



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

# RAPPORT D'ACTIVITE 2014 - 2015

A l'attention des Administrateurs de l'ORS Paca  
Séance du jeudi 28 mai 2015

**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](mailto:accueil@orspaca.org) . sites : [www.orspaca.org](http://www.orspaca.org) / [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org)



# RAPPORT D'ACTIVITE 2014 - 2015

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, diagnostics de territoire,...) 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.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.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](http://www.sistepaca.org)) qui a pour objectifs d'informer les médecins praticiens sur les maladies professionnelles (repérage, déclaration), sur le maintien dans l'emploi de leurs patients, et de favoriser les échanges avec les médecins du travail : organisation de réunions médicales pluridisciplinaires santé-travail et mise à disposition d'outils d'aide.

## La production de connaissances nouvelles...

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

## Les thématiques étudiées...

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

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

## L'aide à la décision...

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

# RAPPORT D'ACTIVITE 2014 - 2015

Activité 2014 - 2015

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

1. Appui à l'organisation scientifique et technique du 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" 1  
Sigle : SEMINAIRE MEDITERRANEEN (SSJM)
2. Le Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA : [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org)) 2  
Sigle : SIRSE PACA
3. Espace du Service Public Régional d'Informations Territorialisées en Santé en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur 3  
Sigle : ESPRITS
4. Le Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org)) 4  
Sigle : SIRSE CORSE
5. Accompagnement méthodologique des porteurs de projets de Maisons Régionales de Santé 5  
Sigle : MRS

## Offre et demande de soins

1. Système d'information régional sur les prescriptions en médecine de ville en région Provence-Alpes-Côte d'Azur 7  
Sigle : SIP PACA MEDECINS DE VILLE
2. Expérimentation de la dispensation à l'unité de certains antibiotiques en pharmacie : étude médico-économique 8  
Sigle : ATB
3. Plateforme d'évaluation systématisée du médicament en population 9  
Sigle : DRUG-SAFE
4. Repérage des zones potentiellement sous dotées en offre de soins de premier recours en milieu urbain 10  
Sigle : RECOURS / OFFRE DE SOINS
5. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 11  
Sigle : PANEL3
6. Constitution d'un observatoire de jeunes médecins généralistes 12  
Sigle : PANEL JEUNES MED GENERALISTES
7. Etude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux (DeMeGen) 13  
Sigle : DEMEGEN (PANEL)
8. Perceptions, attitudes et comportements des médecins généralistes à l'égard de la vaccination 14  
Sigle : MEDEVAC (PANEL)
9. Attitudes des Français à l'égard de la vaccination : impact du niveau socioéconomique et des sources d'information 15  
Sigle : PERSEVAC
10. 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) 16  
Sigle : FORMEVAC
- 11 Malades d'ALzheimer et Aidants Informels : Situations Economiques et Sociales 17  
Sigle : MALAISES
12. Soins de prévention chez les personnes avec un handicap à domicile et en institution 18  
Sigle : HANDIPREV

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

1. Outil d'observation et portraits de territoire sur les problématiques santé-environnement 19  
Sigle : TB SANTE-ENVIRONNEMENT 2014
2. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)) 20  
Sigle : SISTEPACA
3. Enquête auprès des Centres de Consultations de Pathologies Professionnelles en France 21  
Sigle : ENQUETE CCPP

4. Compréhension de la pratique tabagique, des croyances des fumeurs, et de leurs attitudes à l'égard de la lutte antitabac Sigle : ACTAS	22
5. Analyse des parcours de soins des enfants prématurés Sigle : PREMATURES - PARCOURS DE SOINS	23
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	24

## Cancer

1. Etude Longitudinale de l'Impact Psychosocial des Pathologies du Sein chez les femmes de 40 ans et moins des Régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse Sigle : COHORTES CANCER SEIN -ELIPPSE 40	25
2. Etude Longitudinale de 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	26
3. Impact du traitement sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées atteintes de cancer du sein Sigle : ELIPPSE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES (ELIPPSE 65)	27
4. Prévalence des syndromes douloureux chez les personnes atteintes de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPSE et de l'enquête nationale VICAN2 Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPSE/VICAN2	28
5. Enquête nationale sur la qualité et les conditions de vie auprès de personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic Sigle : ALD2010 - CDV2011 - VICAN2	29
6. Continuités et ruptures des trajectoires économiques et sociales des personnes atteintes d'un cancer Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES (VICAN2)	30
7. 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 (VICAN2)	31
8. Enquête nationale sur les conditions de vie auprès de personnes atteintes d'un cancer cinq ans après le diagnostic (dans le cadre du dispositif opérationnel CDV-2011 - VICAN) Sigle : VICAN5	32
9. Rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers Sigle : MEDGENCAN (PANEL)	33
10. Contribution des opinions et perceptions aux inégalités sociales de comportements à risque de cancer Sigle : ISACC	34
11. Défis dans l'estimation de la survie nette (mortalité en excès) Sigle : CENSUR	35
12. COMPNETS : Tests de comparaisons de la survie nette par cancer Sigle : COMPNETS	36
13. 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	37

## 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	39
2. Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection Sigle : AERLI	40
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 bénéfiques/risques du méthylphénidate Sigle : STIMAGO	41
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	42
5. Travaux exploratoires à la mise en œuvre d'une étude d'évaluation de la buprénorphine injectable Sigle : BUPRENORPHINE INJECTABLE	43
6. Participation au réseau européen de recherche sur les drogues illicites (European Research Area Network on Illicit Drugs) Sigle : ERANID	44
7. Etude socio-économique des jeux de hasard et d'argent Sigle : ETUDE SOCIO-ECO JEUX	45

## 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 47
2. 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 48
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 49
4. Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé  
Sigle : DREAM 50
5. Acceptabilité, attentes et préférences des patients avec charges virales indétectables et des soignants vis-à-vis d'essais cliniques de guérison du VIH  
Sigle : APSEC 51

## 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 : HEPAAVIH 53
2. Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs au cours du suivi dans la cohorte ANRS CO13 HEPAAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : étude HEPAAVIH-Psy  
Sigle : HEPAAVIH-PSY 54
3. Développement international d'un questionnaire de qualité de vie (QdV) spécifique du VHC  
Sigle : QDV VHC 55
4. Extension européenne du Programme de recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus (PRI2DE)  
Sigle : PRI2DE\_2 56

## Activité dans les pays du Sud : Offre et demande de soins

1. 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 57
2. Mesures et déterminants des inégalités de santé et de bien-être dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord  
Sigle : SANTEMED 58
3. Interventions publiques et inégalités de santé dans les écosystèmes naturels et sociaux recomposés de la sous-région du Mékong  
Sigle : SOREMA - ANR 59

## Activité dans les pays du Sud : Maladies transmissibles – Infection à VIH

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. 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 62
3. Sanu Gundo : étude de l'épidémie du VIH-Sida dans les zones aurifères du Mali par l'approche communautaire (contrat d'initiation)  
Sigle : ORPAILLAGE 63
4. 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 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

## Activité dans les pays du Sud : 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 67
2. EBOLA : rumeurs, polémiques et controverses. Perspectives depuis le monde du numérique  
Sigle : EBOLA 68
3. Faisabilité d'un projet de recherche sur l'infection par le virus de l'hépatite B en Afrique de l'Ouest (contrat d'initiation)  
Sigle : VHB SENEGAL-MALI 69

<b>Partenariat scientifique</b>	71
<b>Activité de communication scientifique</b>	85
<b>Activité d'enseignement et de formation</b>	87
<b>Activité administrative et technique</b>	93
<b>Publications 2014</b>	105

# 1. Appui à l'organisation scientifique et technique du 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 de coopération 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 l'Algérie, la Lybie, le Maroc, La Mauritanie et la Tunisie pour la rive sud. C'est dans ce cadre qu'à l'initiative de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur est organisé un premier colloque sur la santé des jeunes adolescents et jeunes adultes, âgés de 12 à 25 ans, vivant dans les pays du Maghreb. Cet évènement 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 les 4 et 5 décembre 2014, ce premier colloque se déroulera au sein de la Villa Méditerranée (Marseille). 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 seront mobilisés.

Organisé sur trois demi-journées où alterneront des exposés magistraux et des tables rondes, ce colloque traitera des problèmes de santé somatiques des jeunes, notamment de l'essor des maladies non transmissibles ; de la santé mentale et des carences au niveau des dispositifs spécialisés existants ; et de 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.

## Résultats

Ce colloque a associé près de 300 participants ainsi que des délégations de jeunes représentant l'Algérie, la France, l'Italie, le Maroc et la Tunisie.

Une diffusion sur internet a permis à nombre de personnes de contribuer directement aux débats en questionnant les intervenants via un forum dédié.

Un film "Tunis/Marseille : la santé vue par les jeunes" est disponible sur le site internet de la Région ([http://tv.regionpaca.fr/index.php/page/video/472\\_Tunis-Marseille](http://tv.regionpaca.fr/index.php/page/video/472_Tunis-Marseille)).

Ce moment d'échange et de partage d'expérience a mis en évidence la nécessité de développer des actions conjointes entre les différents pays du pourtour méditerranéen.

## Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

Sigle : SIRSE PACA

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 délimitées 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](http://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. Une fonction "portrait de territoire" est disponible dans l'outil ; elle permet de créer des photographies d'un territoire à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur. Ces portraits permettront, à l'aide d'une sélection d'indicateurs démographiques, économiques et sociaux, d'appréhender les grands enjeux du territoire. Depuis 2012, SIRSéPACA 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. Des tutoriels et des exemples de diagnostics de territoire ont été mis en ligne sur le site [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org) afin d'accompagner l'utilisateur dans la manipulation de l'outil.

En 2015, l'outil sera enrichi d'indicateurs clés sur les principales problématiques santé-environnement ainsi que d'une fonction "portraits de territoires santé-environnement".

L'ORS organise des journées de formation offrant, à travers des exemples concrets, une découverte approfondie de l'outil SIRSéPACA. Destinées à un large public d'acteurs, ces formations permettent aux participants de devenir autonomes dans la recherche d'indicateurs, 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).

### 3. Espace du Service Public Régional d'Informations Territorialisées en Santé en Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : ESPRITS

Période : 2013-2015

#### **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 région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cet outil, dénommé ESPRITS (Espace du Service Public Régional d'Informations Territorialisées en Santé), 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 d'ESPRITS est d'être un portail informationnel en santé 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 sera une aide pour les acteurs locaux à la définition de priorités dans le cadre d'une politique de santé et permettra d'avoir une réflexion 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**

L'outil ESPRITS, qui est développé par l'Observatoire Régional des Urgences (ORU Paca), intègrera dans un premier temps les applications suivantes : le Système d'Information Régional en Santé (SIRSéPACA) de l'ORS et la partie "Publications scientifiques et communications" du site commun de l'ORS et de l'UMR912 SESSTIM, l'Info Centre des Activités Régionales en Santé (ICARS), l'outil de suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS), la Base de données bibliographiques et la base des outils pédagogiques en éducation et promotion de la santé (BIB BOP) du CRES, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR, pour sa partie ne nécessitant pas de login) de l'ORU Paca et des informations et outils de l'ARS Paca.

Un comité de pilotage a été mis en place en 2014 pour valider les différentes étapes de construction de cet outil qui devrait être mis en ligne au cours du premier semestre 2015. De nouvelles réunions du comité de pilotage définiront en 2015 une méthodologie à mettre en place pour développer un moteur de recherche qui pourra interroger chaque application et afficher les contenus recherchés dans les sites en fonction de leurs propres organisations.

#### **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).

## 4. Le Système d'Information Régional en Santé de la région Corse (SIRSéCorse : [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org))

Sigle : SIRSE CORSE

Période : 2011-2015

### 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). 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'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 et pour réaliser des portraits de territoires sur des zones géographiques délimitées librement.

### Objectifs

Le SIRSéCorse ([www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org)) est une extension à la région Corse du SIRSéPACA, Système d'Information Régional en Santé, disponible sur Internet depuis 2006 ([www.sirsepacaca.org](http://www.sirsepacaca.org)).

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. En particulier, SIRSéCorse peut aider les acteurs en amont de la définition d'une politique territoriale de santé (observation et objectivation de la situation sanitaire et sociale d'une population à un niveau infra-régional), dans le suivi d'objectifs inscrits dans une politique de santé et dans les discussions avec les partenaires (outil de partage, à partir d'indicateurs robustes et construits selon une méthodologie commune et vivant grâce à l'intégration d'indicateurs nouveaux en fonction des besoins des acteurs ou des décideurs).

### 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](http://www.sirsecorse.org). Il est mis à jour et enrichi de façon continue.

La nouvelle version de SIRSéCorse, mise en ligne en 2013-2014, permet aux utilisateurs d'accéder plus facilement aux indicateurs et de réaliser des graphiques d'évolution. En 2014, des tutoriels ainsi que des portraits de territoire à partir d'une zone géographique délimitée librement par l'utilisateur (photographies d'un territoire) ont été créés et mis en ligne sur le site [www.sirsecorse.org](http://www.sirsecorse.org) afin d'accompagner l'utilisateur dans la manipulation de l'outil.

### 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).

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

Sigle : MRS

Période : 2011-2015

### 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 la faisabilité d'une MRS sur le territoire, de mieux connaître la situation locale et d'identifier les priorités d'actions pour la structure au regard des besoins identifiés pour la population et les professionnels de santé.

### 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 Paca. 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 définition des priorités d'actions sur le territoire.

### 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 consiste à : Définir le territoire d'étude pertinent ; Recueillir et analyser de façon croisée les informations disponibles sur le territoire (indicateurs provenant de SIRSéPACA, résultats d'études réalisées par l'ORS, documents de formats variés tels que rapports, plans...) ; Restituer localement les premiers éléments du diagnostic et les confronter à l'expérience des acteurs locaux ; Favoriser l'appropriation des connaissances par les professionnels de santé et les élus locaux ; Aider les porteurs du projet à définir les actions à mener en priorité sur le territoire. L'ORS Paca participe également à l'élaboration du projet de santé et au suivi des différents projets.

### Résultats

En 2014 et 2015, l'ORS Paca a accompagné 14 projets de MRS, dont 7 débutés en 2014 et 4 en 2015. Différentes tâches ont été réalisées :

- réalisation et restitution d'un diagnostic de territoire et aide à l'identification des priorités d'intervention pour les MRS d'Avignon Sud, Beaumettes, Carros, Digne-les-Bains, La Celle, Marseille Saint Louis et Valréas en 2014, MRS de Septèmes-les-Vallons, pays A3V, Toulon Ouest et Sorgues en 2015 ;
- actualisation de certaines données du diagnostic de territoire des MRS d'Istres et de Port-Saint-Louis du Rhône ;
- suivi des projets débutés en 2013 et 2014 ;
- valorisation du dispositif (co-organisation avec le CRES Paca de la 2<sup>ème</sup> journée des Maisons Régionales de Santé, diffusion des diagnostics de territoire sur le site SIRSéPACA).

La fin de l'année 2015 sera consacrée à la poursuite de l'accompagnement et du suivi de projets en cours et à l'actualisation du guide méthodologique sur le dispositif MRS, en partenariat avec l'ARS Paca.

### 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) ; Fédération des Maisons de Santé PACA (FEMAS PACA).



# 1. Système d'information régional sur les prescriptions en médecine de ville en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle : SIP PACA MEDECINS DE VILLE

Période : 2014-2016

## Problématique

Les prescriptions chez les personnes âgées ainsi que les prescriptions d'antibiotiques constituent des enjeux importants de la qualité des soins délivrés en médecine de ville. En France, les personnes de 80 ans ou plus consomment en moyenne cinq médicaments par jour. Cette polymédication, souvent justifiée, augmente le risque d'événements indésirables (interactions médicament-médicament ou médicament-pathologie). L'amélioration de l'utilisation des antibiotiques est indispensable pour limiter la progression des résistances bactériennes. L'action 8 du Plan National d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 vise à améliorer la prescription des antibiotiques en ville grâce à un retour d'information quantitatif et qualitatif individualisé vers les médecins libéraux sur leurs prescriptions d'antibiotiques.

## Objectifs

L'objectif général est de construire un système d'information régional et territorialisé sur les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées et sur les prescriptions d'antibiotiques spécifiquement accessible aux professionnels de santé ; et d'optimiser les pratiques des médecins libéraux de la région PACA dans les deux domaines visés par le projet.

Les objectifs opérationnels sont de définir les indicateurs mesurés pour chacun des deux thèmes ; de construire un outil ergonomique et facilement accessible ; de mettre en place des sessions d'information dans les territoires ayant les niveaux d'indicateurs les plus éloignés de la moyenne ; et de procéder à une évaluation de l'impact de cette démarche sur les prescriptions des médecins.

Le projet sera réalisé en collaboration avec la Direction régionale du service médical de l'Assurance maladie Paca Corse et l'Union régionale des professionnels de santé-Médecins libéraux.

## Méthodologie

Des indicateurs de prescription seront développés sur la base de travaux de recherche antérieurs de l'ORS à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie pour le régime général. La démarche de construction des indicateurs est basée sur les recommandations de bonnes pratiques existantes. Ces indicateurs seront mis à la disposition de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS-ML) et des médecins le désirant, via un mot de passe, sur une extension du SIRSéPACA (Système d'Information Régional en Santé), réservée aux médecins. L'analyse des indicateurs permettra d'identifier les territoires prioritaires dans lesquels les médecins généralistes seront invités à participer à des sessions d'information et de sensibilisation, organisées par l'URPS-ML, en adaptant la méthodologie des "groupes qualité". Une évaluation de l'impact de ces sessions sur ces mêmes indicateurs calculés sur la patientèle des médecins sera effectuée en comparant les médecins participants à des médecins témoins, selon des techniques d'analyses multivariées.

## Résultats

La liste des indicateurs de prescription chez les personnes âgées de 65 ans et plus et la liste des antibiotiques retenus dans le projet a été constituée. Les programmes de construction de ces indicateurs ont été réalisés par l'équipe de l'ORS. Des analyses exploratoires, pour cibler les médecins à qui seront proposées les séances d'information, sont en cours. L'intégration des indicateurs dans SIRSéPACA et la sélection des médecins à qui les séances de formation seront proposées auront lieu durant le second semestre 2015.

## Commanditaires

Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS-ML Paca) / Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca).

## Partenaires

Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Paca-Corse de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

## 2. Expérimentation de la dispensation à l'unité de certains antibiotiques en pharmacie : étude médico-économique

Sigle : ATB

Période : 2014-2016

### Problématique

L'objet de la recherche évaluative porte sur l'impact de la dispensation à l'unité des médicaments : acceptabilité par les patients et les pharmaciens, impact sur les volumes dispensés, sur l'observance des traitements, sur l'organisation des pharmacies. On peut admettre que la vente à l'unité devrait contribuer à réduire les volumes distribués -sauf si la variété des boîtes pré-conditionnées est déjà parfaitement conforme à l'ensemble des prescriptions possibles. On peut penser à un effet sur l'environnement, via le nombre de pilules non consommées. On peut penser à des effets sur l'observance, possiblement positif (suivi du traitement jusqu'à son terme exact, puisqu'il y a une correspondance étroite entre le nombre de pilule et la prescription), sans écarter des effets possiblement négatifs (comportement d'écureuil face un nombre réduit de comprimés). Enfin, en l'état du système de distribution des produits pharmaceutiques en France, la dispensation à l'unité exige un ajustement des conditions de travail du personnel des pharmacies d'officine.

### Objectifs

Nous voulons tester la réalité de 4 hypothèses formulées comme des critères de jugement :

- La délivrance d'antibiotiques à l'unité permettra la diminution des volumes dispensés comparée à une délivrance habituelle et aura de ce fait un impact sur les finances de l'assurance maladie ;
- La délivrance à l'unité contribuera à réduire le nombre d'unités non consommées à recycler, ou rejetées dans l'environnement, et pourrait contribuer de ce fait à l'objectif de réduction des résistances bactériennes aux antibiotiques ;
- La délivrance d'antibiotiques à l'unité facilitera l'observance des patients, et pourrait réduire l'utilisation postérieure d'antibiotiques par le patient lui-même ou par d'autres membres du foyer ;
- La délivrance à l'unité modifie la charge de travail du pharmacien et l'organisation des officines.

### Méthodologie

Une expérimentation organisée par la Direction Générale de la Santé porte sur la délivrance à l'unité de certains antibiotiques dans 4 régions françaises : Ile de France, Limousin, Lorraine, et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un appel à candidatures a été lancé en août 2014 par les Agences Régionales de Santé de chaque région et 100 pharmacies ont été sélectionnées. L'expérimentation se fera par affectation aléatoire : 25 pharmacies "témoins" et 75 "expérimentatrices".

Pendant une phase d'expérimentation d'une année -de novembre 2014 à octobre 2015-, les 75 pharmacies expérimentatrices proposeront à leurs patients une dispensation à l'unité (sous réserve de volontariat du patient, exprimé par un consentement écrit). L'objectif de la présente étude est de faire l'évaluation de cette dispensation à l'unité, à l'aide d'enquêtes socio-comportementales administrées auprès des pharmaciens et des patients.

### Résultats

Les résultats permettront d'évaluer l'expérience de la DGS sur les 4 critères retenus, mais également de mieux connaître le comportement d'observance des français en matière d'antibiothérapie de ville et en étudiant les déterminants ; d'affiner les outils de mesure de l'observance des prescriptions médicamenteuses en ville (comparaison de méthode) ; de mieux connaître les comportements des français en matière de stockage, de recyclage et de réutilisation éventuelle des médicaments dispensés par les pharmacies de ville. Les premiers résultats seront disponibles au premier semestre 2015.

### Commanditaires

Direction Générale de la Santé / Ministère des affaires sociales et de la santé ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

### Partenaires

Agences Régionales de Santé des quatre régions (Ile de France, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; Direction Générale de la Santé.

### 3. Plateforme d'évaluation systématisée du médicament en population

Sigle : DRUG-SAFE

Période : 2015-2019

#### **Problématique**

L'usage des médicaments de façon adaptée et sûre constitue un enjeu considérable de santé publique. Non seulement les médicaments peuvent faire courir aux patients des risques d'effets secondaires, parfois graves, mais leur usage n'est pas toujours conforme à leurs indications et aux recommandations de bonne pratiques. La prévalence de ces situations est loin d'être négligeable, notamment dans des populations fragiles du fait de leur âge et des comorbidités. Les coûts individuels et collectifs sont donc vraisemblablement élevés mais pas encore suffisamment bien appréhendés. Le programme de recherche Drug-Safe vise à fournir un système intégré permettant une surveillance concomitante de l'usage des médicaments et de leur sécurité d'utilisation en France.

#### **Objectifs**

L'objectif est d'évaluer : 1) l'impact sanitaire potentiel des effets secondaires des médicaments, 2) les actions de régulation qui peuvent être conçues pour limiter cet impact, 3) l'impact économique du mésusage des médicaments et des risques qui peuvent leur être associés.

Le programme portera sur les médicaments les plus prescrits, les populations fragiles, les effets sanitaires susceptibles d'entraîner un décès ou de limiter la qualité de vie.

#### **Méthodologie**

Le programme suivra une approche traditionnelle de pharmaco-épidémiologie, commençant par la caractérisation des médicaments et de leurs utilisateurs, évaluant ensuite les risques potentiels associés aux médicaments pour enfin effectuer une évaluation de l'impact sur la santé publique des risques identifiés et confirmés. Cette évaluation sera complétée par celle de l'impact économique de ces effets. L'évaluation des actions de régulation qui peuvent être envisagées ou ont été mises en œuvre pour limiter ces effets sera effectuée par des outils traditionnels d'observation mais aussi grâce à des outils de micro-simulation permettant des évaluations prédictives en fonction de divers scénarii : ces derniers seront mis en œuvre par l'équipe de l'ORS-SESSTIM. Différentes bases de données seront utilisées, notamment celles de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La vague 4 du panel 3 de médecins généralistes de ville portant sur la prise en charge des multimorbidités devrait apporter un éclairage sur les déterminants de poly-prescriptions.

#### **Résultats**

Le projet a démarré au premier trimestre 2015. Les objectifs sont définis annuellement en concertation avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

#### **Commanditaires**

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) dans le cadre de l'Appel à candidatures 2014 "Plateformes en pharmacoépidémiologie et évaluation des usages du médicament".

Édition 2014

#### **Partenaires**

Unité Inserm 657, Pharmaco-épidémiologie et évaluation des produits de santé sur les populations (Bordeaux) ; Unité Inserm U897, Epidémiologie et Biostatistique (Bordeaux) ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

## 4. Repérage des zones potentiellement sous dotées en offre de soins de premier recours en milieu urbain

Sigle : RECOURS / OFFRE DE SOINS

Période : 2014-2015

### Problématique

Dans le cadre de ses missions d'organisation de l'offre de soins, l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) est interpellée sur les problématiques d'offre de soins de premier recours et d'optimisation des moyens en milieu urbain. Pour éclairer ses prises de décisions, elle s'interroge sur la faisabilité et l'intérêt d'utiliser des bases de données d'offre et de consommation de soins localisées (informations géolocalisées à l'aide des coordonnées géographiques ou disponibles à une échelle géographique infra-communale fine) en milieu urbain.

### Objectifs

L'objectif général de cette étude est de développer une démarche méthodologique exploratoire permettant d'identifier des zones potentiellement sous dotées en offre de soins de premier recours en milieu urbain. Il s'agit également de faire des recommandations méthodologiques sur le développement des bases de données utiles à ce type d'étude.

### Méthodologie

Cette étude sera réalisée à partir de bases de données d'offre et de consommation de soins disponibles au sein de l'ORS Paca sur la commune de Marseille à l'échelle de carreaux de 200 m de côté.

Dans un premier temps, il s'agira d'identifier des zones de "sous recours", c'est-à-dire des zones où le recours aux soins est plus faible que celui que l'on devrait observer compte tenu des caractéristiques démographiques, sociales et d'état de santé de la population y résidant. Ceci sera réalisé à l'aide de méthodes de standardisation indirecte. Les zones de "sous-recours" pourront être représentées visuellement sous forme cartographique et identifier de façon rigoureuse par des méthodes d'analyses spatiales de type analyses de cluster.

Dans un second temps, il s'agira d'étudier les caractéristiques de ces zones de "sous recours" et en particulier de vérifier si elles sont moins bien dotées en termes d'offre de soins. Ceci sera réalisé à l'aide d'analyses statistiques prenant en compte les caractéristiques du territoire susceptibles d'avoir un impact sur le recours aux soins (niveau socio-économique, offre de soins libérale et hospitalière notamment).

### Résultats

Les premiers résultats seront disponibles en juin 2015. A terme, les résultats de cette étude permettront de proposer une démarche répliquable dans d'autres territoires urbains de la région.

### Commanditaires

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

## 5. 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 un 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 à produire des informations au niveau national et dans trois régions (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) sur :

- le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail,
- les pratiques de prise en charge en médecine générale et leurs déterminants.

Après la vaccination (première vague d'enquête du panel 3) et le suivi obstétrical (seconde vague), la thématique transversale qui sera abordée en 2015 concerne la prise en charge des patients avec un cancer, en étudiant le rôle que les médecins ont dans les soins de support de ces patients et les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

### Méthodologie

Le panel 3, comme le panel 2, dispose d'un échantillon national et de 3 échantillons régionaux qui seront comparés 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 été réalisée fin 2013 et au 1er trimestre 2014, avec un taux d'engagement dans le panel de 46 %. Les analyses des résultats de la première vague (Etudes et résultats n°910 du 31 mars 2015) montrent des attitudes et comportements d'hésitation vaccinale chez une part significative des médecins, même si les médecins sont en majorité favorables à la vaccination et ont confiance dans les autorités. De telles attitudes sont susceptibles de renforcer l'hésitation vaccinale des patients.

Par ailleurs, la collecte des données concernant la vague sur le suivi obstétrical en médecine de ville s'est achevée en avril 2015. Cette vague aborde les pratiques d'orientation et de suivi de la femme enceinte, notamment en fonction de la situation sociale des patientes, ainsi que les connaissances et attitudes des médecins.

L'enquête sur la prise en charge des patients avec un cancer sera réalisée entre octobre et décembre 2015.

### 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) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM - marché n° 1433205).

### 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 ; Université de Sherbrooke (Canada).

## 6. Constitution d'un observatoire de jeunes médecins généralistes

Sigle : PANEL JEUNES MED GENERALISTES

Période : 2014-2016

### Problématique

On sait peu de chose sur la période intercalaire entre la fin des études médicales et le moment où le médecin est installé en cabinet en plein exercice. Les jeunes médecins ("remplaçants", pour beaucoup) sont pourtant une population intéressante à étudier, notamment par contraste avec les médecins installés de longue date. Une question centrale sera de connaître les différences éventuelles de pratique de prise en charge des médecins remplaçants (prescription, réseau de références, etc...). Une autre question est de suivre pas à pas la stratégie d'insertion professionnelle du jeune médecin et le devenir des promotions successives de médecins généralistes formés en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Objectifs

L'objectif général de cette recherche est d'améliorer l'observation et la connaissance du comportement des "jeunes" médecins généralistes de ville pendant une période de 5 ans, correspondant approximativement à la durée d'installation d'un jeune diplômé en médecine générale.

### Méthodologie

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

Une étude de faisabilité a été effectuée en 2013, pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle a permis de prendre date, en constituant une cohorte qui servira les analyses ultérieures (au-delà de 2014, date à laquelle l'échantillon sera complètement recruté). L'extension de ce panel initial à d'autres régions pourra être étudiée.

### Résultats

La cohorte devrait permettre d'étudier : les déterminants des choix d'installation et/ou de remplacement ; les choix d'organisation du cabinet ; les questions de l'offre de travail du jeune médecin (durées et formes) ; ou la question du rapport du médecin à la santé publique et aux institutions...

Ces différentes dimensions seront analysées, autant que possible, en lien avec leurs conséquences sur les pratiques et la qualité de la prise en charge des populations.

### Commanditaires

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

### Partenaires

Département d'Enseignement et Recherches en Médecine Générale des Universités de Nice et de Marseille.

## 7. 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 (PANEL)

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. Par ailleurs, certains aspects sont, à notre connaissance, encore relativement peu explorés : les représentations des médecins généralistes sur les traitements et leur influence sur leurs pratiques professionnelles ; les freins d'accès aux psychothérapies ; 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

L'objectif général de ce projet est de mieux décrire et comprendre les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et les motivations des choix des médecins à partir de deux enquêtes, l'une quantitative et l'autre qualitative, qui ont été conduites en 2011. Les principaux objectifs sont de mieux comprendre les déterminants sociaux et psychosociaux du recours à ces stratégies, d'étudier les connaissances et représentations des médecins sur les psychothérapies et leur influence sur la place de ce traitement dans la prise en charge de la dépression et enfin d'analyser, au travers du discours et du vocabulaire des médecins généralistes, quels types de savoirs ils mobilisent (savoirs techniques, savoirs profanes) dans la prise en charge de cette pathologie.

### Méthodologie

Ce projet s'appuie sur une approche mixte, c'est à dire un croisement de résultats quantitatifs et qualitatifs. Nous avons tout d'abord cherché à vérifier et quantifier certains comportements et opinions mis-à-jour dans l'enquête qualitative en nous servant des données du panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale de ville. Nous avons ensuite apporté un éclairage sur les résultats du panel à partir d'une analyse qualitative, s'appuyant sur une analyse de contenu approfondie et une analyse lexicographique de type Alceste.

### Résultats

L'initiation de la prise en charge de la dépression intervient le plus souvent immédiatement après son diagnostic, même si certains médecins peuvent parfois opter pour une stratégie d'attente et surveillance ('watchful waiting'). La prise en charge de la dépression s'appuie essentiellement sur une approche médicamenteuse, même si une majorité de médecins se montrent prudents vis-à-vis des antidépresseurs, et associe un soutien psychologique réalisé par le médecin. Cette pratique répond, selon les praticiens, à une forte attente des patients, mais semble avoir été intégrée à leur modèle de prise en charge de la dépression. Les psychothérapies sont rarement proposées seules, alors que les médecins sont majoritairement favorables à ce type de traitements. Une nette hétérogénéité des pratiques de prise en charge a été démontrée : elle est largement liée aux opinions et attitudes des médecins vis-à-vis des antidépresseurs, des psychothérapies et les professionnels les pratiquant. L'adressage des patients à un professionnel spécialisé en santé mentale reste rare et rencontre divers obstacles du point de vue des médecins. La collaboration entre les médecins généralistes et les professionnels spécialisés en santé mentale est jugée insuffisante et insatisfaisante par la majorité des médecins. Plusieurs de nos résultats suggèrent que les médecins généralistes se reconnaissent une identité professionnelle forte, celle-ci reposant sur un socle de représentations et valeurs communes.

Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de développer des actions visant à améliorer la coopération entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en santé mentale et mieux former les médecins généralistes, lors de leur formation initiale mais aussi durant leur carrière.

### 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).

## 8. Perceptions, attitudes et comportements des médecins généralistes à l'égard de la vaccination

Sigle : MEDEVAC (PANEL)

Période : 2014-2016

### Problématique

La progression d'opinions défavorables à la vaccination en général dans le public et le constat de couvertures vaccinales éloignées des objectifs de santé publique pour certains vaccins et groupes de population amènent à s'interroger sur le rôle, les attitudes et les comportements des médecins généralistes (MG). Ces derniers occupent une place centrale dans le dispositif vaccinal en France et jouent un rôle souvent déterminant auprès de leurs patients dans leur choix de se vacciner ou pas.

Pourtant, les opinions des MG de ville semblent s'être dégradées et des réticences et appréhensions existent chez ces médecins à l'égard de certains vaccins et groupes cibles. La littérature sur les comportements de vaccination des MG de ville n'offre cependant pas une vision d'ensemble sur ceux-ci ni sur leurs déterminants modifiables par des interventions. Elle se focalise principalement sur des facteurs cognitifs immédiats mais laisse de côté d'autres types de facteurs, au moins aussi importants, dans l'adoption de comportements de vaccination. Elle est essentiellement empirique, et non theory-driven.

### Objectifs

Ce projet a pour objectifs : - d'étudier les comportements de vaccination des MG de ville pour eux-mêmes et leurs patients, pour les vaccins et groupes de population cibles pour lesquels les couvertures vaccinales sont insuffisantes en France ; - de mieux comprendre les déterminants de ces comportements en adaptant un cadre conceptuel ("The theoretical domains framework") issu d'un consensus d'experts et de chercheurs permettant de privilégier l'étude de facteurs ou domaines associés aux changements de comportement des professionnels de santé ; - d'étudier la confiance des MG envers différents types de sources d'information et l'influence de celles-ci sur les facteurs cognitifs et les comportements vaccinaux des MG.

### Méthodologie

Dans le cadre de la troisième édition du panel national d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville mis en place en décembre 2013, une vague d'enquête porte sur la vaccination. La base de sondage a été obtenue à partir du Répertoire partagé des professionnels de santé. Un appariement avec le Système National d'Information Interrégimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Sniiram) a permis de ne retenir que les MG ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les échantillons (un national et trois régionaux en Paca, Pays-de-la-Loire et Poitou-Charentes) ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, la densité d'offre de MG au niveau de la commune d'exercice de chaque MG en 2012 et le volume d'activité du médecin en 2012. L'inclusion des MG a été réalisée entre décembre 2013 et février 2014.

L'enquête a été effectuée entre mars et mai 2014 par le biais d'un questionnaire standardisé élaboré avec le concours d'un comité d'experts de la vaccination, à partir d'une revue de la littérature et des résultats de plusieurs études qualitatives conduites auprès de MG en France.

### Résultats

Cette recherche quantitative va permettre d'améliorer la connaissance des comportements de vaccination des MG en France pour eux-mêmes et pour leurs patients, en ciblant les situations de vaccination (type de vaccin et population cible) les plus préoccupantes du fait de faibles taux de couvertures. Elle montre notamment que la fréquence de recommandation de ces vaccins par les médecins varie notablement d'un médecin à l'autre. Elle contribuera à comprendre les déterminants de ces comportements. Les résultats devraient être utiles pour développer des interventions visant à améliorer la formation initiale et continue des MG dans le domaine de la vaccination. D'ores et déjà, les résultats ont permis de mettre en évidence la présence d'une hésitation vaccinale chez les médecins dont une part non négligeable exprime des doutes sur la sécurité de certains vaccins ainsi que sur leur utilité.

### Commanditaires

Institut de la Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le cadre de l'appel à projet "Prévention Primaire 2013".

### Partenaires

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ; Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) - Département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé.

## 9. 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 ont été réalisés auprès de personnes concernant les vaccins pour lesquels la couverture est jugée insuffisante actuellement (visant de jeunes enfants, des adolescents ou des adultes).

Un recensement et une analyse des sites Internet critiques à l'égard de la vaccination et/ou de certains vaccins ont été effectués 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

Près de 60 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de parents de jeunes enfants, de personnes avec un diabète et de parents d'adolescentes. Ces entretiens sont en cours d'analyse. Un article a été rédigé pour analyser la notion d'hésitation vaccinale et proposer un cadre théorique pour en étudier les déterminants dans le champ des sciences sociales : il fait appel à la notion de confiance dans les autorités et la science, et à celle d'engagement dans la prise en charge de sa santé (article publié dans Plos Current Outbreak en 2015). Une analyse des sites critiques vis-à-vis de la vaccination en langue française a été réalisée et fait l'objet d'une publication dans Vaccine en 2014 ; elle confirme la présence de sites anti-vaccination mais montre également que certains sites sont critiques à l'égard de points spécifiques des vaccins (présence d'adjuvants aluminiques par exemple) sans pour autant rejeter la vaccination en général.

### 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.

## 10. 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

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. 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 et reproductible.

### Objectifs

L'ORS Paca propose, en collaboration avec les partenaires du projet, de mettre à disposition de certains médecins généralistes de la région des vaccins contre la grippe, le ROR et la méningite de type C dans leur cabinet et de développer deux formations nouvelles (une de 3 heures en e-learning et une en présentiel sur une soirée en présence d'un expert en infectiologie) innovantes et reproductibles pour aider les médecins généralistes à vacciner leur patientèle pour les trois vaccins ciblés 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 les partenaires et des experts dans les domaines de la vaccination et de la formation des médecins généralistes. Les formations ont été proposées en priorité aux médecins généralistes de la région pour lesquels les indicateurs de remboursement des vaccins ciblés dans leur file active étaient plus faibles que les objectifs de la loi de santé publique. A partir de ce critère, trois groupes de médecins ont été constitués de façon aléatoire : des médecins qui recevront une formation sur la vaccination en e-learning, des médecins qui recevront une formation en présentiel et des médecins qui recevront les vaccins dans leur cabinet. L'impact de ces formations sera mesuré à partir des données de remboursement des trois vaccins dans les patientèles des participants par comparaisons à des groupes de médecins témoins (ceux qui n'auront pas eu d'information pour participer à cette action, ceux qui auront refusé de participer à l'action et ceux qui ont des taux de remboursement supérieurs aux objectifs de la loi de santé publique).

### Résultats

Les deux formations ont été construites. Six soirées en présentiel se sont déroulées en octobre et novembre 2014 auprès de plus de 50 médecins généralistes ; 60 médecins ont reçu le lien pour suivre la formation en e-learning pendant un délai de 4 mois (28 connexions dont 17 formations terminées malgré plusieurs relances) et 40 médecins ont reçu les trois vaccins dans leur cabinet. Les premiers éléments recueillis durant les soirées montrent l'utilité d'une telle formation en cela qu'elle répond à un besoin de connaissances. Le problème soulevé par les médecins n'est pas seulement celui d'arguments à donner aux patients mais aussi celui de la façon de leur répondre (manque de savoir-faire en la matière). Les premières évaluations à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie seront mises en œuvre en mai 2015 puis en septembre 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 ; Cire Sud / Institut de Veille Sanitaire (InVS).

# 11 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 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 balbutiantes, les aidants informels présentant la particularité d'être incontournables dans les faits et invisibles dans les comptes sociaux de la prise en charge du handicap et de la dépendance.

### 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.

### Résultats

Plus de 95% des aidants apportent une aide à la vie quotidienne. La même proportion assure un soutien moral. 60% des aidants apportent une aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), telles que la toilette, l'habillage, la prise des repas, etc. Les courses, la gestion des documents et des papiers et la préparation des repas sont les trois actes les plus fréquemment exécutés en ce qui concerne les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Tous aidants confondus, un aidant apporte plus de quatre heures d'aide chaque jour (29,4 heures par semaine), avec une grande différence entre cohabitants (43,3 heures) et non-cohabitants (11,2 heures). Parmi les aidants, le conjoint est le plus sollicité : la moitié des conjoints consacre au moins six heures à l'aide chaque jour (en plus des tâches habituellement réalisées au sein d'un ménage). 60% des enfants cohabitants apportent quant à eux au moins trois heures d'aide quotidienne (10% des enfants non-cohabitants). Les conjoints apportent plus souvent une aide pour les AVQ et les AIVQ, de même que les enfants pour ce dernier type d'activités. Les aidants sont moins impliqués dans l'aide aux AVQ si la personne aidée est très âgée et si d'autres membres de l'entourage l'aident. Enfin, la probabilité d'apporter une aide financière et/ou matérielle est positivement liée à l'âge de l'aidant et au fait que la personne aidée dispose par ailleurs d'une aide formelle. A l'opposé, elle est négativement liée au fait que l'aidant soit retraité ou inactif et que la personne aidée soit de sexe féminin.

Les aidants participant à la population active et spécifiquement ceux en emploi doivent souvent concilier leur activité professionnelle et l'aide qu'ils apportent. Un aidant sur six a ainsi procédé à des aménagements de sa situation professionnelle : diminution du temps de travail (40% des cas), changement des horaires de travail (50%), changement de la nature du travail (17%), voire arrêt de l'activité professionnelle (22,5%). Certains sont également amenés à utiliser des jours de congés pour pouvoir assumer leur rôle : c'est le cas de 20% des enfants de malades d'Alzheimer.

Le coût de l'aide fournie par un aidant informel a été estimé entre 20 000 à 30 000 euros par an, en fonction de la méthode utilisée (méthode des biens proxy, du coût d'opportunité ou d'évaluation contingente). Il ne s'agit là que d'une fourchette basse, puisque les calculs ne considèrent que le temps passé pour l'aide dans les actes du quotidien (le temps de présence, ou de surveillance, n'est pas pris en compte). Bien que de portée limitée, ces estimations donnent un ordre de grandeur du rôle des aidants informels et mettent en avant la valeur non seulement économique, mais aussi humaine et sociale, du travail des aidants informels.

### Commanditaires

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

## 12. 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, environnementales. L'usage de méthodes d'appariement (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 premiers travaux ont consisté à travailler sur l'élaboration d'une typologie du handicap. Les informations disponibles dans l'enquête Handicap-Santé sur les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité ont été introduites dans une classification ascendante hiérarchique (CAH), qui a conduit à l'identification de 4 profils-types d'individus. Le profil de type 1 (10% des personnes interrogées) rassemble des individus présentant le degré de handicap le plus sévère (paralysie complète ou partielle, aveugle ou malvoyant, mutité ou aphasie, troubles cognitifs). Le profil de type 2 (13%) est constitué d'individus atteints le plus souvent de surdité complète, des troubles du langage et/ou des troubles mentaux. Le profil de type 3 (28%) rassemble des individus atteints le plus souvent de déficiences visuelles et auditives, ainsi que des déficiences motrices. Le dernier profil (50%) rassemble des individus présentant le moins de handicaps, voire l'absence de problèmes de santé.

Une première étude est en cours d'écriture sur le recours à la vaccination contre la grippe. Après avoir identifié la population cible (selon les critères retenus par la HAS), il s'agit de mesurer l'impact de différents facteurs notamment sociaux et économiques. Les analyses distinguent le lieu de vie (domicile ou institution) et l'âge (plus ou moins de 65 ans). Les résultats 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".

## 1. 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 (TBSE) en région Paca a été publié en 2004 par l'ORS, à la demande de la Région Paca afin de fournir aux acteurs de la région des informations sur les connaissances des 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 en 2010 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

La méthodologie consiste : 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](http://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 "Cartes régionales santé-environnement" qui présentera la sélection d'indicateurs précédente, chaque carte étant 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 ou des communes (le choix de l'échelle géographique sera discuté en fonction des données disponibles) accessible sur SIRSéPACA.

Ces outils seront testés auprès de 2 ou 3 acteurs territoriaux (collectivités locales...) afin de vérifier la mesure dans laquelle ils permettent d'initier une réflexion sur les problématiques santé-environnement au niveau local. Par ailleurs, l'accompagnement d'une collectivité territoriale dans la réalisation de son état des lieux santé-environnement sera mené.

### Résultats

Une première réunion du comité de pilotage a eu lieu en octobre 2014 afin de présenter le projet aux différentes institutions. Ce comité sera de nouveau réuni à la fin du projet pour une présentation des résultats. Deux réunions du comité technique d'experts ont eu lieu en octobre et décembre 2014 pour définir le set d'indicateurs à retenir dans le cadre de ce projet. Cette sélection effectuée, la récolte des données amorcée depuis l'été 2014 s'est poursuivie au cours du premier trimestre 2015. Les données recueillies ont été traitées et intégrées dans SIRSéPACA (dans une version pour l'instant non accessible au public). A ce jour, plus de la moitié des indicateurs de la sélection sont intégrés. Une troisième réunion du comité technique d'experts est prévue en mai 2015 afin de mener une réflexion sur le document de "Cartes régionales santé-environnement" et sur les "Portraits de territoire santé-environnement" (choix du niveau géographique pertinent, choix des indicateurs...). Des réunions devraient être programmées en juin 2015 par l'ARS Paca dans le cadre de la réflexion sur le PRSE 2015-2019 au cours desquelles ces outils seront présentés.

### Commanditaires

Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement Provence-Alpes-Côte d'Azur (DREAL PACA).

### Partenaires

Institutions du comité de pilotage et du comité d'experts : Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) ; Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement Provence-Alpes-Côte d'Azur (DREAL PACA) ; Cellule InterRégionale d'Epidémiologie (Cire Sud) ; AirPACA ; Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt Provence-Alpes-Côte d'Azur (DRAAF PACA) ; Agence de l'eau Rhône Méditerranée Corse ; Union Régionale des Maires Provence-Alpes-Côte d'Azur (URM PACA) ; Communauté du Pays d'Aix (CPA) ; Communauté d'agglomération du Grand Avignon ; Ville de Martigues.

## 2. Le Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur (SISTEPACA : [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org))

Sigle : SISTEPACA

Période : 2001-2015

### Problématique

En 2004, l'ORS PACA a été chargé, dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région, de créer et 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) indemnissables en France et 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 et les médecins conseils, à améliorer la déclaration des MP et le maintien dans l'emploi et à envisager un dépistage précoce des MP.

### Méthodologie

- Comité de pilotage et réunions mensuelles du groupe de travail ; - Outils : site internet [www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org), brochures ; - Formations médicales pluriprofessionnelles santé-travail (dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) à partir de 2014) sur un bassin d'exercice entre médecins de soins, médecins du travail, médecins conseils et acteurs du maintien dans l'emploi ; - Soutien aux médecins praticiens pour les questions de santé au travail émanant de leur pratique ; - 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.

### Résultats

En 2014 : Grossesse et travail : enseignement dans le D.U. "Accompagnement de la grossesse à la maternité". Addiction et travail : finalisation de la fiche. Souffrance liée au travail : construction du programme de DPC pour 2015, participation au comité des risques psycho-sociaux (RPS) de la DIRECCTE, à la Journée d'évaluation des actions régionales de prévention. Cancer et travail : participation à l'élaboration d'un référentiel sur la prise en charge des jeunes adultes traités pour cancer (AFSOS), construction du programme de DPC. Construction du programme de DPC "Accidents du travail / MP (certificats médicaux) et maintien dans l'emploi". Coopération interprofessionnelle autour de la lombalgie commune avec des médecins du sport /rééducateur /algologue, kinésithérapeute, psychologue et membres du SISTEPACA. Département universitaire de médecine générale : présentation du SISTEPACA aux internes en médecine générale (IMG) bi-annuelle.

En 2015, poursuite du projet lombalgie commune, informatisation de la fiche addiction, poursuite de l'enseignement dans le DU de gynécologie-obstétrique et auprès des IMG, développement d'une collaboration hôpital - réseau ONCOPACA Corse sur le thème Cancer et travail. Formations : 4 cycles de DPC prévus (souffrance liée au travail, AT/MP, cancer et travail), projet avec le Grand Conseil de la Mutualité, 1 réunion hors DPC sur la souffrance liée au travail. Consolidation du réseau : présentation du SISTEPACA à l'AGEFIPH et SAMETH régionaux.

### 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 de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

### Partenaires

- Comité de pilotage : Pôle Travail de la DIRECCTE, Conseil Régional et Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

- Groupe de travail : Médecins du travail : Dr Cavin-Rey (ex-Total), Dr Charrier (AISMT 13), Dr Coulibaly (Compagnie pétrochimique de Berre), Dr Guldner-Barrière (Dassault Aviation), Dr de Labrusse (AIST 84), Dr Landi (GIMS 13), Dr Rico et Dr Sabrou (MSA Provence Azur) ; Consultation de pathologie professionnelle : Dr Lehucher-Michel ; Médecins conseils de la Direction régionale du service médical (DRSM de la CNAMTS) : Dr Rivas, Dr Bergé-Lefranc, Dr Milella ; Médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est : Dr Landret ; Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux (URPS ML Paca) : Dr Giorla, Dr Sebbah ; Collège méditerranéen des généralistes maîtres de stage : Pr Husson, Dr Gentile ; Responsable du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés des Bouches du Rhône (SAMETH 13) : Mme François.

### 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. 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 avons exploité plusieurs enquêtes quantitatives nationales : ESCAPAD 2008 de l'OFDT (N=39 542, jeunes de 17 ans), Enquête "communication sur les risques" 2008 (N=2 000, 18-75 ans), Baromètre cancer 2010 (N=2 949, 15-85 ans) et Baromètre santé 2010 (sous-échantillon, N=3 091) de l'INPES. Dans ces 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 Addictive Behaviours. Les analyses réalisées sur les données ESCAPAD seront valorisées au cours de l'année 2015.

### 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.

## 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 né 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. 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 Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les équipes médicales des villes de Cannes, 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...).

### Objectifs

L'objectif général visé par cette action est de formuler et tester des préconisations 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 ans à 4,5 ans dans les départements de la région Paca.

### Méthodologie

Une démarche en plusieurs étapes a été 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.
- 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 préconisations 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 préconisations sur le dépistage précoce des troubles auditifs et visuels et principe de l'expérimentation : une évaluation sera réalisée sur un échantillon d'environ 1500 enfants de 3,5 à 4,5 ans inscrits dans les écoles maternelles de la région, par une approche comparative avant / après mesurant la faisabilité et l'impact de la mise en œuvre des préconisations en termes organisationnels, de déroulement des examens et de taux de prévalence des troubles orientés et dépistés.

### Résultats

La comparaison des recommandations sur les stratégies de dépistage des troubles visuels et auditifs issues de plusieurs expertises récentes françaises et des pratiques actuelles observées dans les départements montre qu'il existe une marge significative qui permettrait, tout en harmonisant les pratiques, de les optimiser (âge de passation, types de dépistage, outils...). Des préconisations pour harmoniser ces pratiques ont été élaborées par deux groupes de travail sous la supervision d'un expert dans chacun des domaines (visuel et auditif). Une formation des équipes de PMI de la région sur l'utilisation des nouveaux tests de dépistage des troubles visuels et auditifs a été réalisée en collaboration avec le CNFPT en janvier 2015 ; la mise en œuvre des préconisations a débuté depuis février 2015 dans 70 écoles auprès d'environ 1500 enfants. Un comité de pilotage est prévu en juillet 2015 pour faire un point sur le nombre d'enfants orientés et sur le suivi de ceux qui n'auront eu aucune prise en charge.

### 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 ; Pr Pêchereau (CHU Nantes) ; Dr Roman (CHU Timone, Marseille).

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

Sigle : COHORTES CANCER SEIN -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, l'impact du cancer et de ses traitements sur le projet reproductif 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 ont été parallèlement adressés aux médecins traitants et les données sur les prescriptions médicales ont été recueillies tous les six mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

### Résultats

Un total de 624 femmes ont été incluses (taux de réponse 73%). Le recueil est achevé depuis avril 2015. 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.

Quatre ans après le diagnostic, 20% des femmes qui travaillaient ne sont plus en emploi, la perte d'emploi étant plus fréquente chez les femmes ayant un faible niveau d'étude et des contrats précaires. Une étude spécifique sur les trajectoires professionnelles a mis en évidence une forte relation entre perte d'emploi et altération de la qualité de vie. Par ailleurs les deux tiers des femmes se plaignent d'une détérioration de leur vie sexuelle et d'un manque d'information sur l'impact de leurs traitements sur leur fertilité. Les phénomènes douloureux sont encore présents chez plus de la moitié des femmes. Ces douleurs sont souvent fréquentes, intenses et insomniantes mais elles sont rarement prises en charge (moins d'un tiers des cas).

### 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.

# 2. Etude Longitudinale de 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 plus 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.

### Méthodologie

Entre janvier 2007 et juin 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 celles 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 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 ont été recueillies tous les 6 mois dans le registre de consommation de soins de l'Assurance Maladie.

### Résultats

732 femmes ont été incluses (taux de réponse de 56%). Le suivi est clos : 409 femmes ont répondu au dernier questionnaire. 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 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. A gravité égale et en tenant compte des comorbidités, la chimiothérapie reste moins utilisée chez les femmes âgées que chez les jeunes mais la proportion de femmes âgées ayant accès à ce type de traitement a augmenté au cours du temps (3 ans d'inclusion). A quatre ans du diagnostic, plus de la moitié des femmes se plaignent de douleurs, avec une prévalence plus élevée chez celles qui ont des co-morbidités (63%). Lorsque les phénomènes douloureux existent, ils sont dans plus de la moitié des cas fréquents et de forte intensité, mais également insomniants dans un tiers des cas.

### 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.

### 3. Impact du traitement sur la qualité de vie et la survie à long terme chez les femmes âgées atteintes de cancer du sein

Sigle : ELIPPSE - SUIVI MEDICO-PSY FEMMES AGEES (ELIPPSE 65)

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 oncologues. 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 étaient 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.

#### 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 diverses analyses réalisées ont mis 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 et une pratique encore très marginale des évaluations gériatriques. Cependant le pourcentage de personnes âgées traitées a significativement augmenté au cours du temps ce qui peut être rapproché de la mise en place en France des Unités de Coordination Onco-Gériatriques destinées à améliorer la prise en charge des seniors.

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 et persiste dans le temps. A quatre ans du diagnostic, elle concerne 58% des femmes interrogées. Des analyses spécifiques ont permis de mettre en évidence des "profils douloureux". La persistance de douleurs sévères malgré un traitement antalgique est associée à la présence d'un lymphoedème et à des antécédents de chimiothérapie (22% des femmes). Deux tiers des femmes ont consulté un médecin pour ces douleurs mais seulement 11% se sont adressées à un médecin spécialisé.

#### 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.

## 4. Prévalence des syndromes douloureux chez les personnes atteintes de cancer. Analyse croisée des données de la cohorte ELIPPSE et de l'enquête nationale VICAN2

Sigle : CANCER DOULEUR ELIPPSE/VICAN2

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 et 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.

### Méthodologie

Des analyses statistiques ont été engagées à partir des données issues des recueils mis en œuvre dans le cadre des suivis régionaux ELIPPSE40 (322 femmes de moins de 40 ans interrogées à 4 ans d'un diagnostic de cancer du sein), ELIPPSE65 (409 femmes de 65 ans et plus interrogées à 4 ans d'un diagnostic de cancer du sein) et de l'enquête nationale VICAN2 réalisée auprès d'un échantillon représentatif de patients deux ans après un primo diagnostic de cancer (4259 personnes dont 1350 femmes ayant un cancer du sein).

### Résultats

Deux ans après un diagnostic de cancer 2/3 des personnes interrogées dans VICAN2 ont déclaré des douleurs au cours des 15 derniers jours, insomniantes et perturbant les activités quotidiennes chez une personne sur deux. Dans près de 40% des cas il s'agissait de douleurs neuropathiques à caractère chronique. C'est parmi les femmes ayant un cancer du sein que la prévalence des douleurs déclarées ainsi que celle des douleurs neuropathiques étaient les plus importantes (respectivement 80% et 47%). Les douleurs étaient plus fréquentes chez les femmes de moins de 40 ans que chez les plus de 65 ans (82% vs 75%), mais également chez celles ayant un faible niveau d'étude, des comorbidités, ayant reçu une chimiothérapie et dont le cancer était plus grave au diagnostic. C'est aussi chez les femmes jeunes que le pourcentage de personnes recevant des antalgiques était le plus faible (53% vs 71% des plus âgées). A 4 ans du diagnostic d'un cancer du sein, 53% des femmes jeunes et 58% des femmes âgées incluses dans les cohortes ELIPPSE ont déclaré avoir eu des douleurs au cours des 15 derniers jours. Le recours aux antalgiques était beaucoup plus fréquent chez les femmes âgées que chez les femmes jeunes (65% vs 29% respectivement). Pour près d'une femme jeune sur deux les douleurs ressenties étaient dues au cancer du sein alors que seulement 18% des femmes âgées reliaient directement leurs douleurs à leur pathologie mammaire. Ces différentes comparaisons ont permis de mettre en évidence la persistance des douleurs dans le temps en particulier chez les femmes jeunes et une insuffisance de prise en charge des séquelles douloureuses des cancers du sein.

### Commanditaires

Canceropôle PACA.

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

Sigle : ALD2010 - CDV2011 - VICAN2

Période : 2010-2014

### 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 et l'insertion sociale 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 y contribue donc pleinement 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

4 349 personnes ayant bénéficié d'une mise en ALD pour cancer deux ans auparavant (en 2009 ou en 2010) ont été incluses dans l'enquête et sélectionnées à partir d'un échantillon de plus de 13 000 personnes extrait de manière aléatoire des fichiers de l'Assurance-Maladie. Douze localisations ont été choisies : 4 dites de "bon pronostic" (cancer du sein, de la prostate, de la thyroïde, mélanome) ; 7 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 dite de "mauvais pronostic" (cancer du poumon). Un questionnaire a été proposé aux personnes incluses et volontaires. 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 a été complété par des informations médicales recueillies auprès des médecins ayant initié la mise en ALD au moment du diagnostic, et par des données issues du SNIIR-AM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie).

### Résultats

L'ensemble des résultats est réuni dans un ouvrage présenté lors d'un colloque national le 10 juin 2014. Cet événement, sous l'égide de l'Institut National du Cancer et organisé à la Bibliothèque Nationale de France, a réuni l'ensemble des acteurs, des chercheurs et des décideurs intervenant dans le domaine. La méthode a donné lieu à publication scientifique. Les premières exploitations ont montré l'existence de difficultés notamment par une dégradation de la situation professionnelle des personnes atteintes avec un taux d'activité qui a chuté de 88,2 % au moment du diagnostic à 79,9% deux ans après, un taux d'emploi qui a reculé à 61,3 % et un taux de chômage supérieur de quatre points.

### 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).

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

Sigle : CANCER - TRAJECTOIRES ECO ET SOCIALES (VICAN2)

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.

### 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) et différencier ces transitions selon le genre, la catégorie socioprofessionnelle, le contrat de travail,... en 2004 et 2012 ;
2. identifier la contribution propre du cancer dans l'évolution de la situation face 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 2004 et 2012 ;
4. évaluer le retentissement du cancer pour les travailleurs indépendants.

### 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 ont été 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 différentes méthodes d'estimation économétrique ont été utilisées.

### 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% (4 points de plus qu'en 2010). Les femmes quittent l'emploi plus rapidement que les hommes après le diagnostic de cancer (dix mois versus dix-sept mois). A contrario, les femmes restent plus longtemps en emploi avant de prendre leur retraite (19 mois contre 10 mois pour les hommes). Les personnes de 50 ans et plus restent plus longtemps en emploi après le diagnostic (12 mois contre 9 pour les personnes de 49 ans et moins), ce qui n'accrédite pas la thèse selon laquelle la sortie de l'emploi par l'inactivité serait utilisée par les actifs les plus âgés. 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 CSP 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 généralement comme protecteurs de l'emploi. Il ne semble pas y avoir d'amélioration du sort des catégories précaires : si pour les CSP d'ordinaire protégées (les cadres tout particulièrement) d'une mise à l'écart durable du marché du travail, il n'y a pas d'aggravation voire une légère amélioration de la capacité à se maintenir en emploi en 2012 par rapport à 2004, les ouvriers et employés restent durablement pénalisés, sensiblement plus en 2012 qu'en 2004. 20,9% des personnes atteintes d'un cancer pouvaient être considérées comme pauvres en 2010, alors que cette même part a été estimée à 14,0% par l'Insee en population générale. Deux ans après le diagnostic l'écart s'est accru, avec 25,1% des personnes avec un cancer se trouvant en dessous du seuil de pauvreté contre toujours 14,3% en population générale.

### Commanditaires

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

## 7. 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 (VICAN2)

Période : 2014-2015

### Problématique

Les personnes avec un cancer présentent souvent une détresse psychologique, 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. L'enquête VICAN2 réalisée en 2012-13 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 Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) dans un échantillon national de personnes adultes souffrant de différents types de cancers.

### Objectifs

L'objectif de ce projet était d'étudier l'évolution de la prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et antipsychotiques) et celle des nouvelles prescriptions chez des patients avec un cancer avant et après le diagnostic de cancer.

Un premier objectif spécifique était de comparer les prévalences de prescriptions de médicaments psychotropes à celles observées en population générale.

Un second objectif spécifique était d'identifier certaines caractéristiques sociales ou médicales associées aux prescriptions de médicaments psychotropes, en tachant de prendre en compte, dans la mesure du possible, leur adéquation avec les recommandations de bonne pratique, spécifiquement, en termes de durée de traitement.

### Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle de type cas-témoins, se déroulant en France métropolitaine. Les cas ont été sélectionnés parmi l'ensemble des personnes échantillonnées dans le cadre de l'enquête VICAN2 (n=16 429) et le pool des témoins potentiels a été constitué à partir d'individus sélectionnés dans l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB - base de données construites par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés). L'appariement entre les cas et les témoins a été réalisé par des scores de propension (PSM : Propensity Score Matching).

### Résultats

Pour l'ensemble de l'échantillon des patients avec un cancer, la prévalence annuelle de la prescription d'au moins un médicament psychotrope (tous types confondus) était de 34,7 % dans l'année précédant le diagnostic de cancer, de 52,7 % dans l'année suivante et de 40,8 % dans la dernière année de suivi : les anxiolytiques étaient les plus utilisés devant les hypnotiques et les antidépresseurs tandis que les antipsychotiques étaient très peu utilisés (<2 %). Quel que soit le type de médicament psychotrope, la prévalence des prescriptions était maximale durant les 12 mois suivant le diagnostic.

Trois mois avant le diagnostic de cancer, le risque relatif (RR) de prescriptions ponctuelles d'anxiolytiques / hypnotiques chez les patients avec un cancer comparativement aux personnes sans cancer s'élevait à 1.10. Ce RR atteignait un pic durant les trois mois suivant le diagnostic (RR=2.22) puis diminuait progressivement pour se stabiliser autour de 1.5 (p<0.05) jusqu'à la fin de la période de suivi. En ce qui concerne les antidépresseurs, le RR de prescriptions ponctuelles augmentait progressivement pour atteindre un maximum 12 mois après le diagnostic (RR = 1,5) et restait stable jusqu'à la fin du suivi.

En conclusion, la période autour du diagnostic de cancer est particulièrement à risque du point de vu des prescriptions de médicaments psychotropes : un repérage de détresse psychologique et troubles psychiatriques est indispensable dès cette période.

### Commanditaires

Cancéropôle 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.

## 8. Enquête nationale sur les conditions de vie auprès de personnes atteintes d'un cancer cinq ans après le diagnostic (dans le cadre du dispositif opérationnel CDV-2011 - VICAN)

Sigle : VICAN5

Période : 2014-2018

### Problématique

La croissance importante du nombre de personnes atteintes par un cancer a été constatée dans l'ensemble des pays développés, les avancées thérapeutiques ayant significativement contribué à réduire la mortalité associée pour la quasi-totalité des localisations. Ces nouvelles données suscitent plusieurs catégories de problèmes dus à une méconnaissance de leurs besoins et l'adaptation nécessaire du système de santé pour assurer le suivi et améliorer les conditions de vie d'un groupe de la population devenu numériquement conséquent. Ces dernières années, la littérature médicale internationale a démontré que les personnes atteintes d'un cancer devaient faire face à de nombreux effets délétères persistants et conséquents en grande partie aux traitements administrés. Ces effets peuvent survenir à plus ou moins long terme avec un impact aussi bien sur le plan physique que psychologique : de manière générale, les personnes confrontées au cancer témoignent d'un état de santé et de bien-être dégradé par rapport au reste de la population. Ce problème est d'autant plus sensible chez les personnes atteintes d'un cancer car elles voient leurs facteurs de risques liés à certaines pathologies accrus : en premier lieu, la survenue d'un deuxième cancer ou de pathologies cardiaques induites par les traitements même très tardivement. On se retrouve donc face à une situation préoccupante avec une population ayant des besoins en santé spécifiques.

Dans la continuité de l'enquête (VICAN 2) réalisée en 2012 auprès de personnes atteintes d'un cancer à 2 ans du diagnostic, une deuxième investigation à 5 ans du diagnostic (VICAN 5) nous permettra d'évaluer l'émergence de possibles nouveaux besoins en santé, en accompagnement ou en soutien de cette population et l'adéquation des réponses que propose le système français de prise en charge médico-sociale.

### Objectifs

Cette nouvelle investigation sera l'occasion d'explorer de nouvelles dimensions en prise avec les connaissances récentes, notamment sur : - la survenue d'une maladie chronique avec une attention particulière sur les seconds cancers et les problèmes cardiaques ; - l'étude des limitations avec les nouveaux instruments mis au point ; - l'état du suivi médico-social proposé aux personnes atteintes et des éventuelles difficultés d'accès à ce type de suivi ; - l'adéquation du ciblage, de la personnalisation ou de l'individualisation des soins curatifs ou de supports proposés aux personnes atteintes ; - les modalités de recours aux soins des personnes atteintes.

### Méthodologie

Conformément à la première enquête, la méthode s'appuie essentiellement sur l'exploitation de trois types de données recueillies auprès des personnes atteintes (enquête socio-comportementale en population), dans le dossier médical des personnes (enquête médicale auprès des équipes médicales impliquées dans le suivi) et à partir des extractions du SNIIR-AM. Afin de pouvoir faire face à l'attrition, en complément de l'échantillon principal composé des personnes ayant participé à la première enquête et dont le diagnostic avait été posé au cours du premier semestre 2010, un échantillon complémentaire sera constitué à partir de personnes dont le diagnostic a été posé en 2011.

### Résultats

Les autorisations légales ayant été obtenues, les années 2015 et 2016 verront la mise en œuvre du recueil de données en deux temps auprès de l'ensemble de l'échantillon de personnes sélectionnées.

La phase test concernant l'enquête en population, confiée à l'Institut BVA, a été engagée en avril 2015.

Les résultats donneront lieu à la réalisation d'un ouvrage qui sera finalisé au cours du premier trimestre 2018.

### Commanditaires

Institut National du Cancer (INCa) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

### Partenaires

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ; Mutuelle Sociale Agricole (MSA) ; Régime Social des Indépendants (RSI).

## 9. Rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers

Sigle : MEDGENCAN (PANEL)

Période : 2015-2016

### Problématique

La réalisation de progrès significatifs dans les traitements des cancers a considérablement amélioré pour de nombreux patients les perspectives de survie et parallèlement a modifié les termes de l'engagement des professionnels de santé auprès des patients. Avec l'augmentation de la prévalence et de l'incidence des cancers, la multiplication et la complexité des traitements, la reconnaissance des besoins de prise en charge à long terme après la phase aiguë de la maladie, la prise en charge des patients cancéreux fait intervenir de nombreux professionnels et suppose une coordination. Le plan cancer 2014-2019 insiste sur la nécessité de mettre en place des soins coordonnés et d'améliorer la circulation de l'information entre les professionnels, ainsi que sur le rôle central du médecin généraliste dans ce dispositif.

### Objectifs

L'enquête doit permettre d'éclairer les différents aspects de la contribution des médecins généralistes à la prise en charge des patients atteints de cancer, depuis le diagnostic jusqu'au suivi de la fin de vie. En particulier seront envisagés :

- Le suivi thérapeutique et la gestion des événements aigus
- La prise en charge des séquelles physiques et psychiques de la maladie et de ses traitements
- La prise en charge des conséquences sociales du cancer
- L'implication dans la fin de vie et les soins palliatifs
- Les relations avec les autres professionnels de santé et les difficultés rencontrées.

### Méthodologie

Dans le cadre de la troisième édition du panel national d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville mis en place en décembre 2013, une vague d'enquête porte sur la prise en charge des cancers.

La base de sondage a été obtenue à partir du Répertoire partagé des professionnels de santé. Un appariement avec le Système National d'Information Interrégimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (SNIIRAM) a permis de ne retenir que les MG ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les échantillons (un national et trois régionaux en Paca, Pays-de-la-Loire et Poitou-Charentes) ont été constitués par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, la densité d'offre de MG au niveau de la commune d'exercice de chaque MG en 2012, et le volume d'activité du médecin en 2012. L'inclusion des MG a été réalisée entre décembre 2013 et février 2014.

L'enquête téléphonique sera effectuée entre octobre et décembre 2015 sous forme d'un questionnaire standardisé élaboré avec le concours d'un comité d'experts et à partir d'une revue de la littérature.

### Résultats

Cette recherche quantitative devrait permettre de mieux définir le statut et la véritable place des médecins généralistes au sein du dispositif actuel de prise en charge des patients atteints de cancer. Elle devrait également contribuer à mettre en évidence les difficultés ressenties par les praticiens aux différentes étapes de la prise en charge des patients, leurs attentes et leurs opinions par rapport aux nouveaux investissements qui leur sont demandés, mais aussi leurs besoins notamment en termes de formation et d'information.

### Commanditaires

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM - marché n° 1433205).

### Partenaires

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) / Ministère des affaires sociales et de la santé ; UMR912 SESSTIM (INSERM-IRD-Aix Marseille Université).

# 10. 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 trois 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. 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 troisième objectif spécifique, nous procéderons à une analyse des facteurs médiateurs (mediational analysis).

### Résultats

Ce projet a mis en évidence une différenciation sociale des perceptions concernant les facteurs de risque de cancer. Les personnes ayant un SSE élevé ont plus tendance que les autres à mettre en cause des facteurs de risque comportementaux et psychologiques ; les personnes ayant un SSE intermédiaire accordent plus d'importance aux facteurs de risque environnementaux que les autres.

Concernant les comportements de protection vis-à-vis du soleil, le SSE des individus était positivement associé à ces comportements d'une part et à deux types de facteurs cognitifs (connaissances des liens soleil-santé et plus globalement des facteurs de risque comportementaux de cancer) d'autre part. Des analyses médiationnelles ont montré que ces facteurs cognitifs étaient des médiateurs partiels de la relation entre le SSE et les comportements. 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.

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

Sigle : CENSUR

Période : 2012-2017

### 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 concernés 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 liés 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).

## 12. 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.

# 13. 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 du 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. 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 Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), l'initiation de la substitution par la méthadone en médecine de ville permettrait de réduire la consommation d'opiacés et les pratiques à risque de transmission du VHC tout en assurant la sécurité et le maintien en traitement.

### Objectifs

Les objectifs de ce projet sont :

- de comparer, en terme de non infériorité, la proportion de sujets non consommateurs des substances opiacées après un an de traitement chez des patients ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).
- de comparer après un an de traitement, chez des patients dépendants aux opiacés ayant bénéficié de deux modes d'initiation distincts d'un traitement par la méthadone : médecine de ville versus CSAPA :
  1. la prévalence des autres pratiques à risque de transmission du VHC (partage du matériel d'injection ou de sniffing, autres pratiques à risque de contamination par voie cutanée, comportement sexuel ...)
  2. l'efficacité du traitement mesurée en termes d'observance au traitement, de prévalence des pratiques addictives, d'évolution du niveau d'insertion sociale, de qualité de vie, de prévalence des co-morbidités psychiatriques, de criminalité, de satisfaction à l'égard du traitement.

### Méthodologie

Le projet Méthaville est une recherche biomédicale sous la forme d'un essai randomisé à deux bras, multicentriques 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 CSAPA ou en médecine de ville. La méthadone est dispensée par des pharmacies internes (CSAPA) ou des pharmacies de ville, associées au projet.

Critère de jugement principal : différence de proportion de non-consommateurs d'opiacés entre les deux bras. Une marge de non infériorité de maximum 15 points a été défini.

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 co-morbidités psychiatriques, diminution des actes de délinquance, niveau de satisfaction des patients).

### Résultats

Dix centres ont participé à Méthaville, représentant neuf régions ; au total, 195 personnes ont été incluses.

Le projet Méthaville fait actuellement l'objet de six publications référencées. Quatre articles sont en cours de finalisation : un sur la consommation de cannabis chez les patients sous méthadone (soumis) ; un sur la consommation concomitante de benzodiazépine et d'alcool chez les patients substitués à la méthadone (soumis) ; un sur la réduction du nombre d'infractions chez les patients substitués ; et un dernier sur l'absence d'augmentation de consommation de cannabis chez les patients sous Méthadone.

Des analyses sont en cours sur l'impact de la médecine générale sur les comportements sexuels à risque et une sur les facteurs associés à la dépression pendant un traitement par méthadone.

### 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.

### 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 a fait l'objet d'une communication orale à la conférence AIDS 2014 de Melbourne et d'une publication en cours de révision. De nouvelles analyses sont prévues sur l'accès au dépistage du VHC en France. Une analyse plus descriptive sur le profil des injecteurs de cocaïne sera réalisée, et ce pour adapter la prise en charge des personnes consommatrices de produits psycho-actifs par la voie injectable. Une analyse fine des pratiques d'échange de petits matériels (récipient, filtre (coton), tampon, eau) devrait également être réalisée.

### 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 : 2014-2015

#### 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.

#### 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 au Centre d'Addictologie de l'Hôpital Universitaire Paul Brousse, AP-HP, Villejuif. 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

Les autorisations éthiques ont toutes été obtenues mais, le projet ayant nécessité le changement d'investigateur principal, un amendement est donc en cours. L'étude devrait être mise en place mi-2015. Les premières analyses consisteront à décrire l'échantillon en termes de caractéristiques socio-démographiques, de comportements addictifs, de co-morbidités psychiatriques et de santé générale. Seront également analysés les effets secondaires, l'observance au traitement, la qualité de vie, le craving, etc. Puis, nous regarderons l'évolution de la consommation hebdomadaire de cocaïne au cours du temps et vérifierons s'il y a une diminution significative entre M0 et M3. Nous étudierons également l'influence de chaque facteur sur l'efficacité (poids, taille, niveau d'éducation, symptômes dépressifs, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ADHD)), et établirons la relation entre la dose de MPH et l'effet du traitement en tenant compte de l'exposition au médicament (dosage plasmatique). Nous analyserons l'impact de l'effet ressenti par le patient après la prise du médicament sur l'efficacité, ainsi que le lien entre les paramètres PK et l'effet ressenti.

#### Commanditaires

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

#### Partenaires

Centre d'Addictologie de l'Hôpital Universitaire Paul Brousse, AP-HP, Villejuif.

### 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 : 2013-2018

#### Problématique

La situation épidémiologique des usagers de drogue (UD), et tout particulièrement des usagers de drogue par voie intraveineuse, vis-à-vis du virus de l'hépatite C et du VIH appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins.

#### Objectifs

Les objectifs principaux de cette étude visent à évaluer l'impact des facteurs dits "structurels" (ex : fréquentation des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), prisons, autres facteurs environnementaux) et des facteurs individuels (histoire personnelle, facteurs sociodémographiques, consommation de substances, pathologie addictive, autres co-morbidités) sur l'évolution des consommations, des pratiques, du parcours de soins, de leurs conditions sociales et de l'expérience de violences et de délits liés aux drogues.

Les objectifs secondaires consistent à dresser un tableau de la situation socio-comportementale des usagers de drogues, d'estimer la prévalence des usages spécifiques de drogues dans l'échantillon, et de mieux comprendre les besoins des UD en termes de traitements des addictions mais aussi en termes de dépistage et de prise en charge des troubles associés à l'usage de drogues.

#### Méthodologie

A travers une étude de cohorte prospective multicentrique, nous recruterons 600 usagers de drogue par voie intraveineuse dans 3 villes différentes (Bordeaux, Marseille et Paris) suivis pendant 12 mois. Le recrutement des UD de la cohorte se fera, par l'intermédiaire d'enquêteurs formés, autour des CAARUD présentant une file active importante et dotés si possible d'une unité mobile. Les UD inclus dans l'étude passeront des entretiens en face-à-face à l'inclusion, 3 mois, 6 mois et 12 mois, réalisés par les enquêteurs. Ces entretiens permettront de recueillir des données sociodémographiques, l'histoire de consommation de drogues, la consommation actuelle, 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 termes de traitements pour les addictions, l'acceptabilité par les UD et les besoins des UD en traitements injectables, traitements de la dépendance aux stimulants, d'autres aspects psycho-sociaux ainsi que des questions sur la fréquentation et leur perception vis-à-vis des dispositifs de prévention existants et futurs.

#### Résultats

La phase pilote est prévue mi-2015, dès l'obtention de l'autorisation de la CNIL. Par la suite, cette cohorte sera utilisée pour l'évaluation des besoins de la population d'UD par injection en termes d'accès à des dispositifs innovants mais également pour évaluer les besoins en traitements de l'addiction aux opiacés, traitements injectables, traitements pour la dépendance aux stimulants et d'autres dispositifs, en identifiant les patients susceptibles de bénéficier de ces outils. Elle permettra également de mieux décrire cette population bien souvent en marge du système de santé.

#### Commanditaires

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA).

#### Co-investigateurs principaux

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

# 5. Travaux exploratoires à la mise en œuvre d'une étude d'évaluation de la buprénorphine injectable

Sigle : BUPRENORPHINE INJECTABLE

Période : 2015

### Problématique

Aujourd'hui, moins de trois quart des personnes dépendantes aux opiacés ont accès aux traitements de substitution aux opiacés en France. Bien que la mise à disposition de la buprénorphine orale en médecine de ville (associée à un accès élargi aux programmes d'échange de seringues) ait permis de diminuer considérablement l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues (UD), l'épidémie de VHC est restée très active chez les UD. Ces chiffres sont le signe que certains UD présentent des pratiques à risque et notamment liées à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse. Chez les patients traités par buprénorphine, un pourcentage non négligeable de personnes déclare avoir injecté leur traitement. C'est pourquoi l'évaluation d'un traitement injectable à base de buprénorphine semble pertinente pour ces personnes pour lesquelles les traitements existants ne suffisent pas. L'étape préliminaire à la mise en place d'un essai clinique randomisé est d'identifier les pratiques, les besoins et l'acceptabilité d'un traitement par buprénorphine IV des usagers de drogues qui aujourd'hui déclarent injecter de la buprénorphine mais aussi d'autres opiacés.

### Objectifs

L'objectif principal est d'identifier le profil des injecteurs de buprénorphine et d'opiacés fréquentant les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) et les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ainsi que les modalités d'usages des opiacés tels que la dose injectée, la fréquence d'injection mais aussi les pratiques liées à l'injection (pratiques à risque, polyconsommation, ...).

D'autre part, cette enquête nous permettra d'évaluer les besoins de ces UD ainsi que leur acceptabilité vis-à-vis d'un traitement de la dépendance aux opiacés par buprénorphine injectable selon différentes conditions de prescription et d'administration de la buprénorphine injectable.

### Méthodologie

- Approche quantitative : Il s'agit d'une enquête transversale réalisée sur 500 UD pratiquant l'injection de buprénorphine ou d'autres opiacés recrutés dans des CAARUD et/ou CSAPA ou autres centres de prévention ou de soins. Cette étude utilise l'approche communautaire consistant à faire participer les intervenants associatifs et de terrain ainsi que les usagers eux-mêmes dès le début de la recherche. Les données seront recueillies auprès des UD par les intervenants des centres à l'aide d'un questionnaire court, standardisé, passé en face-à-face d'une durée d'environ 10 minutes sur les caractéristiques sociodémographiques, les pratiques liées à l'injection de buprénorphine (ou d'autres opiacés) ainsi que leur acceptabilité vis-à-vis d'un traitement injectable à base de buprénorphine.

- Approche qualitative : A cette étude quantitative sera associée une étude qualitative basée sur des entretiens individuels autour de l'injection de buprénorphine et de la possibilité de recevoir un traitement à base de buprénorphine intraveineuse.

### Résultats

L'analyse des données recueillies à travers l'enquête quantitative nous permettra de mieux comprendre la population concernée par l'injection de buprénorphine mais aussi d'autres opiacés (héroïne, sulfate de morphine, ...) ainsi que la dose injectée de buprénorphine et la fréquence d'injection. De plus, les substances associées à l'usage de buprénorphine ainsi que les pratiques à risque nous permettront de mesurer l'impact positif que pourrait avoir un tel traitement sur la santé de cette population. Enfin, le degré d'acceptabilité des consommateurs d'opiacés par voie intraveineuse si un traitement par buprénorphine injectable était mis à disposition nous permettra d'anticiper l'intérêt d'un tel traitement et d'estimer le nombre de personnes qui pourraient en bénéficier. L'approche qualitative va nous permettre d'avoir une vision plus fine de la perception des usagers vis-à-vis d'un traitement injectable à base de buprénorphine ainsi que d'identifier des barrières que l'enquête quantitative ne pourra pas révéler.

### Commanditaires

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

### Partenaires

Association AIDES ; Association ASUD ; Association Bus 31/32.

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

Sigle : ERANID

Période : 2013-2015

### 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 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 ont été présentés sous forme de poster lors de la conférence de l'Albatros les 5 et 6 juin 2014. Ces travaux préalables serviront à la rédaction de deux appels à projets européens lancés en 2016 et 2017.

### 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 (NWPFO), Departement of Health (DH), Home office (HO).

# 7. 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 : 1) définir une stratégie d'estimation, 2) identifier les éléments immédiatement disponibles, et 3) définir les besoins de production de connaissance complémentaires, qui devront permettre d'établir une évaluation la plus exhaustive possible d'ici trois à cinq 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 (déclaration obligatoire (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

Actuellement, l'enquête VESPA 2 fait l'objet de six publications dans des revues internationales à comité de lecture. Ces articles traitent principalement de l'état de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et des 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.

Deux articles sont en cours de rédaction sur l'analyse des profils générationnels de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leur impact sur le vécu de la maladie ; et un second sur l'impact des caractéristiques des centres sur le succès immuno-virologique des PVVIH. Deux abstracts ont été acceptés à la conférence de l'IAS (International AIDS Society) sur les prises de risques sexuelle et la pénalisation.

Par ailleurs de nouvelles analyses sont en cours sur les comorbidités et le succès virologique en lien avec l'observance au traitement. Une analyse est également réalisée sur l'évolution de la situation professionnelle et le retour à l'emploi dans le cadre d'une maladie chronique, avec la comparaison entre l'enquête cancer (VICAN) et VESPA 2.

### 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. 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 (HIC) sont des patients dont l'infection par le VIH est connue depuis plus de 10 ans, qui n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral (à l'exception d'un traitement transitoire pour éviter une transmission de la mère à l'enfant) et chez lesquels plus de 90% des mesures de charge virale en ARN plasmatique sont inférieures à 400 copies d'ARN/ml.

Ces patients qui ne présentent pas les inconvénients de la maladie physique peuvent néanmoins subir ceux de la maladie sociale du VIH. La question étant de savoir si ces patients, qui sont bien portants d'un point de vue immuno-virologique, le sont également d'un point de vue psychologique et dans les différents domaines de leur vie de tous les jours.

### 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

Parmi les 84 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) issues de la cohorte ANRS CO18 et incluses dans l'étude sciences sociales, 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. Cette analyse a été présentée à la conférence AFRAVIH 2014 et fait l'objet d'une publication en cours de révision dans la revue Qualitative Health Research.

Une analyse sur les données quantitatives est également en cours, sur la comparaison des personnes séropositives de l'enquête VESPA 2 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.

### 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 ; d'évaluer la tolérance du traitement ; d'évaluer l'observance du traitement, 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 sont 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 complètent un questionnaire sociocomportemental en ligne, tous les deux mois, à partir de leur domicile.

#### Résultats

Suite aux résultats de l'essai IPERGAY montrant une différence d'incidence significative entre les deux groupes avec une réduction très importante du risque d'infection par le VIH dans le bras Truvada®, les inclusions ont été arrêtées et l'ensemble des participants a pu bénéficier du Truvada®.

Le suivi des participants inclus se poursuit. 425 participants ont été inclus et ont répondu au questionnaire d'inclusion (J0), 232 au M12 et 102 au M24, dans les sept centres participant à l'étude : six centres en France (Tenon et Saint Louis à Paris, Lyon, Lille, Nantes et Nice) et un à Montréal. Actuellement deux analyses sont en cours sur l'observance au traitement, ainsi que sur les profils des participants vis-à-vis de l'utilisation de la PrEP et du préservatif.

#### 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. Evaluation médico-économique de deux stratégies de maintenance thérapeutique : une monothérapie par lopinavir/r versus une trithérapie associant tenofovir/emtricitabine/efavirenz chez des patients ayant un ARN VIH-1 contrôlé

Sigle : DREAM

Période : 2009-2015

### 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'exams réalisés, traitements délivrés,...). 50 bases de données ont été reçues ; il faut à présent les compiler et constituer une base des coûts. Les analyses coût-efficacité seront réalisées selon les critères définis dans le protocole.

### 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.

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

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 "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. Notre 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 est 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 (FG), la méthode Q et la méthode des choix discrets, seront utilisées. Le projet se déroulera en 3 phases consécutives. La phase 1 (focus groups) aura lieu 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, avant la saisie et les analyses des données socio-comportementales et quantitatives.

### Résultats

Le recueil de la phase 1 est terminé. Six FG ont été organisés (3 avec des patients n=21, 3 avec des soignants n=30). L'analyse des retranscriptions des échanges est en cours, elle sera faite selon une approche thématique à l'aide du logiciel Iramuteq. Les résultats de ces analyses permettront d'élaborer les items qui seront soumis au classement des patients et des soignants, selon leurs préférences, lors de la phase 2 de l'enquête.

### 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 : HEPAVIH

Période : 2005-2015

### 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

Une publication montre le lien entre la consommation de cannabis et l'insulino-résistance dans le sens où le cannabis protège du risque de diabète. Un second article, en cours de soumission, montre l'absence de relation entre la consommation de cannabis et le taux de CD4. Par ailleurs, des analyses sont en cours sur les facteurs psychosociaux et cliniques associés à la qualité de vie, ainsi que sur la toxicité perçue des nouvelles molécules anti-VHC. Une analyse sur les facteurs psychosociaux associés à la mortalité dans la cohorte montre que la consommation élevée de café protège de la mortalité hépatique. Le lien de causalité entre la guérison et la consommation de drogues a été testé à travers un modèle causale. Cette analyse permet de montrer que la guérison fait diminuer la consommation de drogues.

### 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 en cours de finalisation. Un abstract a été présenté à la conférence AFRAVIH 2014 sur "les troubles psychiatriques/addictifs chez les sujets coinfectés par le VIH et le VHC : implications pour le suivi à distance du traitement anti-VHC". Deux articles sont actuellement en cours de rédaction : un sur les facteurs associés au risque suicidaire et un autre sur la prévalence des troubles psychiatriques avec un focus sur l'anxiété chez les patients d'HEPAVIH.

### 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**

L'analyse des verbatims a permis de construire une banque d'items, qui a permis d'aboutir à la construction de l'échelle de qualité de vie. Une étude de validation psychométrique a confirmé la structure multidimensionnelle de cette échelle. Les 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). Deux articles sont en cours sur la validation de PROQOL VHC.

#### **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. L'analyse des données a permis de confirmer un faible accès à la prévention du risque infectieux en milieu pénitentiaire.

### 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 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 pays en développement (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 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 les dimensions suivantes :

- 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 donné lieu à la rédaction de sept articles. Ces publications font état des méthodes et des résultats obtenus sur la mesure dynamique des inégalités de santé dans le contexte de l'Afrique sub-saharienne, de l'inégalité multidimensionnelle dans cinq pays du Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et de l'équité dans les systèmes de santé (le cas de la Tunisie et de la Palestine). Dans l'Afrique sub-saharienne, nous avons étudié les inégalités de santé de manière dynamique, en montrant que le fait de prendre ou pas en compte la mortalité associée aux maladies chroniques létales pouvait changer les conclusions de la mesure. Dans cinq pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, nous avons étudié les inégalités multidimensionnelles en élaborant une nouvelle approche permettant de décomposer l'inégalité du bien-être en indice d'inégalité univariée de type Atkinson-Kolm-Sen et une mesure de corrélation des rangs. Nos résultats ouvrent plusieurs pistes relatives à la compréhension et à la réduction des inégalités.

### 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).

## 2. Mesures et déterminants des inégalités de santé et de bien-être dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord

Sigle : SANTEMED

Période : 2014-2016

### Problématique

De nombreuses réformes constitutionnelles et institutionnelles ont vu le jour suite aux récentes révoltes dans les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (le "Printemps Arabe"). La réduction des inégalités de santé constitue un objectif majeur de ces réformes. Cette question est également au cœur des préoccupations des organisations internationales. A titre d'exemple, un rapport récent de la Banque Mondiale (2013) a montré le rôle joué par les inégalités de santé et d'accès aux soins dans l'instabilité politique de cette région. Des études récentes, dont certaines ont été conduites par des membres de ce projet, ont montré que les méthodes conventionnelles de mesure des inégalités ne sont pas directement applicables aux pays en développement (PED). L'inapplicabilité de ces méthodes est due à leurs hypothèses sous-jacentes souvent très éloignées du contexte de ces pays. Par conséquent, des techniques de mesure des inégalités plus adaptées sont requises.

### Objectifs

En se basant sur nos précédents travaux, notamment ceux issus du projet ANR-INEGSANTE 2010-2014, ce projet se donne pour objectif d'améliorer la métrique et l'analyse des inégalités de santé dans une perspective plus large liée au bien-être. Plus spécifiquement, ce projet cherche à développer une approche compatible au contexte des PED, qui permettrait de relier les inégalités systématiques de santé à leurs causes structurelles. Ce projet s'appuie sur des bases de données micro-économiques issues d'enquêtes nationales représentatives de 12 pays de la région méditerranéenne. Ce projet a aussi pour objectif de créer un réseau de recherche euro-méditerranéen pluridisciplinaire.

### Méthodologie

Le projet SANTEMED se propose de contribuer au récent débat scientifique sur la mesure des inégalités de santé et de bien-être dans les PED. Il élargira le champ des applications des outils micro-économétriques à l'étude des inégalités, et en particulier aux déterminants des opportunités individuelles. Pour ce faire, les inégalités de santé seront analysées en termes de capacité, en référence au cadre méthodologique proposé par Amartya Sen. La construction de vecteurs de fonctionnements, ainsi que l'implémentation de systèmes d'équations structurelles, nous permettront de construire un indice de capacités individuelles et d'analyser sa distribution.

### Résultats

Notre projet a démarré par la mise en place d'une coopération scientifique avec les partenaires sud méditerranéens. Une e-plateforme est en cours de développement afin d'élargir le réseau de recherche. Les travaux effectués jusqu'ici ont déjà donné lieu à deux articles publiés en 2015 dans des revues scientifiques à comité de lecture et à fort facteur d'impact. Le premier, publié dans International Journal of Health Economics and Management s'intéresse à l'évaluation de l'impact des réformes du système d'assurance maladie sur l'accès aux soins dans les pays en développement. Cet article inclut une application pour le cas de la Tunisie. Le deuxième article, publié dans Economics Letters présente un cadre méthodologique permettant de mesurer les inégalités en matière de santé en présence de données ordinales subjectives. Contrairement à la plupart des travaux antérieurs, cette méthodologie permet aussi l'inférence statistique de mesures d'inégalités de santé. Cet article comporte une application pour le cas de l'Egypte.

### Commanditaires

Initiative d'Excellence Aix-Marseille (AMIDEX) dans le cadre de l'appel à projets international "Méditerranée" 2014.

### Partenaires

AMSE GREQAM-UMR 7316, Marseille, France ; Eastern-Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO) ; Research Unit CNRST (URAC04), University of Mohammed 1er, Oujda, Morocco ; Departments of Health Promotion & Community Health (Faculty of Health Sciences) & Economics (Faculty of Arts & Sciences), American University of Beirut, Lebanon ; Social Science Research Center, American University of Cairo (SSRC-AUC), Cairo, Egypt ; Institute of Community & Public Health (ICPH), Birzeit University, Palestine ; Unité de Recherche en Economie Appliquée (URECA), Faculty of Economics and Management, University of Sfax ; Université of Tunis El Manar, Tunisia ; Health Economics Research Unit (HERU), University of Aberdeen, Aberdeen, UK.

### 3. 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 dispositifs 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 l'une des questions essentielles à laquelle nous souhaitons répondre : dans un contexte humain et environnemental en plein changement, le renforcement actuel des systèmes de lutte, défini par des politiques publiques influencées par l'international (en raison de l'émergence de la résistance au traitement de première ligne), pondère-t-il les inégalités en matière de santé, et de quelle façon ?

#### Objectifs

Ce projet interdisciplinaire 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 majeurs ont été 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, 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 est un tremplin indispensable pour resituer la question centrale qui vise à rendre compte des activités de santé contemporaines et futures.

#### Résultats

Quelques résultats issus du projet : 1) en dépit de la masse d'argent injecté pour la contenir, la résistance gagne du terrain et recouvre l'ensemble des zones impaludées, d'où les questionnements face à des interventions qui ne surent prendre en compte la mobilité spatiale humaine ainsi que l'origine (six routes) et la variabilité des souches de résistance ; 2) l'acheminement et la distribution des médicaments CAT subit les contrecoups d'une gestion mal organisée (ruptures de stock ou stockage prolongé), aggravée par un trafic de médicaments échappant aux normes de contrôle qualité ; 3) une dispensation aléatoire des pratiques de préventions et des soins ainsi qu'une dispensation inadaptée pour toucher les migrants constituent des indications dépréciatives pour le déroulement du programme national ; 4) les interventions paludisme ne parviennent pas à réduire les inégalités de santé (zones endémiques délaissées, populations marginalisées oubliées).

Le premier semestre de 2015 marquera la dernière phase du programme. Une réunion de l'équipe est prévue pour la fin février (montage et bilan de l'interdisciplinarité, présentation par disciplines, points à peaufiner, répartition des tâches d'écriture, préparation d'un ouvrage collectif, valorisation). Des enquêtes SIG, géographiques, entomologiques, épidémiologiques, anthropologiques et historiques continueront jusqu'à fin juin 2015 dans deux sites du Cambodge ainsi qu'au Vietnam. Des interviews des personnes, référées par l'équipe de Pasteur, ayant développé la résistance aux CAT dans la province de Mondolkiri (une zone 'hyperendémique' pour la diffusion de la résistance) continueront jusqu'à N=50.

#### 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. 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 2nde 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 inhibiteur de protéase (IP) boosté le darunavir/ritonavir, a été retenue en raison de son double avantage : 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. 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

Un travail important de construction de la base de données a été effectué : création de la base socio-comportementale de la cohorte (saisie des auto-questionnaires) ; mises à jour régulières avec les données envoyées par les centres participants ; travail de contrôles de cohérence notamment lors de la fusion avec une partie des données cliniques de l'essai 2-Lady. Pour finir, construction de la base des coûts : récupération de nombreuses informations comptables auprès du laboratoire principal en charge de l'essai clinique 2-lady.

Trois analyses sont prévues : une analyse sur les coûts et la prise en compte de la censure, une analyse sur les trajectoires professionnelles des personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud selon différentes stratégies de traitement, et l'analyse médico-économique.

### 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. 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<sup>de</sup> 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

La collecte des données est actuellement terminée (quantitative, qualitative et biologique). 5 443 patients ont été sollicités, parmi eux 4 995 étaient éligibles à l'enquête et 2 362 ont été tirés au sort. Au final 2 191 patients ont participé à l'enquête dans la région du Centre et du Littoral. Parmi les participants 73% sont des femmes et la médiane d'âge est de 40 ans. 94,5% d'entre eux sont sous ARV. Les premiers tris à plat sont réalisés afin de contrôler et corriger les données. Les fusions de bases des différentes sources de données doivent être réalisées. Les plans d'analyses sont en cours de rédaction.

### 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.

### 3. Sanu Gundo : étude de l'épidémie du VIH-Sida dans les zones aurifères du Mali par l'approche communautaire (contrat d'initiation)

Sigle : ORPAILLAGE

Période : 2015-2016

#### Problématique

La situation démographique et économique particulière créée autour des zones aurifères constitue un grand facteur de vulnérabilité au VIH/SIDA. Il s'agit de zones qui sont exposées à une forte migration nationale et étrangère, constituée le plus souvent de personnes avec des caractéristiques socioéconomiques défavorables. Pour beaucoup de personnes travaillant dans les mines, le déplacement vers les zones aurifères implique la séparation de leurs familles, créant un phénomène de célibat géographique qui entraîne des comportements à risque. Néanmoins, les données concernant la prévalence du VIH/SIDA dans les zones d'orpaillage du Mali restent rares. La convergence des populations "passerelle" sur les sites d'orpaillage souligne la menace importante du VIH/SIDA non seulement en termes de santé publique, mais aussi sur le système économique malien, lequel repose en grande partie sur la production d'or.

#### Objectifs

Ce contrat d'initiation, intitulé Sanu Gundo (signifiant "le secret de l'or"), a deux objectifs : 1) évaluer la faisabilité d'une enquête auprès de la population de travailleurs de mines d'or traditionnelles au Mali (orpailleurs) et de la population ayant une activité autre autour de ces sites d'orpaillage. 2) évaluer l'intérêt d'un essai d'intervention visant le développement de stratégies de prévention des IST/VIH adaptées aux orpailleurs et aux populations gravitant autour des sites d'orpaillage. Ces objectifs s'inscrivent dans un programme de recherche communautaire visant à réduire l'incidence du VIH/SIDA parmi les individus de cette population dont la mobilité géographique importante implique un déplacement plus facile de l'épidémie ("population passerelle"), chez leurs partenaires et dans la population générale. Ce programme de recherche sera organisé en deux temps. Dans une première phase (projet à déposer pour financement à l'ANRS en mars 2016), une enquête transversale permettra non seulement de caractériser les populations passerelles, mais aussi de mieux appréhender leurs besoins en termes de prévention et de prise en charge des IST/VIH dans différents contextes géographiques et économiques. Ensuite, dans une deuxième phase -qui assurera la continuité de la recherche auprès de ces populations au Mali- des stratégies de prévention et de prise en charge seront construites sur les données produites en amont puis évaluées dans le cadre d'un essai d'intervention.

#### Méthodologie

Réunions et recueil d'informations et données de contexte ; Activités de prévention et de dépistage dans les sites pré-sélectionnés par des acteurs communautaires ; Groupes de discussion auprès de : orpailleurs du formel, orpailleurs de l'informel, travailleuses du sexe, autres femmes avec une activité autour des mines, représentants des orpailleurs ; Questionnaire bref avec information sur : caractéristiques individuelles ; activité dans les mines, connaissances à propos des IST/VIH et statut VIH, comportement à risque, acceptabilité de l'étude.

#### Résultats

Les résultats attendus permettront de : déterminer la faisabilité de la mise en place d'enquêtes dans la zone aurifère de la région de Koulikoro et aux autres zones aurifères du Mali ; évaluer l'intérêt d'un essai d'intervention visant le développement de stratégies de prévention des IST/VIH adaptées aux orpailleurs et aux populations gravitant autour des mines d'or ; réaliser un rapport sur le contexte médical et social dans les zones aurifères au Mali en général et sur les données produites lors du contrat d'initiation ; définir la méthodologie pour une enquête en coupe transversale et élaborer les outils d'enquête adaptés d'après les résultats obtenus dans le contrat d'initiation ; rédiger le protocole de recherche communautaire et demande de financement à l'ANRS ; renforcer la collaboration des équipes d'ARCAD-SIDA et de l'UMR912 SESSTIM, ainsi que du partenariat avec les équipes identifiés au Sud et au Nord lors de la réalisation de ce contrat d'initiation.

#### Commanditaires

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

#### Partenaires

ARCAD-SIDA (Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/Sida).

## 4. 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 suivante : 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

La collecte des données de la phase 1 d'acceptabilité et de faisabilité s'est achevée au 31 mai 2014 dans les 2x5 grappes des groupes contrôle et intervention. Au cours de cette première phase, 9 927 personnes ont été contactées et 9 493 ont participé à l'essai. 2 569 adultes infectés par le VIH ont été référés dans une clinique TASP (traitement par la prévention) et 1 304 s'y sont présentés au moins une fois. Le travail de nettoyage des données de la phase 1 est toujours en cours.

Dans la continuité de la phase 1, la phase 2 permettant de répondre au critère de jugement principal de l'étude a été lancée. L'analyse des données de la phase 1 de l'essai est actuellement en cours et s'articule autour de 3 grands axes : le volet économique, les indicateurs psycho-sociaux et l'estimation de la cascade.

### 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.

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

Sigle : CAMBODGE EVAL 2ND LIGNE

Période : 2012-2015

### 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 2nde ligne. L'efficacité, à moyen et long terme, des traitements de 2nde 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 2nde ligne dans ces pays.

### Objectifs

Cette recherche opérationnelle vise à évaluer sur le plan national, l'efficacité des traitements de 2nde 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 2nde lignes au Cambodge, d'identifier les facteurs de risque associés à l'échec des traitements de 2nde ligne ; ii) d'identifier les facteurs de risque individuels et des facteurs structurels liés à la non-observance du traitement chez les patients sous 2nde ligne ; iii) de décrire les profils de résistance aux ARV des patients en échec virologique sous 2nde 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 2nde 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 2nde ligne 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.

### Résultats

Le recueil de données est terminé et 1 353 patients ont été inclus dans les 13 sites participants. Parmi eux, 1 346 ont complété l'ensemble des questionnaires (questionnaire patient, médical J0, médical M1, et les fiches de laboratoire). L'analyse principale de cette étude a permis de montrer l'efficacité de la 2ème ligne de traitement au Cambodge et l'importance de renforcer l'adhérence lorsque la charge virale est détectable pour prévenir les véritables échecs de 2ème ligne. Un abstract a été soumis à la conférence de l'IAS 2015. Par ailleurs, une analyse sur les facteurs individuels et structurels associés à la non observance ou à l'échec est en cours. Les résultats préliminaires indiquent qu'il y a un effet région significatif (Phnom Penh versus hors Phnom Penh). C'est-à-dire que les patients sont moins observants hors Phnom Penh, et qu'il y a un effet "centre" significatif en dehors de Phnom Penh.

### 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.



## 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 : 2011-2015

### Problématique

Ce projet s'inscrit dans la contribution à la compréhension des phénomènes de diffusion / 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, il vise à identifier les processus d'émergence d'espaces et populations à risques 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. Il a obtenu une prolongation d'un an de la part de l'ANR, soit jusqu'au 31 octobre 2015.

### 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 premier 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 de la transmission par la création d'espaces partagés entre hommes, rats et virus.

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, de vecteurs, prélèvements sanguins, sérologies chez l'homme et le rat (arboviroses), isolement de virus, relevés de registres de dispensaires) et sociales (condition d'habitat et modes de vie, politiques d'aménagement, ...) afin d'identifier voies et conditions du passages des virus du rat à l'homme sur des sites illustratifs des espaces colonisés par le rat noir
- Analyse des données à l'aide de systèmes d'informations géographiques, de statistiques multiniveaux et de statistiques bayésiennes.

### Résultats

Distribution actuelle des rats noirs, mobilités humaines, systèmes pathogènes de zoonoses sont identifiés. Les déterminants de la diffusion des rongeurs sont analysés. Les déterminants de l'inégale distribution socio-spatiale des arboviroses sont précisés et la place des réservoirs animaux est étudiée.

L'année 2015 est consacrée à une validation des données biologiques et à la poursuite des analyses de données.

Deux publications sont parues, une soumise à la revue Ecohealth, plusieurs en cours de rédaction, quatre présentations à colloque ont été effectuées. Le colloque de fin de programme est en cours de préparation (semaine du 12 octobre 2015 à Dakar). Il sera valorisé par la production d'un ouvrage collectif.

### 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.

## 2. EBOLA : rumeurs, polémiques et controverses. Perspectives depuis le monde du numérique

Sigle : EBOLA

Période : 2014-2017

### Problématique

L'étude porte sur les processus de circulation et de transformation des informations sur l'épidémie d'Ebola diffusées par les autorités de santé et humanitaires (gouvernementales et ONG, locales et internationales) dans les pays suivants :

- Au Sud : Guinée, Sierra Leone, Côte d'Ivoire
- Au Nord : France, États-Unis, Canada

### Objectifs

L'objectif est de cartographier la "géographie du blâme" dans le monde numérique en temps d'épidémie Ebola.

### Méthodologie

Le recueil des données se fera à partir de trois types de sources:

1. Les médias en ligne, en particulier les articles et billets de blogs associés à des médias reconnus.
2. Des observations "profanes" postées sur les sites des médias, les files de discussions sur des forums spécialisés ou non, et les messages de réseaux sociaux qui commentent les articles de presse. Nous entendons en particulier mettre l'accent sur Twitter, Facebook et Pinterest (qui est largement utilisé pour partager des infographies publiées par les médias).
3. Des données recueillies en population générale par le biais d'enquêtes ethnographiques réalisées par des anthropologues sociaux et médicaux.

### Résultats

Les résultats attendus sont :

- une cartographie de la "géographie du blâme" dans le monde numérique en temps d'épidémie Ebola dans les pays étudiés ;
- des recommandations pour la prise en compte des médias sociaux dans les stratégies de communication des autorités sanitaires et humanitaires face à Ebola, et plus largement face aux risques épidémiques.

### Commanditaires

Institut Thématique Microbiologie et Maladies Infectieuses (IMMI) / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ; Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; IHU Méditerranée Infection.

### Partenaires

Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ; Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ; Institut National de la santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) ; Fondation Maison des Sciences de l'Homme (FMSH) ; Aix-Marseille University ; Metz University ; McGill University ; Hunter / City University of New York.

### 3. Faisabilité d'un projet de recherche sur l'infection par le virus de l'hépatite B en Afrique de l'Ouest (contrat d'initiation)

Sigle : VHB SENEGAL-MALI

Période : 2015-2016

#### **Problématique**

Le Sénégal et le Mali présentent des taux de prévalence de l'infection chronique par le VHB parmi les plus élevés au monde (estimés à 17% et 14% respectivement). Cependant, ces données de prévalence sont parcellaires et non représentatives de la population générale : elles sont essentiellement issues d'études menées dans les grandes métropoles et sur des populations spécifiques (donneurs de sang, femmes enceintes). Aucune étude n'a mesuré l'ampleur de l'infection chronique par le VHB en zone rurale et en population générale, ni ses conséquences sur les conditions de vie des populations. Ces connaissances sont nécessaires afin que les responsables de la lutte contre les hépatites dans ces pays puissent faire des choix de politiques de prévention et de prise en charge adaptés et efficaces.

#### **Objectifs**

L'objectif est d'évaluer la faisabilité d'une enquête transversale sur l'ampleur et les conséquences de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) sur les conditions de vie des personnes atteintes et de leurs ménages en milieu rural et en population générale dans deux pays d'Afrique de l'Ouest à forte endémicité : le Sénégal et le Mali. Les objectifs spécifiques sont : (i) consolider les partenariats avec les autorités nationales de santé, les associations de patients et les soignants impliqués dans la lutte contre les hépatites au Sénégal et au Mali ; (ii) organiser un atelier de travail réunissant les différents partenaires identifiés pour participer à la recherche (au Sénégal dans un premier temps, puis au Mali) ; (iii) discuter des points méthodologiques et éthiques clés liés à la faisabilité de l'étude et discuter avec les autorités de santé de chaque pays des modalités opérationnelles de soins et traitement des personnes diagnostiquées dans le cadre de la recherche (en particulier en ce qui concerne les femmes enceintes et la prévention de la transmission mère-enfant) ; (iv) prendre contact avec les communautés locales et effectuer une enquête qualitative exploratoire sur les représentations des hépatites et les pratiques à risque dans la population.

#### **Méthodologie**

La faisabilité de l'enquête sera d'abord évaluée au Sénégal, à partir : (i) d'une étude exploratoire permettant de documenter précisément la prise en charge actuelle de l'infection par le VHB au niveau national et local afin de proposer un schéma de prise en charge approprié lors de la mise en place de l'étude ; (ii) d'un atelier de travail pour discuter la méthodologie proposée pour la recherche avec les différents acteurs institutionnels, associatifs et scientifiques, et définir ensemble les points méthodologiques clés de la recherche ; (iii) d'une étude qualitative exploratoire dans plusieurs villages pressentis pour participer à l'enquête afin de prendre contact avec les communautés et de documenter les représentations des hépatites et les principaux facteurs de risque de l'infection par le VHB dans ces villages, ainsi que les politiques de lutte contre le VHB mises en place au niveau local. Au Mali, nous adopterons une démarche similaire en utilisant les résultats obtenus au Sénégal, après avoir construit les partenariats nécessaires au bon déroulement de l'enquête, et avoir identifié un site approprié pour le déroulement de l'étude.

#### **Résultats**

Cette étude préparatoire doit permettre d'élaborer un projet de recherche multidisciplinaire, qui contribuera à améliorer les connaissances sur l'épidémie du VHB au Sénégal et au Mali dans deux domaines clés : l'épidémiologie et l'impact économique et de santé publique des hépatites chroniques. Ces connaissances seront utiles aux décideurs politiques nationaux et internationaux afin de définir des politiques de lutte contre le VHB efficaces et adaptées au contexte local.

#### **Commanditaires**

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

#### **Partenaires**

Unité de recherche sur les maladies infectieuses et tropicales émergentes (URMITE), UMR198, Dakar, Sénégal.



### 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 Roch Giorgi.

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. Dans le cadre du projet IPERGAY, après St Louis, Tenon et Croix Rousse, Montréal a été le 4<sup>ème</sup> 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 22 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), quatre workshops ont eu lieu (Amsterdam, novembre 2013, Manchester, avril 2014, Aix-en-Provence, novembre 2014 organisé par l'équipe 3 du SESSTIM, l'AMSE et l'ORS PACA, Newcastle, avril 2015), le prochain aura lieu à Leipzig en novembre 2015.

Le réseau CANWON finance des missions scientifiques de court terme ; à cet effet, un chercheur norvégien, Steffen Torp, sera prochainement accueilli.

- **Réseau européen ERANID**

L'ORS PACA et le SESSTIM sont associés au réseau européen ERANID qui est un ERANET regroupant six pays (Belgique, France, Italie, Royaume-Uni, Pays-Bas et Portugal) dont l'objectif est la rédaction d'un appel à projet pour promouvoir la recherche en SHS sur l'usage de drogues.

- **Projet Européen FRESHER**

Collaboration avec plusieurs équipes européennes et le département santé de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) dans le cadre du projet "FoResight and Modelling for European Health policy and Regulation" (appel d'offre H2020 du Conseil européen de la recherche).

- **Réseau européen EUROCARE**

Collaborations avec le groupe EUROCARE (European Cancer Registry based study on survival and care of cancer patients) qui représente le plus gros projet collaboratif sur l'étude de l'incidence et de la survie des cancers en Europe. Collaborations dans le cadre des projets MESURE (Estimation methods for relative survival) et CENSUR (Challenges in the estimation of net survival) financés par l'ANR.

- **Réseau FRANCIM**

Collaborations avec le FRANCIM (réseau France Cancer Incidence et Mortalité) qui regroupe l'ensemble des registres des cancers français qualifiés par le Comité National des Registres. Collaborations dans le cadre des projets MESURE (Estimation methods for relative survival) et CENSUR (Challenges in the estimation of net survival) financés par l'ANR.

- **Réseau international CENSUR**

Collaboration avec plusieurs équipes françaises, européennes et une équipe au Canada dans le cadre du projet CENSUR (Challenges in the estimation of net survival) financé par l'ANR.

- **MEDSe-PubHealth**

Dans le cadre du projet MEDSe-PubHealth (Mediterranean-South e-Master of Public Health) labellisé Académie d'Excellence 2013 dans le cadre de l'appel à projet Investissements d'Avenir A\*Midex (ANR-11-IDEX-0001-02), nous avons établi un accord de coopération internationale entre l'Université d'Aix-Marseille, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé et le Centre MURAZ du Burkina Faso. Cette coopération concerne le domaine des technologies éducatives, de la formation ouverte et à distance, de la diffusion de l'information scientifique et technique, de la formation à la recherche par la recherche.

- **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](http://www.africacentre.com)).

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

- **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.

- **Centre Hospitalo-Universitaire de La Réunion**

L'équipe est associée au comité de pilotage et au comité scientifique du projet de recherche sur l'identification des barrières au dépistage du cancer du col utérin à la Réunion et des leviers d'amélioration. Ce projet, promu par l'INCA, associe le CHU La Réunion et l'ORS Réunion-Mayotte.

- **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.

- **AMSE GREQAM-UMR 7316, Marseille, France ; Eastern-Mediterranean Regional Office (WHO-EMRO) ; Research Unit CNRST (URAC04), University of Mohammed 1er, Oujda, Morocco ; Departments of Health Promotion & Community Health (Faculty of Health Sciences) & Economics (Faculty of Arts & Sciences), American University of Beirut, Lebanon ; Social Science Research Center, American University of Cairo (SSRC-AUC), Cairo, Egypt ; Institute of Community & Public Health (ICPH), Birzeit University, Palestine ; Unité de Recherche en Economie Appliquée (URECA), Faculty of Economics and Management, University of Sfax ; Université of Tunis El Manar, Tunisia ; Health Economics Research Unit (HERU), University of Aberdeen, Aberdeen, UK.**

Ce réseau de travail nord-sud multidisciplinaire a été mis en place dans le cadre du projet SANTEMED "Mesures et Déterminants des Inégalités de Santé et de Bien-Etre dans les Pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord" qui se propose d'améliorer la métrique et l'analyse des différents aspects des inégalités de santé et d'accès aux soins, en intégrant également une perspective plus large liée au bien-être.

- **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 qui a permis d'aboutir au projet CohMSM accepté par l'ANRS et cofinancé par l'initiative Française 5% (France Expertise).

- **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)**

Dans le cadre des enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors) : membre du groupe de conception des enquêtes 2014-2015, et membre du groupe d'exploitation des enquêtes 2015-2016.

- **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 le dispositif VICAN : enquêtes nationales 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. C'est notre partenaire de référence pour toutes les questions psychosociales, notamment au sein des projets APSEC et IPERGAY.

- **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.

La prochaine journée d'études du GdR sera organisée à Aix-en-Provence par le SESSTIM, l'AMSE et l'ORS PACA en novembre 2015.

- **Groupement de Recherche (GdR CNRS), Statistique et Santé**

L'équipe est associée au GdR Statistique et Santé qui rassemble des statisticiens, biostatisticiens, médecins et biologistes intéressés et motivés par les applications de la statistique dans le domaine biomédical.

- **Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée I**

Un membre de l'équipe est membre du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée I, qui est une instance dont la mission est de veiller à la protection des personnes qui participent à des protocoles de recherches biomédicales. Ce Comité est une personne de droit public qui rend un avis nécessaire pour mettre en œuvre une recherche biomédicale.

- **Chaire Transitions Démographiques-Transitions Économiques, 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 dans le cadre de la constitution du 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 pluriprofessionnelle 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, la Région PACA et l'AGEFIPH**

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 maitres 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 et de maintien dans l'emploi, 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 médecins de prévention, médecins de soins et médecins conseils en région.

- **Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML) / Direction régionale du service médical de l'assurance maladie Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (DRSM)**

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) et du Système d'information régional sur les prescriptions en médecine de ville (Projet SIP Paca médecins de ville).

- **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 et d'offre 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), ICARS (Info Centre des Activités 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". En 2015, l'ORS participera à l'actualisation de ce guide.

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).

L'ORS participe également à une réflexion sur la promotion de la santé au travail réunissant des acteurs régionaux impliqués dans la prévention de la santé au travail, dont le SISTEPACA, et des acteurs de la promotion de la santé du CRES.

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

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

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). Elle collabore de façon active avec AIDES dans le cadre du projet IPERGAY.

D'autre part, AIDES participe à une enquête préliminaire à l'essai clinique buprénorphine injectable (prébupIV), et sera également partenaire dans l'essai clinique bupIV.

- **Médecins du Monde (MDM)**

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

- **ASUD**

L'association ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) a été créée en 1992 afin de promouvoir la réduction des risques auprès des usagers et ex-usagers de drogues et de soutenir toute personne prise en charge par le système sanitaire et social pour des questions relatives à son usage de drogues. A ce titre ASUD est soutenue par les pouvoirs publics et des donateurs privés.

Nous collaborons avec ASUD sur le projet prébupIV et elle sera également partenaire dans l'essai clinique bupIV à travers une participation à l'éducation thérapeutique, à la mobilisation et au suivi des patients. ASUD est également partenaire dans un projet de veille sanitaire auprès des usagers de drogues que nous avons initié en début d'année.

- **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 Elippsa. Le réseau s'est engagé à nous aider à sensibiliser les oncologues aux projets Elippsa, en diffusant notamment auprès des membres du réseau les lettres Elippsa deux fois par an. La participation aux assemblées générales nous permet également de communiquer sur les cohortes.

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 depuis 2014 aux médecins dans le cadre du Développement professionnel continu, en collaboration avec le réseau ONCOPACA Corse. Collaboration en cours pour la formation de cancérologues hospitaliers, assistantes sociales et infirmières d'annonce (Vaucluse 2014-2015).

- **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, 2014 et 2015.

- **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 Elippsa 40 et Elippsa 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 des enquêtes nationales sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique (Dispositif VICAN).

- **Equipes de Protection Maternelle et Infantile de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et équipes des villes de Cannes, Nice et Antibes**

L'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé a collaboré avec les médecins responsables des six services de PMI de la région, les équipes des villes de Cannes, Nice et Antibes qui réalisent des bilans de santé dans les écoles maternelle et des experts dans les domaines de la vision et de l'audition (CHU de Nantes, centre de vision d'Aubagne et CHU de la Timone) pour harmoniser le dépistage des troubles visuels et auditifs chez des enfants âgés de 3 ans et demi à 4 ans et demi inscrits dans les écoles maternelles de la région.

### 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 VESPA2 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 VESPA2
- Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) U1018 INSERM/Université 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 et Cécile Goujard) 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.
- Service d'addictologie et de pharmacologie du Pr Benyamina (Hôpital Paul Brousse, AP-HP) dans le cadre de l'étude STIMAGO.
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York dans le cadre de l'étude STIMAGO.
- Unité Inserm 657, Pharmaco-épidémiologie et évaluation des produits de santé sur les populations, Pr. Hélène Verdoux (Université Bordeaux 2) dans le cadre du projet "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"
- Unité INSERM U1058, Université de Montpellier dans le cadre d'un projet de dépistage VHC chez les UD (projet AcceSud)
- Département d'addictologie, CHRU Montpellier dans le cadre du projet AcceSud
- 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 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 VESPA2), 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 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
- Unité CNRS UMR 7268, Anthropologie bio-culturelle, Droit, Éthique & Santé (ADÉS), AMU-EFS-CNRS Faculté de Médecine de Marseille.
- Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Economie de la Santé LIRAES (EA 4470), Université Paris Descartes.
- Institut de veille sanitaire (InVS), Département des maladies infectieuses, dans le cadre de la dernière enquête presse gay (ANRS-EPGL 2011).
- Institut Paoli Calmettes (Pr Viens, Dr Rousseau, Dr Extra, Dr Camerlot, Dr Ben Soussan, Dr Provensal, Dr Gravis) dans le cadre des cohortes ELIPPSE et du dispositif VICAN.
- Hôpital Européen (Dr Retornaz) dans le cadre des cohortes ELIPPSE et du dispositif VICAN.
- CHU de la Réunion (Dr Huiart, Dr Chirpaz)

- 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 de 2<sup>ème</sup> ligne de traitement en Afrique 2-LADY, l'étude EVOLCAM au Cameroun et le projet de cohorte HSH CohMSM en Afrique.
- Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Louis à Paris pour le projet de prévention pré-exposition IPERGAY
- 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 Recherche de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche (EPS), Paris.
- Service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon- Département Biomaths-Santé, Equipe Biostatistique-Santé UMR CNRS 5558 et Université Claude Bernard Lyon I
- Département d'Epidémiologie en Entreprise, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)
- Registre des cancers de l'Isère
- Registre bourguignon des cancers digestifs
- Registre des hémopathies malignes de Côte d'Or
- Centre Inserm U897 Epidémiologie et Biostatistique de Bordeaux
- Service de cardiologie, insuffisance cardiaque du Pr Habib de l'hôpital de la Timone (AP-HM)
- Service de rythmologie cardiaque du Pr Deharo de l'hôpital de la Timone (AP-HM)
- Service des maladies infectieuses et tropicales du Pr Brouqui de l'hôpital Nord (AP-HM)
- Laboratoire bactériovirologie, hygiène du Pr Raoult de l'hôpital de la Timone (AP-HM)
- Laboratoire de parasitologie du Pr Piarroux de l'hôpital de la Timone (AP-HM)
- 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.
- Faculté de Médecine de Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis
- UMR 198 URMITE (Marseille et 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)
- Department of Psychiatry at the College of Physicians and Surgeons de l'Université de Columbia, New-York.
- University of California San Diego, Department of Medicine, Division of Global Public Health dans le cadre du projet Cosinus
- University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada dans le cadre du projet Cosinus
- 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.
- Institute for Biostatistics and Medical Informatics, Faculty of Medicine, Ljubljana, Slovenia
- Cancer Research UK Cancer Survival Group, Non communicable Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United-Kingdom
- Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill university, Montreal, Canada
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italy

# 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)
- 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)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail : ANSES Recherche et Veille dans le cadre de l'appel à projet PNR EST
- 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 les drogues et les conduites addictives (MILDECA)
- Conseil National des Universités (CNU) sous-section 4604 (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
- 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) : Comité scientifique de l'enquête VICAN 5 (conditions de vie des malades du cancer 5 ans après le diagnostic).
- Conseil d'Administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
- Conseil d'Administration des associations AIDES, COALITION PLUS et SIDACTION
- 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'évaluation des unités de recherche
- Comité scientifique de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES)
- Comité d'expertise d'appels à projet de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité d'expertise d'appels à projet général de l'Agence Nationale pour la Recherche (ANR)
- Comité scientifique d'évaluation de l'appel à projet général de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
- Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée I

- Jury du prix de thèse 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 scientifique des journées du Collège des Economistes de la Santé
- Comité d'expertise du congrès SFSP.
- Comité de rédaction de la revue "Santé Publique"
- Comité de rédaction de la "Revue française de sociologie"
- Comité de rédaction de la revue "Retraite et société"
- Comité de rédaction de la revue "Gérontologie et société"
- 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 de direction d'Aix Marseille School of Economics (AMSE)
- Conseil d'Administration de la Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Conseil scientifique de l'APHM
- Comité de Recherche en Matière Biomédicale et Santé Publique (CRMBSP APhM-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
- Association Bus 31/32
- 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
- Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux PACA

### Appartenance à des Sociétés savantes

- Association des chercheurs de Politique africaine
- Association des épidémiologistes de langues française (ADELF)
- 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)
- Collège des enseignants d'informatique médicale, biomathématiques, méthodes en épidémiologie, statistique (CIMES)
- International AIDS Society
- International Health Economic Association (IHEA)
- International Society of Clinical Biostatistics (ISCB)
- Preference Group Elicitation (PEG)
- Société de médecine et santé au travail PACA-Corse
- Société Française de Radiologie (SFR)
- The International Centre for Science in Drug Policy

### Activité de reviewing d'articles

- Addiction
- Addictive Behaviors
- African Journal of Health Research
- Aids
- Aids Care
- Aids and Behavior
- American Journal of Public Health
- American Journal on Addictions
- BMC Infectious Diseases
- BMC Public Health
- BMJ
- BMJ open
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS
- Drug and alcohol dependence
- Drug and alcohol review
- Economie Publique
- Economie et Statistique
- Economic Bulletin
- European Journal of Health Economics
- European journal of public health
- Experimental and Clinical Psychopharmacology
- Health and Quality of Life Outcomes
- Health Economics
- Health Policy and Planning
- Hepatology
- HIV Clinical Trials
- International Journal of Drug Policy
- International Journal of Health Care Finance and Economics
- International Journal of Health Policy and Management
- International Journal of STD & AIDS
- Journal of Addictive Behaviors Therapy & Rehabilitation
- Journal of AIDS
- Journal of Addiction Research & Therapy
- Journal of Antimicrobial Chemotherapy
- Journal of Health Economics
- Journal of Substance Abuse and Rehabilitation
- Médecine et Maladies infectieuses (MedMal)
- Middle East Development Journal
- Patient Preference and Adherence
- Pharmacoepidemiology and Drug safety
- PLOS ONE
- Retraite et société
- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
- Revue française de sociologie
- Santé Publique
- Sciences sociales et Santé
- Social Science and Medicine
- SpringerPlus
- Statistics in Medicine
- Substance Abuse and Rehabilitation
- Substance Abuse Research and Treatment
- Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy (SATPP)
- Swiss Medical Weekly
- The Eastern Mediterranean Health Journal
- The Lancet
- Value in Health



## Conférences auxquelles l'équipe a participé en 2014

### Au niveau local et national

- 36<sup>ème</sup> Journées des Economistes de la Santé Français - Bordeaux : 04-05 décembre 2014
- Séminaire "Santé des jeunes en Méditerranée" - Marseille : 04-05 décembre 2014
- 1<sup>ère</sup> Semaine de la cancérologie "Comprendre les enjeux et bâtir ensemble la cancérologie de demain" - Paris : 01-04 décembre 2014
- Work Group Meetings and Workshop Costs of cancer and return to work issues - Aix-En-Provence: 13 novembre 2014
- 3<sup>ème</sup> rencontres cancer, sexualité et fertilité - Lyon : 6-7 novembre 2014
- 6<sup>ème</sup> Congrès International d'Épidémiologie - ADELFI – EPITER - Nice: 10-12 septembre 2014
- Colloque ENSECOSS 2014 – Aix-en-Provence : 27-29 août 2014
- 2<sup>nd</sup> Workshop on Non-Market Valuation- Aix-en-Provence: 26 juin 2014
- 13<sup>ème</sup> journées Louis-André Gerard-Varet – Aix-en-Provence : 23-24 juin 2014
- 26<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé"- Paris : 19 juin 2014
- Atelier l'Inserm 229 "Problèmes méthodologiques en médecine personnalisée" Phase I - Bordeaux : 11-13 juin 2014
- Atelier de l'Inserm 227 "Partager des données en sciences biomédicales et de la santé : protection juridique, enjeux éthiques et de gouvernance" Phase II – Toulouse : 11-13 juin 2014
- Consortium PalSud - Séminaire "Mise en commun de bases de données" - Paris : 10 juin 2014
- Colloque : La vie deux ans après un diagnostic de cancer. - Paris, Bibliothèque Nationale de France : 10 juin 2014
- 8<sup>ème</sup> Congrès de l'Albatros "Addictins : de la transversalité aux partenariats" - Paris : 5-6 juin 2014
- Colloque IRESP appel à projets Prévention mi-parcours – Paris : 22 mai 2014
- EQUATOR meeting – Paris : 16 mai 2014
- 25<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé"- Paris : 15 mai 2014
- 8<sup>ème</sup> conférence Francophone d'Epidémiologie Clinique – Bordeaux : 14-16 mai 2014
- 21<sup>ème</sup> journées des statisticiens des centres de lutte contre le cancer –Bordeaux : 14-16 mai 2014
- 7<sup>ème</sup> conférence internationale francophone VIH/HEPATITES AFRAVIH 2014 - Montpellier : 27-30 avril 2014
- 8<sup>ème</sup> congrès de la médecine générale France - Paris : 3-5 avril 2014
- Evaluation et Analyse de la Qualité de Vie en Oncologie Nouveaux Développements Méthodologiques – Montpellier : 3-4 avril 2014
- 2<sup>nd</sup> Scientific Symposium on Health - Marseille: 3 avril 2014
- Atelier de l'Inserm 227 "Partager des données en sciences biomédicales et de la santé : protection juridique, enjeux éthiques et de gouvernance" Phase I – Bordeaux : 24-26 mars 2015
- Séminaire SHARE : impliquer de jeunes chercheurs - Paris : 18 mars 2014
- 24<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé"- Paris : 20 mars 2014
- Séminaire Chaire TDTE "La dépendance, une nouvelle filière ?" – Paris : 20 février 2014
- 1st international symposium on cancer in PWID - Montpellier : 5-7 février 2014
- 3<sup>ème</sup> workshop CoReVac - Paris : 23 janvier 2014
- 20<sup>ème</sup> séance du séminaire de l'IFRH "Enquêtes Handicap-Santé" - Paris : 16 janvier 2014

### Au niveau international

- 8<sup>ème</sup> congrès de l'AFPSA - Liège, Belgique : 15-17 Décembre 2014
- Society for Risk analysis Annual Meeting – Denver, USA: 7-11 décembre 2014
- ENCR Scientific Meeting and General Assembly – Ispra, Italie: 12-14 Novembre 2014
- 12<sup>th</sup> International Conference on Communication in Healthcare (ICCH) – Amsterdam, Pays-Bas: 28 septembre au 1er octobre 2014
- EDGE Jamboree – Copenhague, Danemark: 06-07 septembre 2014
- UNU-WIDER Conference on 'Inequality – measurement, trends, impacts, and policies' - Helsinki, Finlande: 5-6 Septembre 2014
- HDCA 2014 “Human Development in Times of Crisis Renegotiating social justice”- Athènes, Grèce: 02-05 septembre 2014
- 25<sup>th</sup> European Medical Informatics Conference – Istanbul, Turquie: 31 août au 03 septembre 2014
- 35<sup>th</sup> Annual Conference of the International Society for Clinical Biostatistics- Vienne, Autriche: 24-28 août 2014
- 13<sup>th</sup> EASA Biennial Conference “Collaboration, Intimacy & Revolution - innovation and continuity in an interconnected world” - Tallinn, Estonie: 31 juillet au 03 août 2014
- 20<sup>th</sup> International AIDS conference – Melbourne, Australie: 20-25 juillet 2014
- XVIII ISA World Congress of Sociology Registration - Yokohama, Japon: 13-19 juillet 2014
- 10<sup>th</sup> World Congress which will be held jointly by iHEA and ECHE- Dublin, Irlande: 12-17 juillet 2014
- Global Addiction 2014 - Rome, Italie: 24-26 juin 2014
- 15<sup>th</sup> Biennial European Meeting (SMDM)- Anvers, Belgique: 08-10 juin 2014
- The European Human Genetics Conference 2014 (ESHG/EMPAG)- Milan, Italie: 31 mai au 03 juin 2014
- 18<sup>th</sup> International workshop on HIV observational databases – Stiges, Espagne: 27-29 mars 2014
- 5<sup>th</sup> Lancet Palestinian Health Alliance (LPHA) annual Conference - Amman, Jordanie: 17-18 mars 2014
- 12<sup>th</sup> APSA Conference on “Transforming Societies contestations and convergences in Asia and the Pacific” - Chiang Mai, Thaïlande: 15-16 février 2014
- EPAAC WP9 Satellite Meeting “State of art of methods for the analysis of population-based cancer data”- Ispra, Italie: 22-23 janvier 2014
- 3<sup>ème</sup> symposium international multidisciplinaire: jeu excessif "Connaître, prévenir, réduire les risques" - Neuchâtel, Suisse : 15-17 janvier 2014

### Activité d'enseignement

L'équipe ORS-SESSTIM contribue à la formation de part des responsabilités d'enseignements, notamment de niveau Master, et de part la participation aux enseignements universitaires et post-universitaires et aux séminaires. Elle contribue également à la formation à la recherche par la recherche au travers de l'accueil et de l'encadrement d'étudiants en Master (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> 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 2014-2015, 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). Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, spécialité professionnelle "Expertise et Ingénierie des Systèmes d'Information en Santé" (EISIS). Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, spécialité professionnelle "Santé Publique, Société et Développement" (SPSD). Faculté de médecine de la Timone, Aix-Marseille Université
- Master de Santé Publique, 1<sup>ère</sup> année, spécialité "Société, environnement, enjeux sanitaires (SENS)", Aix-Marseille Université
- Filière de spécialisation "Ingénierie statistique des territoires et de la santé", Formation 3<sup>ème</sup> année ingénieur, Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)
- Master d'Epidémiologie, Aix-Marseille Université
- Master Mathématiques appliquées aux sciences sociales, 2<sup>ème</sup> année, parcours "Gestion sociale des risques et de l'environnement : modélisation et analyse", Aix-Marseille Université
- Master Economie Appliquée, 2<sup>ème</sup> 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<sup>ère</sup> année, Institut d'Etudes Politiques d'Aix en Provence
- Master Aix-Marseille School of Economics, 1<sup>ère</sup> année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master spécialité "Economie de l'Environnement", AMSE, Aix-Marseille Université
- Master spécialité "Politiques publiques et développement" de l'Ecole d'Economie de Paris (PSE).
- 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, 2<sup>ème</sup> année, Institut de Formation des Cadres de Santé et Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Master 2 professionnel Etudes et diagnostics sociologiques, Université Nice-Sophia Antipolis
- Master 2, UE Economie de la Santé, Faculté de Pharmacie, Aix-Marseille Université
- Master 2 Maïeutique, UE Pharmacologie, Aix-Marseille Université
- Master 1 Maïeutique, UE Pharmacologie, Aix-Marseille Université
- Master Université de Fribourg (Suisse)
- Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires "Traitement de l'Information Médicale" (TIM), Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires "Informatique et Information Médicale" (IIM), Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires "Initiation aux outils de la décision médicale : Evidence Based Medicine" (EBM), Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Diplôme Inter-Universitaire "CESAM" (Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine et à la Biologie Médicale)
- Licence Economie et Gestion, 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année, Faculté d'Economie et de Gestion, Aix-Marseille Université
- Licence Métiers de la promotion des produits de santé, Aix-Marseille Université
- Licence 2 Maïeutique, UE Pharmacologie, Aix-Marseille Université

- Certificat d'Etudes Universitaires Bioterrorisme et agents contagieux hautement pathogènes, Faculté de Médecine de Marseille
- Certificat d'Etudes Supérieures Universitaires "Biostatistique et méthodologies de base pour la recherche en biologie et en médecine" (BIOMETH), Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Première année commune aux études de santé, Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Université des jeunes chercheurs de Sidaction, formation à la multidisciplinarité dans le cadre de la recherche sur le VIH/sida
- 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, 2014 et 2015
- Diplôme de formation générale en sciences médicales, Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Diplôme de formation approfondie en sciences médicales, Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Capacité d'Orthophonie, Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- Capacité d'Orthoptie, Faculté de Médecine de Marseille, Aix-Marseille Université
- 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 en Sciences Sociales, 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 aux Méthodes Statistiques, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Jacques, Marseille
- Formation à l'Economie de la Santé, Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Gérontologique Départemental, Marseille
- Formation Continue de l'Ecole Nationale de la Magistrature, Intervention sur les Addictions, organisée par la Mildeca
- 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 en 2014 et 2015.
- 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 2014-2015 au sein de la plateforme ORS-SESSTIM :

### THÈSES SOUTENUES

- Nathalie GRAFFEO, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 12 décembre 2014  
Thèse : Méthodes d'analyse de la survie nette : utilisation des tables de mortalité, test de comparaison et détection d'agrégats spatiaux  
(directeur de thèse : Pr R. Giorgi, Aix-Marseille Université)
- Albert LEGRAND FOSSO, Université Catholique de l'Afrique Centrale  
Doctorat 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)
- Nicolas LORENTE, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 11 juillet 2014  
Thèse : Diversifier l'offre de dépistage du VIH à destination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : un élément essentiel de la prévention combinée  
(directeur de thèse : B. Spire, Inserm)
- Fadimatou MOUNSADE KPOUNDIA, Aix-Marseille Université  
Doctorat 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)
- Noël Solange NGO YEBGA, Aix-Marseille Université  
Doctorat d'anthropologie. Date de soutenance : 17 mars 2015  
Thèse : Expériences et normes liées à la procréation au Cameroun. Une ethnographie locale à partir de l'exemple du recours à l'avortement à Eséka et à Maroua.  
(directeur de thèse : L. Vidal, IRD)
- William Brinson WEEKS, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Sciences Economiques. Date de soutenance : 20 mars 2015  
Thèse : Geographic variation in the supply and utilization of hospital services: economic motives and policy implications.  
(directeur de thèse : B. Ventelou, GREQAM-IDEP)

### THÈSES DE DOCTORAT EN COURS

- Ali BEN CHARIF, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2016  
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)
- Hélène CARRIER, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2017  
Thèse : Prise en charge par les médecins généralistes des patients atteints de multiples maladies chroniques.  
(directeurs de thèse : P. Verger, ORS ; P. Villani, AP-HM)
- Ludovic CASANOVA, Aix-Marseille Université  
Doctorat en Recherche Clinique et Santé Publique. Date de soutenance : 2017  
Thèse : Efficacité de la vaccination antigrippale saisonnière chez les sujets diabétiques.  
(directeurs de thèse : P. Verger, ORS ; P. Villani, AP-HM)
- Mégane MERESSE, Aix-Marseille Université  
Doctorat 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

- Nicolas BERNABEU, Interne en santé publique
- Christelle TONG, Interne en santé publique

### MASTERS, LICENCES

- Caroline ALLEAUME, Master 2RP Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Najah AISSAOUI, M2 Sciences pharmaceutiques, Faculté de Pharmacie, Aix-Marseille Université
- Chafia AZZOUG, M2 Méthodes Quantitatives et Econométriques pour la Recherche en Santé (MQERS), Aix-Marseille Université
- 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
- Antoine BESSOU, Elève Ingénieur ENSAI (2<sup>ème</sup> année)
- Yasser Chaouki BOUKLOUCH, Master santé publique. Spécialité épidémiologie, Aix-Marseille Université
- Fodé Aboubacar CAMARA, Master santé publique, société et développement, Aix-Marseille Université
- Victor CHAMPONNOIS, Master1 Sciences économiques, Aix-Marseille Université
- Fanny COLLANGE, Mastère spécialisé de santé publique, Conservatoire national des arts et métier, Paris
- Boni Armand ELEGBE, Master 2RP Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Mehdi KADDAR, Elève Ingénieur ENSAI (2<sup>ème</sup> année)
- Mahmoud MOHAMED, Master 2RP Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Florent MOINEAU, Master 2RP Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Ali Mohamed NASSUR, Master1 Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- El Hadji Malick Lam NDIAYE, M2 Structures et dynamiques spatiales, Université d'Avignon
- Marie Libérée NISHIMWE, Elève ingénieur ENSAI (3<sup>ème</sup> année)
- Manon OLARIA, Master1 Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Meziane SAIDI, Elève Ingénieur ENSAI (2<sup>ème</sup> année)
- Manoj SASIKUMAR, M2 Sciences économiques, AMSE
- Yannick Franck TELDE MBE, Master Santé publique, Aix-Marseille Université
- Paul TORRANO, Master1 Mathématiques appliquées aux sciences sociales (MASS), Aix-Marseille Université
- Maria UVAROVA, Elève Ingénieur ENSAI (2<sup>ème</sup> année)
- Andrea ZANIN, Master1 Sciences économiques, Aix-Marseille Université
- Anna ZAYTSEVA, Master1 Sciences économiques, Aix-Marseille Université



## 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, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 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, Social et Environnemental Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Membres du Bureau  
**M. Philippe Brun**  
Collectif Inter associatif Sur la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Dr Laurent Sauze**  
Directeur délégué aux politiques régionales de santé, Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Dr Robert Solé**  
Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Chirugiens-dentistes

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

### **MEMBRES D'HONNEUR**

M. le Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant

M. le Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou son représentant

### Premier Collège (17 membres)

*Représentants des Assemblées Régionales, des Administrations et des Institutions intervenant dans le domaine sanitaire*

#### **4 membres au titre de l'Etat**

- Agence Régionale de Santé (ARS Paca)
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE Paca)
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS Paca)
- Rectorat Académie Aix-Marseille

#### **2 membres au titre des Organismes de Sécurité Sociale**

- Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Sud-Est (CARSAT-SE)
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

#### **4 membres au titre des Universités / Facultés**

- Université d'Aix-Marseille
- Université de Nice
- Faculté de Médecine de Marseille
- Faculté de Médecine de Nice

#### **1 membre au titre des Organismes de recherche bio-médicale**

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM Paca)

#### **5 membres au titre du Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur**

#### **1 membre au titre du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional**

### Deuxième Collège (17 membres)

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

#### **1 membre au titre des Etablissements hospitaliers publics**

- Fédération Régionale Paca - Fédération Hospitalière de France

#### **1 membre au titre des Etablissements hospitaliers privés**

- Syndicat Régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée du Sud-Est

#### **2 membres au titre de l'Union régionale des professions de santé**

- Union régionale des professionnels de santé Médecins Libéraux
- Union régionale des professionnels de santé Chirurgiens-dentistes

### **7 membres au titre des Associations du secteur sanitaire et social**

- Centre interRégional d'Etude, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation (CREAI)
- Collectif Inter associatif sur la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CISS Paca)
- Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES)
- Croix Rouge Française (CRF), Délégation régionale Paca
- Dispositif Régional d'Observation Sociale Paca (DROS)
- Union Régionale des Associations Familiales (URAF)
- Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)

### **1 membre au titre de la Mutualité**

- Mutualité Française Provence-Alpes-Côte d'Azur

### **1 membre au titre de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Marseille**

### **4 membres au titre des Confédérations syndicales**

- Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres (CFE-CGC)
- Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) - Union Régionale
- Confédération Générale du Travail (CGT)
- Fédération Syndicale Unitaire (FSU)

### **MEMBRES CONSULTANTS**

- Dr Alain Bourdon, Cardiologue, Médecin Libéral
- M. Philippe Guy, Président de l'Observatoire Régional des Métiers (ORM)



## L'équipe sur le site ORS-SESSTIM au 31 mars 2015

### Direction

GIORGI Roch (responsable du groupe de travail "Méthodes quantitatives - Traitement de l'information médicale")  
Médecin de Santé Publique, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
Directeur de l'UMR912 SESSTIM  
Tél: 04 91 32 46 00  
roch.giorgi@ap-hm.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 (responsable du groupe de travail "Vaccination")  
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

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  
Tél: 04 91 59 89 10  
zohra.gorine@inserm.fr

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

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

MEBARKI Bilel  
Infographiste  
Tél: 04 91 59 89 28  
bilel.mebarki@inserm.fr

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

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

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

KURKDJJI Patrick  
Technicien d'étude  
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 96 10 28 60  
marc-karim.bendiane@inserm.fr

REY Dominique  
Médecin épidémiologiste  
Chargée de recherche ORS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 60  
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 d'équipe**

SPIRE Bruno (responsable du groupe de travail "VIH, hépatites, recherche communautaire")  
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 (responsable du groupe de travail "Conduites et comportements à risque, comportements d'addiction")  
Biostatisticienne  
Ingénieur de recherche INSERM  
Tél: 04 96 10 28 75  
Pmcarrieri@aol.com

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

ORSI Fabienne  
Economiste  
Chargée de recherche IRD  
Tél: 04 96 10 28 84  
fabienne.orsi@ird.fr

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

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

### Doctorant(s)

COULAUD Pierre-Julien  
Doctorant en santé publique  
Bourse ANRS  
Tél: 04 96 10 28 82  
pj1188@hotmail.com

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 d'équipe

VENTELOU Bruno (responsable du groupe de travail "Médecine générale")  
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 62  
mohammad.abu-zaineh@inserm.fr

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

BOUSMAH Marwân-al-Qays  
Economètre  
Ingénieur de recherche  
Tél: 04 96 10 28 62  
marwan-al-qays.bousmah@univ-amu.fr

COLLANGE Fanny  
Epidémiologiste  
Ingénieur de recherche  
Tél: 04 91 59 89 14  
fanny.collange@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 (responsable du groupe de travail "Médecine personnalisée : cancers, autres pathologies")  
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

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

### Doctorant(s)

CARRIER Hélène  
Doctorante en santé publique  
Tél: 04 91 59 89 00  
helene.carrier@inserm.fr

CASANOVA Ludovic  
Doctorant en santé publique  
Tél: 04 91 59 89 00  
ludovic.casanova@inserm.fr

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

TISON Aurélia  
Doctorante en sciences économiques  
Tél: 04 91 59 89 08  
aurelia.tison@inserm.fr

TREIBICH Carole  
Doctorante en économie  
Tél: 04 91 59 89 26  
caroletreibich@gmail.com

### Plateforme d'analyses statistiques

#### Responsables d'équipe

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

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

#### Ingénieurs référents

DAVIN Bérengère  
Economiste  
Chargée de recherche ORS  
Tél: 04 91 59 89 26  
berengere.davin@inserm.fr

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

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

#### Composition de l'équipe

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

DEMOULIN Baptiste  
Statisticien  
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 73  
baptiste.demoulin@inserm.fr

FRESSARD Lisa  
Statisticienne  
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM  
Tél: 04 91 10 28 72  
lisa.fressard@inserm.fr

GOSSET Andréa  
Statisticienne  
Ingénieur d'étude  
Tél: 04 96 10 28 70  
lisa.fressard@inserm.fr

LESCHER Sabine  
Statisticienne  
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM  
Tél: 04 91 10 28 72  
sabine.lescher@inserm.fr

VILOTITCH Antoine  
Statisticien  
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM  
Tél: 04 96 10 28 71  
antoine.vilotitch@inserm.fr

### **Plateforme de gestion de bases de données**

#### **Responsable d'équipe**

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

#### **Composition de l'équipe**

CATTIN Grégoire  
Gestionnaire de bases de données  
Technicien ORS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 12  
gregoire.cattin@inserm.fr

CHEMINAT Olivier  
Gestionnaire de bases de données  
Ingénieur d'étude ANRS/INSERM  
Tél: 04 91 59 89 13  
olivier.cheminat@inserm.fr

### Plateforme d'enquêtes

#### Responsable 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 83  
stephanie.alcala@inserm.fr

FALL Marie  
Technicienne d'enquête  
Tél: 04 96 10 28 85  
marie.fall@inserm.fr

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

## Publications 2014

- How do supply-side factors influence informal payments for healthcare? The case of HIV patients in Cameroon  
Kankeu, HT., Boyer, S., Fodjo-Toukam, R., Abu-Zaineh, M.  
Int J Health Plann Manage., 2014 : doi: 10.1002/hpm.2266.
- Attitudes toward vaccination and the H1N1 vaccine: poor people's unfounded fears or legitimate concerns of the elite?  
Peretti-Watel, P., Raude J., Sagaon Teyssier, L., Constant A., Verger, P., Beck, F.  
Social Science and Medicine, 2014 (109) : 10-18
- Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer.  
Peretti-Watel, P., Seror, V., Verger, P., Guignard, R., Legleye, S., Beck, F.  
Addictive Behaviors, 2014 : 1304-1310
- Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives.  
Tarantini, C., Gallardo, L., Peretti-Watel, P.  
Sociologie, 2014 : 139-155
- Healthcare workers of French Ebola Referral Health Care Centers talk about their preparedness feeling.  
Tarantini, C., Peretti-Watel, P., Yazdanpanah, Y., Guery, B., Chidiac, C., Rapp, C., Brouqui, P.  
New Microbes and New Infections, 2014
- Pauvreté, "présentisme" et prévention  
Tarantini, C., Vergély, C., Peretti-Watel, P.  
Temporalités, 2014 : 19
- Cancer et environnement : perceptions de la population à partir des enquêtes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.  
Menard, C., Beck, F., Peretti-Watel, P.  
Environnement, Risques & santé, 2014 : 312-317.
- Trends in excess mortality in follicular lymphoma at a population level  
Mounier, M., Bossard, N., Belot, A., Remontet, L., Iwaz, J., Dandoit, M., Girard-Boulanger, S., Herry, A., Woronoff, A-S., Casasnovas, R-O., Maynadié, M., Giorgi, R. FRANCIM Network MESURE Working Survival Group  
Eur J Haematol, 2014
- Syndromic (phenotypic) diarrhoea of infancy/tricho-hepato-enteric syndrome  
Fabre, Alexandre, Breton, A., Coste, ME., Colomb, V., Dubern, B., Lachaux, A., Lemale, J., Mancini, J., Marinier, E., Martinez-Vinson, C., Peretti-Watel, P., Perry, A., Roquelaure, B., Venaille, A., Sarles, Jacques, Goulet, O., Badens, C.  
Arch Dis Child, 2014 (99(1)) : 35-8
- HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging approach to establish priority prevention interventions  
Roux, P., Sagaon Teyssier, L., Lions, C., Fugon, L., Verger, P., Carrieri, M. P.  
BMJ Open, 2014
- 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, 2014 (25(1)) : 166-70
- Acute and Long- Term Effects of Cannabis Use : A Review  
Karila, L., Roux, P., Rolland, B., Benyamina, A., Reynaud, M., Aubin, H. J., Lancon, C.  
Curr Pharm Des, 2014 (20(25)) : 4112-8

- Reevaluation of the Risk of Fetal Death and Malformation after Q Fever  
Million, M., Roblot, F., Carles, D., D'Amato, F., Protopopescu, C., Carrieri, M. P., Raoult, D.  
*Clin. Infect. Dis.*, 2014 (59(2)) : 256-260
- Factors associated with the use of rapid antigen diagnostic tests in children presenting with acute pharyngitis among French general practitioners  
Michel-Lepage, A., Ventelou, B., Verger, P., Pulcini C  
*Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 2014 (33(5):723-8) : doi: 10.1007/s10096-013-2003-9
- Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer.  
Peretti-Watel, P., Seror, V., Verger, P., Guignard, R., Legleye, S., Beck, F.  
*Addict Behav.*, 2014 (39(9)) : 1304-1310
- Wealth, Health, and the Measurement of Multidimensional Inequality: Evidence from the Middle East & North Africa  
Abu-Zaineh, M., Abul Naga, R.  
*Emerald publications*, 2014 : 421-39
- Fairness in health care finance and delivery: What about Tunisia?  
Abu-Zaineh, M., Chokri, A., Habiba, B.R., Ventelou, B., Moatti, J. P.  
*Health Policy and Planning*, 2014 (29) : 433-442
- How do supply-side factors influence informal payments for health care: The case of HIV-patients in Cameroon  
Tchewonpi, K.H., Boyer, B., Toukam, R.F., Abu-Zaineh, M.  
*International Journal of Health Planning and Management*, 2014 (DOI: 10.1002) : 2266
- Validity of self-reported vaccination status among French healthcare students  
Loulergue, P., Pulcini C, Massin, Sophie., Bernard, M, Fonteneau, L., Levy-Bruhl, D., Guttman, A, Launay, O.  
*Clin Microbiol Infect*, 2014 (doi: 10.1111) : 1469-0691
- Correlates of general practitioners' recommendations to patients regarding vaccination for the 2009-2010 pandemic influenza (A/H1N1) in France: implications for future vaccination campaigns. *Vaccine*  
Flicoteaux, R., Pulcini C, Carrieri, M. P., Schwarzinger, M., Lepout, C., Verger, P.  
*Vaccine*, 2014 (doi: 10.1016) : 2281-7
- Geographic variation in rates of common surgical procedures in France in 2008-2010, and comparison to the US and Britain  
Weeks, WB., Paraponaris, A., Ventelou, B.  
*Health Policy*, 2014
- Relation Avec Le Système de Soins : Choix Des Traitements, Interaction Avec Les Soignants et Recherche D'informations  
Peretti-Watel, P., Pourcel, G., Protiere, C., Seror, V.  
*INCa*, 2014 : 102-17
- Difference in cytokine production and cell cycle progression induced by Epstein-Barr Virus LMP1 deletion variants in KMH2, a Hodgkin lymphoma cell line: implications for tumor development  
Sueur, C., Lupo, J., Mas, P., Morand, P., Boyer, V.  
*Virology J.*, 2014 (11(1):94)
- HIV and pregnancy: 2013 guidelines from the French expert working group  
Mandelbrot, L., Berrebi, A., Matheron, S., Blanche, S., Tubiana, R., Rouzioux, C., Faucher, P., Partisani, M., Boyer, V., Taeron, C., Faye, A., Bujan, L., Dabis, F., Warszawski, J., Morlat, P.  
*J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2014 (43(7)) : 534-48

- Geographic variation in admissions for knee replacement, hip replacement, and hip fracture in France: evidence of complementarity of supplier-induced demand in for-profit and not-for profit hospitals  
Weeks, WB., Jardin, M., Dufour, Jean-Charles, Paraponaris, A., Ventelou, B.  
Medical Care, 2014
- Tobacco Smoking in HIV-Infected versus General Population in France: Heterogeneity across the Various Groups of People Living with HIV  
Tron, L., Lert, F., Spire, B., Dray-Spira, R.  
PloS One, 2014 (9(9):e107451) : doi: 10.1371
- Factors associated with HCV risk practices in methadone-maintained patients: the importance of considering the couple in prevention interventions  
Roux, P., Lions, C., Michel, L., Mora, M., Daulouede, JP., Marcellin, F., Spire, B., Morel, A., Carrieri, M. P.  
Subst Abuse Treat Prev Policy., 2014 (10;9(1):37)
- Delayed HIV diagnosis of HIV infection and initiation of antiretroviral therapy in a large European collaboration: inequalities by level of educational level, Cohere in EuroCoord  
Lodi, S., Dray-Spira, R., Touloumi, G., Braun, D., Teira, R., D'Arminio Monforte, A., Gallois, A., Zangerle, R., Spire, B., Dabis, F., Stahelin, S., Termote, M., Kirk, O., Chene, G., Egger, M., DelAmo, J.  
Aids, 2014
- 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 (vol. 24) : 298 303, 2014
- Frequency and Correlates of late presentation for HIV infection in France: older adults are a risk group  
D'Almeida, C., Wilson, K., Dray-Spira, R., Aubriere, C., Hamelin, C., Spire, B., Lert, F.  
AIDS Care, 2014 : 83-93
- Bénéfices des trithérapies à comprimé unique (STR) vs schémas non- STR chez des patients VIH naïfs et prétraités : analyse à 3 mois de la cohorte française STORY  
Gras, G., Duvivier, C., Landman, R., Spire, B., Lacombe, K., Ravaux, I., Jacob, A.  
Med Mal Infect, 2014 (44(6S)) : 90-91
- High levels of alcohol consumption increase the risk of advanced hepatic fibrosis in HIV/HCV-coinfected patients: a gender analysis using transient elastography at enrollment in the HEPAVIH ANRS CO13 cohort  
Marcellin, F., Roux, P., Loko, M. A., Lions, C., Caumont-Prim, A., Dabis, F., Salmon, D., Spire, B., Carrieri, M. P.  
Clin. Infect. Dis, 2014 : 525
- Comparison of risk factors in HIV-infected men who have sex with men, co-infected or not with hepatitis C virus (ANRS VESPA2 French cross-sectional national survey).  
Marcellin, F., Lorente, N., Desmoulins, B., Carrieri, M. P., Suzan-Monti, M., Roux, P., Lert, F., Sagaon Teyssier, L., Dray-Spira, R., Spire, B.  
Sex Transm Infect, 2014 : 2014-051542
- Low alcohol consumption as a predictor of higher CD4+ cell count in HIV-treated patients: a French paradox or a proxy of healthy behaviors?  
Carrieri, M. P., Protopopescu, C., Raffi, F., March L, Reboud P, Spire, B., Leport, C.  
J Acquier Immune Defic Syndr, 2014 (65(4) ) : 148-50

- Patterns of adherence to antiretroviral therapy and HIV drug-resistance over time in the Stratal ANRS 12110/ESTHER trial in Cameroon  
 Meresse M., March L, Kouanfack, C., Bonono, R. C., Boyer, S., Laborde-Balen, G., Aghokeng, AF., Suzan-Monti, M., Delaporte, E., Spire, B., Carrieri, M. P., Laurent, C.  
 HIV Med, 2014 (15(8)) : 478-87
- HIV-1 DNA levels in peripheral blood mononuclear cells and cannabis use are associated with intermittent HIV shedding in semen of men who have sex with men on successful antiretroviral regimens  
 Ghosn, J., Delobelle, A., Blanche, J., Leruez-Ville, Marianne., Beaudoux, C., Mascard, Laurence., Lecuyer, H., Canestri, A., Landman, R., Zuckman, D., Ponscarne, D., Rami, A., VIARD, JP., Spire, B., Costagliola, D., Rouzioux, C., Suzan-Monti, M.  
 Clin. Infect. Dis, 2014 (58(12)) : 1763-70
- Risk factors for adherence failure in HIV-infected sub-Saharan migrants living in France and traveling back to their native country  
 Abgrall, S., Fugon, L., Lele, N., Carde, E., Bentata, M., Patey, O., Khuong, MA., Spire, B., Bouchaud, O., Carrieri, M. P.  
 Int J STD AIDS, 2014 (25(5)) : 389-90
- Health-related quality of life of people living with HIV followed-up in hospitals in France: comparing trends and correlates between 2003 and 2011  
 Douab, T., Marcellin, F., Vilotitch, A., Protopopescu, C., Preau, M., Suzan-Monti, M., Sagaon Teyssier, L., Lert, F., Carrieri, M. P., Dray-Spira, R., Spire, B.  
 AIDS Care, 2014 : 29-40
- Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: Results from the ANRS-Vespa2 study  
 Mariscano, E., Dray-Spira, R., Lert, F., Aubriere, C., Spire, B., Hamelin, C.  
 AIDS Care, 2014 : 97-106
- Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives  
 Tarantini, C., Gallardo, L., Peretti-Watel, P.  
 Sociologie, 2014 (5, n° 2) : 139-155
- Pauvreté, "présentisme" et prévention  
 Tarantini, C., Vergély, C., Peretti-Watel, P.  
 Temporalités, 2014 (n° 19) : 2832
- Predictors of Non-Adherence to Methadone Maintenance Treatment in Opioid-Dependent Individuals: Implications for Clinicians  
 Roux, C., Lions, C., Michel, E., Cohen, J., Mora, M., Marcellin, F., Spire, B., Carrieri, M. P., Karila, L.  
 Curr Pharm Des, 2014 (20(25)) : 4097-105
- Impact of HCV treatment and depressive symptoms on adherence to HAART among co-infected HIV-HCV patients: results from the ANRS-CO13-HEPAVIH cohort  
 Roux, C., Lions, C., Cohen, J., Winnock, M., Salmon-Ceron, D., Bani Sadr, F., Sogni, P., Spire, B., Dabis, F., Carrieri, M. P.  
 Antivir Ther, 2014 (19(2)) : 171-8
- Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone treatment: an attributable-risk approach  
 Lions, C., Carrieri, M. P., Michel, E., Mora, M., Marcellin, F., Morel, A., Spire, B., Roux, P.  
 Drug and Alcohol Dependence, 2014 : 135:1-8
- L'impact du cancer sur le revenu des ménages.  
 Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Seror, V., Tison, A.  
 In "La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer", collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 : pp. 240-265

- La situation professionnelle deux ans après le diagnostic de cancer.  
Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Seror, V., Tison, A.  
In "La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer", collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 : pp. 266-294
- Impact du cancer sur les trajectoires professionnelles : une approche par l'analyse des durées.  
Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Seror, V., Tison, A.  
In "La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer", collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 : pp. 296-323
- Les arrêts de travail après un diagnostic de cancer.  
Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Seror, V.  
In "La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer", collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 : pp. 324-346
- Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers  
Massin, Sophie., Paraponaris, A., Bernhard, M., Verger, P., Cavillon, M., Mikol, F., Ventelou, B.  
2014, DREES-Etudes et Résultats : n°873

