL (ANRS 12-110), de l'essai de 2^{ème} ligne de traitement en Afrique 2-LADY, et du projet de cohorte HSH en Afrique.
- UMR 198 URMITE (Marseille et Sénégal)
- Service d'imagerie médicale de l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal)
- Service d'imagerie médicale du CHU de Fann (Dakar, Sénégal)
- Centre de Recherche Clinique, UMI 233, CHU de Fann (Dakar, Sénégal) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Service des maladies infectieuses, Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Hôpital de Jour - Sanou Souro, CHU de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) dans le cadre de l'étude médico-économique associée à l'essai 2-LADY
- Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1 (Cameroun) dans le cadre du projet EVOLCAM.
- 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".
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS): projet 2PICAM (Cambodge)
- Coronel Institute of Occupational Health (Dr Angela de Boer), Academic Medical Centre, Université d'Amsterdam, Pays-Bas
- 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)
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York.
- McGill Primary Health Care Research Network & Department of Family Medicine, McGill University, dans le cadre du projet "In community based primary health care, what are the effective interventions for patients with complex care needs? A participatory systematic mixed studies review", mené par Pierre Pluye.

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'Orientation de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS)
- Actions Coordonnées (AC) 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"
- Comité scientifique sectoriel (CSS) de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) : n° 5 "Recherches en santé publique, sciences de l'homme et de la société"
- Groupe de travail "Addictions, prévention et prise en charge du VIH et du VHC" de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)
- Comité scientifique Lymphovir de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)
- Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN) : ITMO Santé Publique et ITMO Cancer
- Consortium de REcherches VACCinales (COREVAC) mis en place sous l'égide Aviesan - ITMO Microbiologie et maladies infectieuses
- Consortium européen ERANID (réseau européen de collaboration scientifique sur les drogues illicites)
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)
- Comité National de la Recherche Scientifique (CNRS) : section 36 "Sociologie et sciences du droit"
- Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (DGRI-MESR)
- Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) : groupes de travail dédiés à l'élaboration du nouveau plan de lutte contre les drogues et les addictions
- Conseil National du Sida (CNS)
- Institut National du Cancer (INCa) : Comité de pilotage du dispositif d'enquête VICAN (conditions de vie après un diagnostic de cancer).
- Institut National du Cancer (INCa) : expertise des réponses à l'appel à projets libres de recherche en Sciences Humaines et Sociales, Epidémiologie et Santé Publique
- Conseil d'Administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Conseil d'Administration de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
- Conseil d'Administration du Groupe des Ecoles Nationales d'Economie et Statistiques (GENES)
- Comité scientifique des journées scientifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 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 scientifique de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) pour l'organisation scientifique des évaluations
- Comité d'expertise de l'appel à projet général de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) : expertise dans le cadre de l'appel à projet du Programme national de recherche en environnement-santé-travail (PNR EST)
- Comité d'évaluation de l'appel d'offre de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments
- Comité d'expertise de l'appel à projet de la Fondation Médéric Alzheimer
- Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
- Comité de rédaction de la revue "Santé Publique"
- 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
- Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRSA PACA) : collège "Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé", commission "Organismes de l'observation de la santé, de l'enseignement et de recherche" et commission "Prévention"
- 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 d'Aix Marseille School of Economics (AMSE)
- Conseil d'Administration de la Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Comité régional des risques psycho-sociaux de la DIRECCTE
- Comité d'orientation de l'Association Régionale 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, Aix-Marseille Université
- Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Aix Marseille School of Economics (AMSE)
- Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université

Appartenance à des Sociétés savantes

- Association des chercheurs de Politique africaine
- Association Française d'Economie Politique
- Association Française de Science Économique (AFSE)
- Association Française de Science Politique
- Association Internationale de Science Politique
- 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
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse

Activité de reviewing d'articles

- Addiction
- Addictive Behaviors
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- American Journal of Public Health
- Applied Health Economics and Health Policy
- BMC Infectious Diseases
- BMC Public Health
- BMJ
- BMJ open
- Cochrane Review
- Contemporary Politics
- Drug and alcohol dependence
- Drug and alcohol review
- Economie Publique
- Economic Bulletin
- Expert Opinion on Drug Safety
- Face A Face. Regards sur la santé
- Health Economics
- Health Policy and Planning
- Hepatology
- HIV Clinical Trials
- Industrial and corporate change
- International Journal of Drug Policy
- International Journal of Health Geographics
- International Journal of Health Care Finance and Economics
- International Journal of Health Policy and Management
- International Journal of STD & AIDS
- Journal of AIDS
- Journal of Addiction Research & Therapy
- Journal of Antimicrobial Chemotherapy
- Journal of Environmental Planning and Management
- Journal of Health Economics
- Médecine et Maladies infectieuses (MedMal)
- Medical Anthropology
- Middle East Development Journal
- Patient Preference and Adherence
- Pharmacoepidemiology and Drug safety
- PLOS ONE
- Politique africaine
- Revue d'Economie industrielle
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- Revue de la Régulation
- Santé Publique
- Sciences sociales et Santé
- Social Science and Medicine
- Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy (SATPP)
- The Eastern Mediterranean Health Journal
- The Lancet
- Value in Health
- Visual Anthropology

Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2013

Au niveau local et national

- 35^{ème} Journées des Économistes de la Santé Français - Créteil : 5-6 décembre 2013
- Journée de conférence IReSP "Médecine personnalisée et innovations biomédicales" - Paris : 5 décembre 2013
- 8^{ème} Journée provençale de la santé humanitaire organisée par Santé Sud - Marseille : 29 novembre 2013
- Colloque RARE 2013 "L'innovation et les partenariats au service des malades" - Montpellier : 28-29 novembre 2013
- Congrès Français de Psychiatrie, 5^{ème} édition - Nice : 27-30 novembre 2013
- Colloque ANR "Bilan et perspectives : Vulnérabilités sociales et sanitaire" - Paris : 14-15 novembre 2013
- Les rencontres de la cancérologie française "La cancérologie dans tous ses états: La cancérologie dans l'écosystème de la santé" - Lyon : 6-7 novembre 2013
- Congrès ADELFF-SFSP "Santé Publique & Prévention" 2013 - Bordeaux : 17-19 octobre 2013
- 20^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé"- Paris : 17 octobre 2013
- Colloque Européen et International Toxicomanies Hépatites SIDA - Biarritz : 08-11 octobre 2013
- Colloque "Handicaps : enjeux économiques et sociétaux, apport de la recherche" - Paris : 9-10 octobre 2013
- 10th TEPP conference "Research in Health and Labour" - Le Mans : 26-27 September 2013
- 19^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 19 septembre 2013
- Conférence "Le travail indépendant: Santé et conditions de travail" - Paris : 18 septembre 2013
- Colloque "Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires" - Nanterre : 11-13 septembre 2013
- Colloque HSSA " Produire du savoir, gouverner des populations" - Lyon : 10-13 septembre 2013
- 5^{ème} journée doctorale de la psychologie de la santé - Bordeaux : 15-16 juillet 2013
- 2nd International HIV Social Sciences and Humanities Conference - Paris: 07-10 juillet 2013
- Journées d'Economie Publique Louis-André Gérard-Varet - Aix-en-Provence: 27-28 juin 2013
- 2nd DIAL Development Conference "Institutions and Development" - Paris: 27-28 juin 2013
- 62th congress of the French Economics Association - Aix-en-Provence: 24-26 juin 2013
- Conseil Scientifique : CDV -2011 - Marseille : 10-11 juin 2013
- Colloque "Handicap et Autonomie: la diversité des apports des enquêtes handicap-santé" - Paris : 6 juin 2013
- Conférence "Renouveler la conception de la fin de vie en France" - Paris : 4 juin 2013
- Séminaire AFD "Le Financement de la santé dans les pays en développement" - Paris : 27-28 mai 2013
- Colloque "E-tools and social networks for epidemiology" - Paris: 20-21 mai 2013
- Conférence The Augustin Cournot Doctoral Days – Strasbourg: 15-17 mai 2013
- 18^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 16 mai 2013
- Séminaire international "Propriété et communs : les nouveaux enjeux de l'accès et de l'innovation partagés" - Paris : 25-26 avril 2013
- Meeting ERANID - Marseille : 15-16 avril 2013
- 17^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 11 avril 2013
- 1^{ère} journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons Régionales de la Santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur – Marseille : 28 février 2013
- 16^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 14 février 2013
- Colloque "les sciences sociales et la diffusion des savoirs dans l'espace public" - Marseille : 31 janvier & 1er février 2013
- 15^{ème} séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 10 janvier 2013

Au niveau international

- 2nd Annual Health Economics and Personalized Medicine Symposium - Luxembourg: 28-29 octobre 2013
- XVI Congreso nacional sobre el SIDA (AIDS IMPACT) - Barcelone, Espagne : 29 septembre au 2 octobre 2013
- XI international Conference (AIDS IMPACT) - Barcelone, Espagne : 29 septembre au 2 octobre 2013
- PEGSM International Conference on Communication in Healthcare - Montreal, Canada: 29 septembre au 2 octobre 2013
- 2013 The European Cancer Congress/ECCO-ESMO - Amsterdam, Pays-Bas : 27 septembre au 1er octobre 2013
- The PEG Annual Scientific Meeting 2013 "Merging qualitative and quantitative research" - Perth, Australie: 19 juillet 2013
- 2013 Economic Science Association World Meetings - Zurich, Suisse : 12-14 juillet 2013
- 7th EuroSEAS Conference - Lisbonne, Portugal: 2-5 juillet 2013
- 9th World iHEA Congress "Celebrating Health Economics" - Sydney, Australie: 6-10 juillet 2013
- 7th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2013)- Kuala Lumpur, Malaisie, 30 juin au 03 juillet 2013.
- 5th European Conference on African Studies - Lisbonne, Portugal: 26-28 juin 2013
- Colloque EASA/SMA "Encounters and engagements: creating new agendas for medical anthropology" - Tarragona, Espagne: 12-14 juin 2013
- Colloque Sydney Catalyst "International Translational Cancer Research Symposium" - Sydney, Australie: 5-6 mai 2013
- 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases - Berlin, Allemagne : 27 au 30 avril 2013
- SADA'13 International Conference on Applied Statistics for Development in Africa - Cotonou, Bénin : 4 au 8 mars 2013
- 20th Conference on reoviruses and opportunistic infections - Atlanta, Etats-Unis : 3-6 mars 2013
- 5th UN Global Forum - Vienne, Autriche: 26-28 février 2013

Activité d'enseignement

L'équipe ORS-SESSTIM 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 2013, l'équipe a participé à plusieurs enseignements très diversifiés :

- 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 et Paris
- Master de Santé Publique, spécialité recherche "Méthodes Quantitatives et Econométriques pour la Recherche en Santé" (MQERS). Plusieurs modules en SHS et en Econométrie, Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, spécialité "Expertise et Ingénierie des Systèmes d'Information en Santé" (EISIS), module EPI-BASE : Epidémiologie, Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, spécialité professionnelle "Santé Publique, Société et Développement" (SPSD). Plusieurs modules en SHS et en Econométrie, Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Module interprofessionnel de Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes
- Filière de spécialisation "Ingénierie statistique des territoires et de la santé", Formation 3^{ème} année ingénieur, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Master d'Epidémiologie, Aix-Marseille Université
- Master Economie Appliquée, 2^{ème} année, spécialité Management et Evaluation des Projets et Programmes Publics, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master Gouvernance du Système Social et de Santé, 1^{ère} année, Institut d'Etudes Politiques d'Aix en Provence
- Master Aix-Marseille School of Economics, 1^{ère} année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master spécialité "Economie de l'Environnement", AMSE, Aix-Marseille Université
- Master spécialité "Economie de la santé", AMSE, Aix-Marseille Université
- Master de Psychologie de la Santé, Aix-Marseille Université
- Master Ressources Humaines - Cadre de santé, 1^{ère} et 2^{ème} année, Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master Affaires Internationales, Paris School of International Affairs (PSIA), Sciences Po Paris
- Master Santé et Développement, CEPED, Université Paris Descartes
- Master 2 professionnel, Etudes et diagnostics sociologiques, Université Nice-Sophia Antipolis
- Master 2 "Innovation et Management de la Propriété Intellectuelle", Université Paris 13, Sorbonne, Paris, Cité
- Master 1 Sciences Politique, Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne
- Master 1 "Création immatérielle et Droit", faculté de Droit de l'Université Montpellier 1
- Licence Administration Economique et Sociale, 1^{ère} année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Licence Economie et Management, 1^{ère} et 2^{ème} année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix Marseille Université
- 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
- Diplôme Universitaire "Accompagnement à la grossesse et à la naissance" en 2013 et en 2014
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, Aix-en-Provence
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Ecole du Personnel Paramédical des Armées (EPPA), Toulon
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille
- Formation à la Santé Publique, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille
- Formation Continue de l'Ecole Nationale de la Magistrature, Intervention sur les Addictions, organisée par la MidT.
- Formations médicales santé-travail agréées par l'Unité mixte de formation continue en santé de la Faculté de Médecine de Marseille jusqu'en 2013, puis intégration progressive de ces formations dans le cadre du Développement Professionnel Continu à partir de 2014
- Formation santé-travail semestrielle aux internes en médecine générale, en collaboration avec le Département universitaire de médecine générale de la Faculté de Médecine de Marseille et le Collège méditerranéen des généralistes maîtres de stage.

Activité de formation

Nombre d'étudiants ont été accueillis et encadrés en 2013-2014 au sein de la plateforme ORS-SESSTIM :

THÈSES SOUTENUES

- Muhammad Asim AFRIDI, Aix-Marseille Université
Docteurat en sciences économiques. Date de soutenance : 10 avril 2013
Thèse : The effects of health aid on health outcomes: public versus private channels.
(directeurs de thèse : Pr JP. Moatti, Aix-Marseille Université ; B. Ventelou, GREQAM-IDEP)
- Yves ARRIGHI, Aix-Marseille Université
Docteurat en sciences économiques. Date de soutenance : 13 décembre 2013
Thèse : Essays in the economics of health policies.
(directeurs de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEP ; A. Trannoy, GREQAM-IDEP)
- Laetitia HUIART, Aix-Marseille Université
Docteurat en recherche clinique et santé publique. Date de soutenance : 31 octobre 2013
Thèse : Hormonothérapie et cancer du sein : mesure de l'adhésion au traitement en bases de données médico-administratives.
(directeur de thèse : Pr R. Giorgi, Aix-Marseille Université)
- Albert LEGRAND FOSSO, Université Catholique de l'Afrique Centrale
Docteurat d'anthropologie. Date de soutenance : 15 avril 2014
Thèse : Le paludisme à l'ère de la santé comme bien public mondial : des acteurs et des logiques particulières autour des ACT et des moustiquaires au Cameroun.
(directeurs de thèse : MT Mengue, UCAC ; L. Vidal, IRD)
- Fadimatou MOUNSADE KPOUNDIA, Aix-Marseille Université
Docteurat d'anthropologie. Date de soutenance : 22 janvier 2014
Thèse : Sida et mutations professionnelles dans les structures de santé au Cameroun : l'exemple de la prise en charge psychosociale.
(directeur de thèse : L. Vidal, IRD)
- Gilbert NDZIESSI, Aix-Marseille Université
Docteurat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 03 avril 2013
Thèse : Impact des traitements antirétroviraux sur le risque de transmission du VIH/Sida en Afrique Subsaharienne : le cas du Cameroun.
(directeur de thèse : P. Carrieri, Inserm)
- Noemie RESSEQUIER, Aix-Marseille Université
Docteurat en recherche clinique et santé publique. Date de soutenance : 04 décembre 2013
Thèse : Méthodes de gestion des données manquantes en épidémiologie. Application en cancérologie.
(directeur de thèse : Pr R. Giorgi, Aix-Marseille Université)

THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Ali BEN CHARIF, Aix-Marseille Université
Docteurat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2015
Thèse : Prise en charge des femmes âgées souffrant de cancer du sein : inégalités et impact à long terme.
(directeurs de thèse : B. Spire, Inserm ; P. Carrieri, Inserm)
- Nicolas LORENTE, Aix-Marseille Université
Docteurat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2014
Thèse : Comportements de réduction des risques sexuels chez les HSH (Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes) séropositifs ou séronégatifs.
(directeur de thèse : B. Spire, Inserm)
- Mégane MERESSE, Aix-Marseille Université
Docteurat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2015
Thèse : Prise en charge des femmes âgées souffrant de cancer du sein : inégalités et impact à long terme.
(directeur de thèse : Pr R. Giorgi, Aix-Marseille Université)

- Audrey MICHEL-LEPAGE, Aix-Marseille Université
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2015
Thèse : Le rôle des mécanismes incitatifs dans l'amélioration des prescriptions antibiotiques.
(directeur de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEP)
- Sauman SINGH, Aix-Marseille Université
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2017
Thèse : Analysis of market entry and operation strategies of the Indian pharmaceutical firms, and mechanism of negotiation of international funding bodies to increase access to antiretroviral and antimalarial drugs in sub-Saharan Africa.
(directeur de thèse : F. Orsi, IRD)
- Aurélia TISON, Aix-Marseille Université
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 2015
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-IDEP ; A. Paraponaris, Aix-Marseille Université)

INTERNES EN MEDECINE

- Samer ABOU KAIS, Interne en santé publique
- Nicolas BERNABEU, Interne en santé publique
- Yohan André EL-HAIK, Interne en pharmacie
- Nicolas ROUX, Interne en médecine
- Christelle TONG, Interne en santé publique

MASTERS, LICENCES

- Clément BARBRY, M2I AMSE Economie publique / Economie de la santé, Aix-Marseille Université
- Charlotte BAUQUIER, M2R Psychologie Sociale et du Travail, Université Lumière Lyon 2
- Majda BENZIDIA, DU Magistère Ingénieur Economiste, Aix-Marseille Université
- Audrey BERBERSARKISSIAN, Master2 de Psychologie Sociale du Travail et des Organisations, Aix-Marseille Université
- Marion BERNHARD, Magistère Ingénieur Economiste (2^{ème} année), Aix Marseille Université
- Elise CARTER, Master2 Santé Publique, Aix-Marseille Université
- Ludovic CASANOVA, Master2 Recherche Santé Publique, Université Paris Sud
- Charles CHEVALIER, Elève Ingénieur ENSAI (2^{ème} année)
- Anne DI FUSCO, Master2 Santé Publique, Aix-Marseille Université
- Taoufiq DOUAB, Master2 Santé Publique Recherche Epidémiologie, Aix-Marseille Université
- Boni Armand ELEGBE, Master Mathématiques et applications, Aix-Marseille Université
- Lisa FRESSARD, Master MASS (2^{ème} année), Aix-Marseille Université
- Solveig LELAURAIN, Master1 Psychologie Sociale de la Santé, Aix-Marseille Université
- El Hadji Malick Lam NDIAYE, M2 Structures et dynamiques spatiales, Université d'Avignon
- Pauline REYNIER, Master MASS (2^{ème} année), Aix-Marseille Université
- Valentin ROBIN, Licence Economie et management, Aix-Marseille Université
- Paul RODRIGUES, Master1 de Géographie, Aix-Marseille Université
- Elhadji SECK, Master2 Santé Publique Recherche Epidémiologie, Aix-Marseille Université
- Hélène SERRE, Magistère Economiste Statisticien (1^{ère} année), Université de Toulouse 1
- Sauman SINGH, Master2 Santé Publique, EHESP

Le Bureau de l'Observatoire Régional de la Santé

- Président :
M. Michel Vauzelle
Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Vice-Présidents :
Dr. Norbert Nabet
Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr Vincent Sciortino
Directeur régional du Service médical, 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
Dr Laurent Sauze
Direction Stratégie et Prospective, Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr Robert Solé
Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Chirurgiens-dentistes

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. Michel Cadot, 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)
 - Dr Norbert Nabet, Directeur général adjoint, représentant M. le Préfet
 - Dr Laurent Sauze, Direction Stratégie et Prospective
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE Paca)
 - M. Patrice Russac, 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
 - Dr Pierre Taudou, Médecin conseiller technique du 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, Délégué aux Maisons Régionales de Santé
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 Soutenable, 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, Directeur régional du Service Médical

Au titre des Universités / Facultés

- Université d'Aix-Marseille
 - Pr Yvon Berland, Président
- Faculté de Médecine de Marseille
 - Pr Georges Leonetti, Doyen
- Faculté de Médecine de Nice
 - Pr Patrick Baqué, 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

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 (Médecins / Pharmaciens / Infirmiers / Chirurgiens-dentistes)

- Union régionale des professionnels de santé Médecins Libéraux
Dr Jean-François Giorla, Président
- Union régionale des professionnels de santé Chirurgiens-dentistes
Dr Robert Solé, Président

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, Président
- Croix Rouge Française (CRF), Délégation régionale PACA
Mme Simone Long, Présidente

Au titre de la Mutualité

- Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur
M. Dominique Trigon, Président de la Mutualité Française PACA SSAM

Au titre des Confédérations syndicales

- Confédération Générale du Travail (CGT)
M. François Guittet
- 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 Stioui, Délégué régional de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF)

L'équipe sur le site ORS-SESSTIM

Direction

MOATTI Jean-Paul
Professeur d'Economie – Université d'Aix Marseille
Directeur de l'UMR912 SESSTIM
Tél: 04 91 59 89 10
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 10
yolande.obadia@inserm.fr

PERETTI-WATEL Patrick
Sociologue
Directeur adjoint de l'UMR912 SESSTIM
patrick.peretti-watel@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 13 41 16
marie-odile.adam@inserm.fr

BEALU Boris
Infographiste
Tél: 04 91 59 89 28
boris.bealu@inserm.fr

BLANCHON Priscilla
Adjointe administrative
Tél: 04 91 59 89 06
priscilla.blanchon@inserm.fr

GIOVANNINI-GOZZI Carole
Attachée des ressources humaines
Tél: 04 91 59 89 03
carole.giovannini@inserm.fr

GORINE Zohra
Secrétaire d'études
Tél: 04 91 59 89 10
zohra.gorine@inserm.fr

KISSIKIAN Marie-Pierre
Comptable
Tél: 04 91 59 89 15
marie-pierre.kissikian@inserm.fr

MARQUES Christiane
Adjointe administrative
Tél: 04 91 59 89 06
christiane.marques@inserm.fr

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

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

Equipe Observation et territoire

Responsable d'équipe

GUAGLIARDO Valérie
Responsable du pôle Observation de la Santé
Biostatisticienne
Tél: 04 96 10 28 67
valerie.guagliardo@inserm.fr

Composition de l'équipe

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

BOCQUIER Aurélie
Ingénieur agronome
Tél: 04 91 59 89 14
aurelie.bocquier@inserm.fr

CATTIN Grégoire
Gestionnaire de bases de données
Tél: 04 96 10 28 61
gregoire.cattin@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 25
helene.dumesnil@inserm.fr

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

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

VIAU Alain
Médecin de santé publique
Chargé d'études
Tél: 04 91 59 89 21
alain.viau@inserm.fr

Equipe Cancers, biomédecine & société (CAN-BIOS)

BEN DIANE Karim
Sociologue
Chargé de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 84 25 33 88
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

REY Dominique
Médecin épidémiologiste
Chargée de recherche ORS/INSERM
Tél: 04 84 25 33 85
dominique.rey@inserm.fr

Doctorant(s)

BEN CHARIF Ali
Doctorant
Bourse doctorale régionale
Tél: 04 96 10 28 68
ali.ben-charif@inserm.fr

MERESSE Mégane
Doctorante
Bourse Fondation de France
Tél: 04 84 25 33 87
megane.meresse@inserm.fr

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

Responsable(s) d'équipe

EBOKO Fred
Politologue
Chargé de recherche IRD
Tél: 04 91 59 89 00
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

BOYER Sylvie
Economiste
Maître de conférence - Université d'Aix-Marseille
Tél: 04 96 10 28 72
sylvie.boyer@inserm.fr

BOYER Véronique
Chercheur en virologie
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 96 10 28 69
veronique.boyer@inserm.fr

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

CHEMINAT Olivier
Data manager
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 91 13 41 12
olivier.cheminat@inserm.fr

DEMOULIN Baptiste
Statisticien
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 81
baptiste.demoulin@inserm.fr

FRESSARD Lisa
Statisticienne
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 91 59 89 12
lisa.fressard@inserm.fr

LIONS Caroline
Statisticienne
Ingénieur d'étude ORS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
caroline.lions@inserm.fr

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

MARCH Laura
Statisticienne
Ingénieur de recherche ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 71
laura.march@inserm.fr

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

OBADIA Yolande
Médecin épidémiologiste, Directeur de l'ORSPACA
Coordonnateur des équipes de l'UMR912 du site ORS
Tél: 04 91 59 89 10
yolande.obadia@inserm.fr

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

OUATTARA Fatoumata
Anthropologue
Ingénieur de recherche IRD
Tél: 04 96 10 28 74
fatou.ouattara@ird.fr

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

ROUX Perrine
Chercheur en Santé Publique
Tél: 04 96 10 28 76
perrine.roux@inserm.fr

SAGAON TEYSSIER Luis
Economiste
Ingénieur de recherche IRD
Tél: 04 96 10 28 78
luis.sagaon-teyssier@inserm.fr

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

VILOTITCH Antoine
Data manager / Statisticien
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM
Tél: 04 96 10 28 84
antoine.vilotitch@inserm.fr

Post-doctorant(s)

HERMANN-MESFEN Judith
Anthropologue
Post-doctorante
Bourse ANRS
judith0hermann@gmail.com

Doctorant(s)

SINGH Sauman
Doctorant en sciences économiques
Bourse ANRS
Tél: 04 96 10 28 64
sauman.singh@inserm.fr

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

Responsable (s) d'équipe

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

Composition de l'équipe

ABU-ZAINEH Mohammad
Economiste
Maître de conférence - Université d'Aix-Marseille
Tél: 04 96 10 28 65
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

BOCQUIER Aurélie
Ingénieur agronome
Tél: 04 91 59 89 14
aurelie.bocquier@inserm.fr

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

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

PARAPONARIS Alain
Economiste
Maître de conférence - Université d'Aix-Marseille
Tél: 04 91 59 89 02
alain.paraponaris@inserm.fr

PROTIERE Christel
Economiste
Chargée de recherche INSERM
Tél: 04 96 10 28 60
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

WOODE Maame Esi
Economiste
Ingénieur de recherche
Tél: 04 96 10 28 65
maame-esi.woode@inserm.fr

Doctorant(s)

MICHEL-LEPAGE Audrey
Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale IHU-Fondation Méditerranée Infection
Tél: 04 91 59 89 21
audrey.ml@laposte.net

TISON Aurélie
Doctorante en sciences économiques
Bourse doctorale ED372
Tél: 04 91 59 89 08
aurelia.tison@inserm.fr

Plateforme d'enquêtes

Responsable (s) d'équipe

MARADAN Gwenaëlle
Responsable de la plateforme d'enquêtes
Tél: 04 96 10 28 89 - gwenaëlle.maradan@inserm.fr

Composition de l'équipe

ALCALA Stéphanie
Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 85 - stephanie.alcala@inserm.fr

KERENFORS Christelle
Technicienne d'enquête
Tél: 04 96 10 28 85 - christelle.kerenfors@inserm.fr

RIABI Cheraz
Technicienne d'enquête
Tél: 04 91 63 56 45 - cheraz.riabi@inserm.fr

Publications 2013

- **Breast cancer patients' views on the use of genomic testing to guide decisions about their post-operative chemotherapy.**
Seror V, Marino P, Bertucci F, Mancini J, Extra Jm, Ferrero Jm, Bachelot T, Viens P, Julian-Reynier C
Public Health Genomics, 2013, 16(3) : 110-117.
- **International variation in physicians' attitudes towards prophylactic mastectomy. Comparison between France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom.**
Den Heijer M, van Asperen CJ, Harris H, Nippert I, Schmidtke J, Bouhnik AD, Julian-Reynier C, Evans DGR, Tibben, A
Eur J Cancer, 2013, 49(13) : 2798-805.
- **Dealing with missing data in the Center for Epidemiologic Studies Depression self-report scale: a study based on the French E3N cohort**
Resseguier N, Verdoux H, Giorgi R, Clavel-Chapelon F, Paoletti X
BMC medical research methodology, 2013, 13 : 28.
- **Tamoxifen Therapy for Patients with Breast Cancer**
Laetitia H, Ferdynus C, Giorgi R
Lancet, 2013, 381(9883) : 2077.
- **A meta-regression analysis of the available data on adherence to adjuvant hormonal therapy in breast cancer: summarizing the data for clinicians**
Laetitia H, Ferdynus F, Giorgi R
Breast cancer research and treatment, 2013, 138(1) : 325-8.
- **Immunoglobulin g anticardiolipin antibodies and progression to q Fever endocarditis**
M. Million, G. Walter, N. Bardin, L. Camoin, R. Giorgi, P. Bongrand, F. Gouriet, J.-P. Casalta, F. Thuny, G. Habib, D. Raoult
Clin. Infect. Dis, 2013, 57(1) : 57-64.
- **Lactobacillus reuteri and Escherichia coli in the human gut microbiota may predict weight gain associated with vancomycin treatment**
M. Million, F. Thuny, E. Angelakis, J.-P. Casalta, R. Giorgi, G. Habib, D. Raoult
Nutr Diabetes, 2013, 3 : e87.
- **How to Reduce Unnecessary Invasive Angiograms When Patients Are Initially Evaluated by Coronary Computed Tomography?**
E. Cheneau, B. Vahdat, N. Resseguier, L. Bernard, A. Molon, R. Giorgi, D. Panagides
Advances in Computed Tomography, 2013, 2(1) : 13-19.
- **Diagnostic yield of FDG positron-emission tomography/computed tomography in patients with CEID infection: a pilot study**
J. Cautela, S. Alessandrini, S. Cammilleri, R. Giorgi, H. Richet, J.-P. Casalta, G. Habib, D. Raoult, O. Mundler, J.-C. Deharo
Europace, 2013, 15(2) : 252-257.
- **Appraising financial protection in health: the case**
Abu-Zaineh, M., Ben Romdhane, H., Ventelou, B., Moatti, J. P., Chokri, A.
Int J Health Care Finance Econ, 2013, 13(1) : 73-93.
- **Social inequalities in new antidepressant treatment: a study at the individual and neighborhood levels**
Bocquier A, Cortaredona S, Verdoux H, Sciortino V, Nauleau S, Verger P.
Ann Epidemiol, 2013, 23(3) : 99-105.

- **Factors associated with vaccination for hepatitis B, pertussis, seasonal and pandemic influenza among French general practitioners: A 2010 survey.**
Pulcini C, Massin S, Launay O, Verger P
Vaccine, 2013, 31(37) : 3943-9.
- **Papillomavirus vaccine coverage and its determinants in South-Eastern France.**
Lions C, Pulcini C, Verger P
Med Mal Infect, 2013, 43(5) : 195-201.
- **Indicators show differences in antibiotic use between general practitioners and paediatricians.**
Pulcini C, Lions C, Ventelou B, Verger P
Eur J Clin Microbiol Infect Dis., 2013, 32(7) : 929-35.
- **Approaching the quality of antibiotic prescriptions in primary care using reimbursement data.**
Pulcini C, Lions C, Ventelou B, Verger P
Eur J Clin Microbiol Infect Dis., 2013, 32(3) : 325-32.
- **Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur**
Saliba ML Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P
Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2013, : .
- **Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice.**
Verdoux H, Cortaredona S, Dumesnil H, Sebbah, R, Verger P.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2013, : .
- **Wealth, Health, and the Measurement of Multidimensional Inequality: Evidence from the Middle East and North African Countries**
Abu-Zaineh, M., Abul Naga, R.
Research on Economic Inequality, 2013, 21 : .
- **Déterminants sociaux des inégalités de santé : une priorité absolue pour la recherche en santé publique**
Moatti JP
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2013, : doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.012.
- **The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review**
Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB
Health Research Policy and Systems, 2013, 11 : 31 doi:10.1186/1478-4505-11-31.
- **Behavioural research in epidemics**
Atlani-Duault L, Rousseau C, Moatti JP, Delfraissy JF, Murgue B
The Lancet Infectious Disease, 2013, 13 : 567-568.
- **No evidence of significant levels of toxigenic V. cholerae O1 in the Haitian aquatic environment during the 2012 rainy season.**
Baron S, Lesne J, Moore S, Rossignol E, Rebaudet S, Gazin P, Barraï R, Magloire R, Boncy J, Piarroux R.
PLOS Currents Outbreaks, 2013,
doi:10.1371/currents.outbreaks.7735b392bdc749baf5812d2096d331e : .
- **Is serving in the armed forces associated with tobacco or cannabis initiation? A study of onset sequences before and after joining the French armed forces.**
Mayet A, Marimoutou C, Esvan M, Verret C, Haus-Cheymol R, Michel R, Meynard JB, Deparis X, Migliani R
Addict Behav, 2013, 38 : 2437-44.

- **Malaria attacks due to *P. vivax* or *P. ovale* in two French military teaching hospitals (2000 to 2009).**
Demaison X, Rapp C, de Laval F, Simon F
Med Mal Infect, 2013, 43 : 152-8.
- **The measles outbreak in the French military forces--2010-2011: results of epidemiological surveillance.**
Mayet A, Genicon C, Duron S, Haus-Cheymol R, Ficko C, Bédubourg G, Laporal S, Trichereau J, Meynard JB, Deparis X, Migliani R
J Infect, 2013, 66 : 271-7.
- **The accuracy of self-reported data concerning recent cannabis use in the French armed forces.**
Mayet A, Esvan M, Marimoutou C, Haus-Cheymol R, Verret C, Ollivier L, Meynard JB, Michel R, Boutin JP, Deparis X, Migliani R
Eur J Public Health, 2013, 23 : 328-32.
- **The 2009 A(H1N1) influenza pandemic in the French Armed Forces: evaluation of three surveillance systems.**
Gache K, Mayet A, Manet G, Ligier C, Piarroux M, Faure N, Trichereau J, Verret C, Decam C, Chaudet H, Rapp C, Queyriaux B, Deparis X, Migliani R, Meynard JB
Eur J Public Health, 2013, 23 : 653-8.
- **Environmental determinant of malaria cases among travellers**
Texier G, Machault V, Baragatti M, Boutin JP, Rogier C
Malaria Journal, 2013, 12 : .
- **Aspects épidémiologiques du suicide dans les armées françaises, résultats de la surveillance épidémiologique de 2002 à 2011.**
Verret C, Guiraudet O, Trichereau J, Haus-Cheymol R, Laporal S, Duron S, Bédubourg G, Mayet A, Michel R, Dia A, Meynard J-B, Vallet D, Migliani R.
Médecine et armées, 2013, 41 : 41760.
- **Plague circulation and population genetics of the reservoir *Rattus rattus* : the influence of topographic relief on the distribution of the disease within the Madagascan focus**
Brouat C, Rahelinirina S, Loiseau A, Rahalison L, Rajerison M, Laffly D, Handschumacher P, Duplantier JM
Plos Neglected Tropical Diseases, 2013, 7(6) : e2266.
- **Procédure de nommage des documents : mise au point et évaluation**
Morlanne-Fendan P., Tanti M.
Documentation et Bibliothèques, 2013, 59(2) : 82:90.
- **Quel état sanitaire pour les condamnés aux travaux forcés du bagne de Guyane**
Morlanne-Fendan P., Battesti M., Deparis X., Tanti M.
Histoires des Sciences médicales, 2013, : .
- **Laboratory monitoring for antiretroviral therapy in low-resource settings**
Boyer S., Laurent C., Kouanfack C., Moatti Jp.
Lancet Infectious Diseases, 2013, 13(9) : 739. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70203-2.
- **Evaluation of the impact of immediate versus WHO recommendations-guided antiretroviral therapy initiation on HIV incidence: the ANRS 12249 TasP (Treatment as Prevention) trial in Hlabisa sub-district, KwaZulu-Natal, South Africa: study protocol for a clus**
Iwuji CC, Orne-Gliemann J, Tanser F, Boyer S, Lessells RJ, Lert F, Imrie J, Bärnighausen T, Rekacewicz C, Bazin B, Newell ML, Dabis F.
Trials, 2013, 14(1) : 230.

- **Monitoring of HIV viral load, CD4 cell count, and clinical assessment versus clinical monitoring alone for antiretroviral therapy in low-resource settings (Stratall ANRS 12110/ESTHER): a cost-effectiveness analysis**
 Boyer S., March L., Kouanfack C., Laborde-Balen G., Marino P., Fobang Aghokeng A., Mpoudi-Ngole E., Koulla-Shiro S., Delaporte E., Carrieri Mp., Spire B., Laurent C., Moatti Jp. For The Stratall Anrs 12110 / Esther Study Group*
 Lancet Infectious Diseases, 2013, 13(7) : 577-586.
- **Susceptibility to transmitting HIV in patients initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon (Stratall ANRS 12110/ESTHER trial)**
 Ndziessi G., Cohen J., Kouanfack C., Marcellin F., Carrieri M. P., Laborde Balen G., Protopopescu C, Fobang Aghokeng A., Moatti J-P., Spire B., Delaporte E., Laurent C., Boyer S. For Anrs 12110/Esther Study Group
 Plos One, 2013, 8(4) : e62611. doi: 10.1371/journal.pone.0062611.
- **Task shifting HIV care in rural district hospitals in Cameroon: evidence of comparable antiretroviral treatment related outcomes between nurses and physicians in the Stratall ANRS/ESTHER trial**
 Boullé C., Kouanfack C., Laborde-Balen G. Carrieri MP, Dontsop M., Boyer S, Fobang Aghokeng A., Spire B., Koulla-Shiro S., Delaporte E., Laurent C. for the Stratall Anrs/Esther Study Group*
 J Acquir Immune Defic Syndr 1999, 2013, 62(5) : 569-76.
- **Impact of HIV comprehensive care and treatment on serostatus disclosure among Cameroonian patients in rural district hospitals**
 Suzan-Monti M., Kouanfack C., Boyer S., Blanche J., Bonono Rc., Delaporte E., Carrieri P.M., Moatti Jp., Laurent C., Spire B. For The Stratall Anrs 12-110/Esther Study Group
 Plos One, 2013, 8(1) : e55225. doi: 10.1371/journal.pone.0055225.
- **Time patterns of adherence and long term virological response to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor regimens in the Stratall ANRS 12110/ESTHER trial in Cameroon**
 Meresse M., Carrieri M. P, Laurent C., Kouanfack C., Protopopescu C., Blanche J., Cohen J., Laborde-Balen G., Fobang Aghokeng A., Spire B., Moatti JP., Delaporte E., Boyer S. for the Stratall Anrs 12110/Esther Study Group
 Antiviral Therapy, 2013, 18(1) : 29-37.
- **Changes in sexual activity and risk behaviours among people living with HIV/AIDS initiating ART in rural district in Cameroon – data from the Stratall ANRS 12110/ESTHER trial**
 Ndziessi G., Cohen J., Kouanfack C., Boyer S., Moatti J-P., Marcellin F., Laurent C., Spire B., Delaporte e., Carrieria M. P. for Anrs 12110/Esther Study Group
 AIDS Care, 2013, 25(3) : 347-55.
- **Management de l'information : quelle réalité pour les TPE/PME**
 Hassanaly P
 Documentaliste Sciences de l'information, 2013, 1 : 46-48.
- **Lack of correlation between the size of HIV Proviral DNA Reservoir and the level of Immune activation in HIV- infected patients with a sustained undetectable HIV viral load for 10 years.**
 Poizot-Martin I, Faucher O, Obry-Roguet V, Nicolino-Brunet C, Ronot-Bregigeon S, Dignat-George F, Tamalet C
 J Clin Virol, 2013, 57 : 351-5.
- **An undetectable polymerase chain reaction signal in routine HIV plasma viral load monitoring is associated with better virological outcomes in patients receiving highly active antiretroviral therapy**
 Pugliese P, Deldierre C, Cuzin L, Poizot-Martin I, Rey D, Saune K, Costtalorda J, Bettinger D, Delaugerre C, Hoen B, For The Dat Aids Study Group
 HIV Med, 2013, doi: 10.1111/hiv.12041 : .

- **Relapse of hepatitis C virus after 14 months of sustained virological response following pegylated-interferon alpha plus ribavirin therapy in a human immunodeficiency virus type 1 infected patient**
Colson P, Bregigeeon S, Tourres C, Solas C, Poizot-Martin I, Tamalet C
J Clin Virol, 2013, 58 : 309-14.
- **Can the "Seek, Test, Treat, and Retain" Strategy be Effective in France?**
Cuzin L, Allavena C, Pugliese P, Rey D, Hoen B, Poizot-Martin I, Cabie A, Yazdanpanah Y For The Dat'aids Study Group
J Acquir Immune Defic Syndr, 2013, 62 : e119-e121.
- **Role and evolution of viral tropism in patients with advanced HIV disease receiving intensified initial regimen in the ANRS 130 APOLLO trial**
Charpentier C, Joly V, Larrouy L, Fagard C, Visseaux B, De Verdière Nc, Raffi F, Yeni P, Descamps D; Apollo Trial Study Group. (Included Poizot-Martin I)
J Antimicrob Chemother, 2013, 68 : 690-6.
- **Platelet count kinetics following interruption of antiretroviral treatment**
Zetterberg E, Neuhaus J, Baker Jv, Somboonwit C, Llibre Jm, Palfreeman A, Chini N, Lundgren Jd; Insight Smart Study Group. (Included Poizot-Martin I)
Aids, 2013, 27 : 59-68.
- **CD8 T-cells from most HIV-infected patients lack ex vivo HIV-suppressive capacity during acute and early infection**
Lécurox C, Girault I, Chéret A, Versmisse P, Nembot G, Meyer L, Rouzioux C, Pancino G, Venet A, Sáez-Cirión A; Anrs 147 Optiprim Clinical Trial. (Included Poizot-Martin I).
PLoS One, 2013, 8(3) : e59767.
- **Intensification of antiretroviral therapy through addition of enfuvirtide in naive HIV-1- infected patients with severe immunosuppression does not improve immunological response: results of a randomized multicenter trial (ANRS 130 Apollo)**
Joly V, Fagard C, Grondin C, Descamps D, Yazdanpanah Y, Charpentier C, Colin De Verdier N, Tabuteau S, Raffi F, Cabie A, Chene G, Yeni P; S 130 Apollo Trial Group. (Included Poizot-Martin I)
Antimicrob Agents Chemother, 2013, 57 : 758-65.
- **Brief overdose education can significantly increase accurate recognition of opioid overdose among heroin users**
Jones JD, Roux P, Stancliff S, Matthews W, Comer SD.
Int J Drug Policy, 2013, : doi:pil: S0955-3959(13)00080-7.
- **De jure decriminalisation of cannabis use matters: some recent trends from France.**
Massin S, Carrieri MP, Roux P.
Int J Drug Policy, 2013, : doi:pil: S0955-3959(13)00052-2.10.1016/j.drugpo.2013.04.008.
- **No evidence of significant levels of toxigenic V. cholerae O1 in the Haitian aquatic environment during the 2012 rainy season**
Baron S, Lesne J, Moore S, Rossignol E, Rebaudet S, Gazin P, Barraix R, Magloire R, Boncy J, Piarroux R.
PLOS Currents Outbreaks, 2013, : doi:
10.1371/currents.outbreaks.7735b392bdc749baf5812d2096d331e..
- **The Dry Season in Haiti: a Window of Opportunity to Eliminate Cholera**
Rebaudet S, Gazin P, Barraix R, Moore S, Rossignol E, Barthelemy N, Gaudart J, Boncy J, Magloire R, Piarroux R
PLOS Currents Outbreaks, 2013, : doi:
10.1371/currents.outbreaks.2193a0ec4401d9526203af12e5024ddc.
- **No condoms for prisoners: accumulating risks of HIV, STI but also hepatitis transmission**
Lorente N, Zylberman P, Carrieri MP
Sex Transm Infect, 2013, 89 : 310.

- **Health-care-associated bloodstream infections in France**
 Richet H, Carrieri P, Loffeier V, Cassir N, La Scola B, Obadia Y
Lancet Infect Dis, 2013, 13 : 656.
- **Factors associated with guideline-based hepatitis C virus (HCV) treatment initiation in HIV/HCV-coinfected patients: role of comorbidities and physicians' perceptions**
 Winnock M, Bani-Sadr F, Pambrun E, Loko MA, Carrieri P, Neau D,
HIV Med, 2013, 14 : 430-436.
- **Impact of HIV comprehensive care and treatment on serostatus disclosure among Cameroonian patients in rural district hospitals**
 Suzan-Monti, M., Kouanfack, C., Boyer, S., Blanche, J., Bonono, R. C., Delaporte, E., Carrieri, M. P., Moatti, J. P., Laurent, C., Spire, B.
PLoS ONE, 2013, 8(1) : e55225. doi:10.1371/journal.pone.0055225.
- **Comment: Sandrine Revet's "A Small World": Ethnography of a Natural Disaster Simulation in Lima, Peru**
 Atlani-Duault L.
Social Anthropology, 2013, 21(1) : 54-56.
- **Time to combine intervention with prevention in countries where HIV is also driven by hazardous drinking**
 Carrieri Mp, Spire B, Lert F, Michel L
Addiction, 2013, 108(1) : 221-2.
- **Minimal interference: a basis for selecting ART for prevention with positives?**
 Lebouche B, Engler K, Levy JI, Gilmore N, Spire B, Rozenbaum W, Routy Jp
AIDS Care, 2013, 25(10) : 1284-90.
- **Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (The ANRS-DRAG Study),**
 N, Preau M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Otis J, Passeron A, Le Gall Jm, Dhotte P, Carrieri Mp, Suzan-Monti M, Spire B
Plos One, 2013, 8(4) : e61225.
- **HIV prevalence and sexual risk behaviors associated with awareness of HIV status among men who have sex with men in Paris, France**
 Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Leon L, Le Vu S, Pilonel J, Spire B, Semaille C
AIDS & Behav, 2013, 17(4) : 1266-78.
- **High Viral Loads among HIV-Positive MSM Attending Gay venues: Implications for HIV Transmission**
 Semaille C, Barin F, Bouyssou A, Peytavin G, Guinard J, Le Vu S, Pilonel J, Spire B, Velter A
JAIDS, 2013, : e122-124..
- **Prediction of HIV drug-resistance based on virologic, immunologic, clinical and/or adherence criteria in the Stratall ANRS 12110/ESTHER trial in Cameroon**
 Boullé C, Kouanfack C, Laborde-Balen G, Aghokeng AF, Boyer S, Carrieri MP, Kazé S, Mben JM, Dontsop M, Spire B, Peeters M, Mpoudi-Ngolé E, Delaporte E, Laurent C
Clin Infect Dis, 2013, 57(4) : 604-7.
- **Visiting One's Native Country: The Risks of Non-adherence in HIV-Infected Sub-Saharan Migrants--ANRS VIHVO Study**
 Abgrall S, Fugon L, Lele N, Carde E, Bentata M, Patey O, Khuong Ma, Spire B, Carrieri Mp, Bouchaud O
J Int Assoc Provid AIDS Care, 2013, 12(6) : 407-13.
- **French HIV Experts on Early Antiretroviral Treatment for Prevention: Uncertainty and Heterogeneity**
 Lebouché B, Engler K, Lévy JJ, Gilmore N, Spire B, Rozenbaum W, Lacene T, Routy JP.
J Int Assoc Provid AIDS Care, 2013, [Epub ahead of print] : .

- **Investigating recent testing among MSM: results from community-based HIV rapid testing attendees in France**
Lorente N, Champenois K, Blanche J, Preau M, Suzan-Monti M, Mora M, Fugon L, Carrieri Mp, Sagaon-Teyssier L, Le Gall Jm, Spire B, Yazdanpanah Y
Journal of Sexually Transmitted Diseases, 2013, : doi.org/10.1155/2013/648791.
- **Association between elevated coffee consumption and daily chocolate intake with normal liver enzymes in HIV-HCV infected individuals: results from the ANRS CO13 HEPAVIH cohort study**
Carrieri Mp, Lions C, Sogni P, Winnock M, Roux P, Mora Bonnard P, Salmon D, Dabis P, Spire B
J Hepatol, 2014, 60(1) : 46-53.
- **Is exposure to night-time traffic noise a risk factor for purchase of anxiolytic-hypnotic medication? A cohort study**
Bocquier A, Cortaredona S, Boutin C, David A, Bigot A, Sciortino V, Nauleau S, Gaudart J, Giorgi R, Verger P.
Eur J Public Health, 2014, 24(2) : 298-303.
- **Disparities in access to health care in three French regions**
Gusmano MK, Weisz D, Rodwin VG, Lang J, Qian M, Bocquier A, Moysan V, Verger P.
Health Policy, 2014, 114(1) : 31-40.
- **Knowledge, attitudes, beliefs and practices of general practitioners towards measles and MMR vaccination in southeastern France in 2012.**
Pulcini C, Massin S, Launay O, Verger P
Clin Microbiol Infect, 2014, 20(1) : 38-43.
- **La construction d'un partenariat au Cambodge. Négociations et attentes nationales dans le contexte de la lutte contre le sida et le paludisme.**
Bourdier F, Ménard D.
In Laurent Vidal (éd.), Le Partenariat : complexité et diversité des réalités, Editions IRD, Montpellier, 2013.
- **HIV-1 DNA levels in PBMC and cannabis use are both associated with intermittent HIV shedding in semen of men who have sex with men taking efficient combined antiretroviral regimens (Evarist - ANRS EP49 study).**
Ghosn J, Leruez-Ville M, Blanche J, Delobelle A, Beaudoux C, Mascard L, Lecuyer H, Canestri A, Landman R, Zucman D, Ponscarne D, Rami A, Viard JP, Spire B, Rouzioux C, Costagliola D, Suzan-Monti M.
Clin. Inf. Dis., 2014. in press.

