

Protocole de l'étude :

« Le diabète de type 2 chez les personnes fréquentant les centres d'hébergement d'urgence »

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Etat des connaissances sur le diabète et les populations précaires

En France métropolitaine, la prévalence du diabète de type 2 (non insulino-dépendant¹) traité pharmacologiquement est de 3%². Les complications liées au diabète sont graves et responsables de séquelles lourdes et invalidantes, en particulier les complications microvasculaires de rétinopathies et néphropathies, qui sont très liées à la fois à la durée du diabète, au contrôle glycémique et à celui des autres facteurs de risque cardio-vasculaire. La mortalité des diabétiques est plus élevée que celle des sujets non diabétiques du même âge.

Les données disponibles permettent d'évaluer à 1% la prévalence du diabète méconnu en France métropolitaine. De plus, 30% des cas nouvellement diagnostiqués ont un retard de diagnostic qui se traduit par la présence de symptômes (25%) ou celle de complications (5%). Ce retard est confirmé par un âge moyen au diagnostic plutôt tardif, estimé à 57 ans.

Ainsi depuis novembre 2001, le diabète de type 2, qui représente environ 90% de l'ensemble des diabètes sucrés, est devenu un problème majeur de santé publique faisant l'objet d'un programme national d'actions de prise en charge et de prévention.

S'il n'y a pas de maladies spécifiques à la pauvreté, la population des personnes en grande précarité présente, par rapport à la population générale, une prévalence plus élevée d'un certain nombre de pathologies chroniques du fait de comportements de santé et de conditions de vie en lien avec leur situation sociale³.

En plus de cumuler les facteurs de risque, ces personnes présentent donc des pathologies à un stade plus avancé que les autres en raison de leurs modalités de recours aux soins, caractérisées le plus souvent par une démarche curative (et non préventive) et tardive (recours aux urgences hospitalières)⁴.

Ainsi leur suivi médical est plus difficile avec souvent une absence de dépistage et un retard de diagnostic responsables de la surmortalité observée dans cette population.

De plus, les différentes addictions de cette population, et particulièrement l'alcoolisme, sont d'importants facteurs d'aggravation de la morbidité et de la mortalité en général.

¹ Le diabète de type 2 se définit par un groupe d'affections métaboliques caractérisées par la présence d'une hyperglycémie chronique. Celle-ci résulte d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles, ou de l'association des deux.

² Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. *Diabetes and Metabolism*, 2000, 26, 11-24.

³ Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar., 2000, Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris. In Marpsat M. et Firdion JM., La rue et le foyer. Paris, PUF-INED.

⁴ B de la Rochère, 2003, La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. INSEE Première, n°893.

A cela s'ajoute le fait que la proportion de migrants parmi les personnes en situation de précarité est plus forte que celle en population générale, alors que ces personnes sont génétiquement plus à risque de diabète.

Enfin, il a été montré que la morbidité et la mortalité liées au diabète sont plus élevées dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées⁵.

C'est pourquoi l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) préconise un dépistage communautaire du diabète ciblé sur les sujets en situation de précarité, avec ou sans marqueur de risque associé⁶.

Par ailleurs, des études ont prouvé que des modifications du mode de vie associées à une médication peuvent réduire la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète. Ainsi, il n'y a pas que le dépistage du diabète lui-même qui est important, mais également l'identification précoce des personnes à risque de diabète.

De plus, une fois le diabète diagnostiqué, une autorégulation de la glycémie, un régime alimentaire particulier et une compliance au traitement permettent de limiter les complications.

Or, d'une part, le régime des sans-abri est souvent riche en graisses saturées et cholestérol, et pauvre en certains nutriments essentiels⁷, rendant ainsi difficile le contrôle du diabète et de l'hypertension artérielle, facteur de risque de la maladie. Des études antérieures ont également rapporté l'association entre un faible contrôle glycémique et/ou des complications du diabète et un faible statut socio-économique⁸.

D'autre part, concernant l'observance au traitement dans cette population, il a déjà été mis en évidence que la vie à la rue produit une déstructuration du rapport au temps. Les capacités de gestion individuelles et d'organisation du quotidien sont perturbées par la nécessité première de s'assurer un hébergement pour la nuit et par d'autres problèmes qui repoussent au second plan « le souci de soi »⁹. Ainsi des traitements trop contraignants sont souvent abandonnés d'autant plus lorsqu'ils sont à vie. Les problèmes d'addiction, alcool et drogue, très prévalents dans cette population, sont également associés à une mauvaise compliance.

L'ensemble de ces observations laisse supposer un niveau de prévalence plus élevé de diabétiques, diagnostiqués ou non, que dans la population générale.

L'importante proportion de personnes diabétiques connues un jour donné dans les centres d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers (environ 11% dont la moitié est insulino-traitée)¹⁰ semble aller dans ce sens bien qu'elle soit surestimée du fait du type de la structure d'accueil.

En parallèle, la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants et insulino-requérants semble poser de gros problèmes de gestion pour les centres avec soins infirmiers, puisqu'un individu ne sachant pas gérer son diabète de manière autonome ne peut pas être humainement remis à la rue. Cette situation bloque ainsi des lits pour de longue durée remettant en cause la fonction première de ce type de centre.

⁵ Péquino F, Jougl E, Le Toulec A. Mortalité attribuée au diabète en France. *BEH* 2002 ; 20-21:91.

⁶ Principes de dépistage du diabète de type 2. ANAES/Service évaluation des technologies et service évaluation économique/ février 2003.

⁷ Darmon N, Coupel J, Deheeger M, Briand A. Dietary inadequacies observed in homeless men visiting an emergency night shelter in Paris. *Public health nutrition*, 2001, 4(2), 155-161.

⁸ Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus : a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Revn*, 2004, 26:63-77.

⁹ Joubert M. Lien social et santé : des approches sociologiques et épidémiologiques. In : Chauvin P, Parizot I, Revet S. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris : Editions Inserm, p.61-71, 2005.

¹⁰ N=164, données personnelles du Samusocial de Paris, novembre 2005.

A travers ces faits, il est apparu intéressant d'utiliser une action de dépistage du diabète pour identifier, dans une population de sans-abri, le pourcentage de personnes diabétiques connues, le pourcentage de personnes ayant un diabète non diagnostiqué et le pourcentage de celles à fort risque de diabète.

Ceci permettrait également de décrire les caractéristiques des personnes nouvellement dépistées et d'évaluer les modalités de la prise en charge du diabète chez les personnes déjà diagnostiquées.

Il serait également intéressant de contrôler les glycémies des personnes atteintes de diabète insulino-traité, de voir comment ces dernières gèrent leur maladie et comment elles sont prises en charge malgré leurs conditions de vie.

Il s'agit là d'une véritable recherche-action susceptible de déboucher sur des recommandations concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge du diabète sucré dans une population à priori à plus fort risque.

Cette enquête est réalisée grâce au partenariat financier avec le Laboratoire Sanofi-Aventis France, et au partenariat logistique et technique avec le Laboratoire d'analyses biologiques Pasteur-Cerba.

1.2. Modalités du dépistage

Pour un dépistage communautaire du diabète ciblé sur les personnes en situation de précarité l'ANAES préconise un test de glycémie veineuse à jeun au laboratoire ou une mesure de la glycémie par prélèvement capillaire.

L'American Diabetes Association (ADA), quant à elle, ne recommande pas l'utilisation du lecteur de glycémie pour le diagnostic du diabète et doute de son utilité concernant le dépistage en population¹¹ ; ceci en raison de l'imprécision des lecteurs de glycémie et de la variabilité entre les différents appareils mise en évidence dans les différentes données publiées.

Néanmoins, bien que le seuil optimal de positivité n'ait pas encore été déterminé, les résultats sont en effet assez favorables, proches de ceux de la glycémie à jeun. Ils restent cependant très variables, dépendant des populations étudiées et des seuils pris en compte (la sensibilité variant de 43% à 83% selon les études). C'est pourquoi, l'ANAES recommande que des études pilotes portant sur l'évaluation de la performance de la glycémie capillaire au hasard dans un contexte de dépistage soient réalisées.

Nous proposons donc, de réaliser une partie de l'étude dans les Centres d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers (CHUSI). Ainsi dans chaque CHUSI, les personnes acceptant le dépistage auront un prélèvement capillaire suivi d'un prélèvement veineux sur lequel sera réalisé une glycémie à jeun. Ce prélèvement diagnostique permettra de valider la sensibilité du test capillaire.

L'autre partie de l'étude se déroulera dans les Centres d'Hébergement d'Urgence Simples (CHUS) où la glycémie veineuse à jeun ne sera réalisée que chez les personnes dépistées positives par prélèvement capillaire. La prévalence ainsi obtenue sera corrigée grâce au test de sensibilité/spécificité réalisé dans les CHUSI.

Concernant la glycémie veineuse, le test doit être fait à jeun (minimum de 8h entre le prélèvement et le dernier repas). Or cela peut poser un problème de faisabilité dans la population que nous voulons étudier. En effet les hébergés peuvent grignoter la nuit malgré l'interdiction de nourriture dans les chambres. De plus certains hébergés peuvent être admis en pleine nuit et se voir proposer un repas à leur arrivée.

¹¹ Sacks DB, Bruns DE, Godsteil DE, Maclaren NK, McDonalds JM, Parrott M. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clinical Chemistry*, 2002, 48:3, 436-472.

2. Objectifs de l'étude et type d'enquête effectué

Dans le cadre d'une action de dépistage systématiquement proposé aux personnes hébergées dans les CHUSI et les CHUS, l'objectif principal de l'étude est d'estimer la prévalence du diabète sucré (connu et méconnu) chez ces personnes.

Les objectifs secondaires sont :

- 1) Décrire les caractéristiques des personnes ayant un diabète sucré méconnu,
- 2) Évaluer les modalités de la prise en charge du diabète sucré connu (insulino-traité ou non).

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale. Des tests de liaisons seront réalisés pour identifier les caractéristiques des personnes ayant un diabète sucré non insulino-traité.

3. Matériels et méthodes

3.1. Cadre de l'étude

Cette enquête aura pour cadre les Centres d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers du SAMU Social de Paris (CHUSI) et le centre avec lits infirmiers rue de Maubeuge gérés par l'association « Habitat et Soins ».

Lorsqu'une personne à la rue nécessite des soins infirmiers « à domicile » ou lorsqu'elle présente une pathologie qui n'est pas assez sévère pour nécessiter une hospitalisation, mais trop sévère pour rester dehors, elle est admise dans ces lits d'hébergement médicalisés. Dans ces structures, elles bénéficient de soins infirmiers et de consultations médicales. La durée de séjour est en moyenne de dix jours.

Le SAMU Social de Paris dispose de 170 lits de ce type répartis sur cinq sites : l'hospice Saint-Michel, le centre Ridder, l'hôpital Jean Rostand à Ivry-sur-Seine, l'hôpital Esquirol à Saint Maurice et le centre « Les lilas ». Le centre rue de Maubeuge dispose quant à lui de 40 lits.

La présence de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux dans ces structures permet une catégorisation assez fine de la population en terme d'approche médicale (antécédents, pathologie), infirmière, et sociale (sex-ratio, âge, situation familiale, ressources, couverture sociale, temps d'errance, etc.).

Cette enquête aura également pour cadre les Centres d'Hébergement d'Urgence Simples du SAMU Social de Paris (CHUS).

Il s'agit des centres appelés "Montrouge" et "Yves Garel", ce dernier étant situé dans le 11^e arrondissement. La cité André Jacomet dont les médecins sont ceux du Samusocial de Paris participera également à l'étude.

Ils ont pour mission essentielle d'héberger, en urgence, des personnes en grande difficulté qui n'ont aucun lieu où dormir ; ils sont donc ouverts de 19h00 à midi. Chaque personne hébergée bénéficie d'un lit, d'un nécessaire de toilette et d'un repas. Le matin, les personnes qui le souhaitent peuvent voir un médecin, un conseiller social et, selon les jours, des médecins spécialistes, une psychologue ainsi que différents partenaires associatifs.

3.2. Population d'étude

3.2.1. Critères d'inclusion

Les personnes interrogées seront les personnes hébergées dans les CHUSI et CHUS précités au moment de l'enquête et acceptant de participer.

Parmi les individus sélectionnés, seuls seront retenus ceux qui :

- comprennent le français
- sont capables de comprendre le contenu et les enjeux de l'étude
- ont donné leur consentement éclairé

Les personnes connaissant déjà leur statut diabétique seront prélevées pour contrôler leur équilibre glycémique et la partie médicale du questionnaire sera remplie par le médecin sur place.

3.2.2. Nombre de sujets nécessaire et durée de l'étude

La durée de l'étude dépend de plusieurs facteurs : le nombre de sujets nécessaire, le nombre d'infirmiers participant, le nombre de personnes présentes dans les lits des CHUSI et CHUS et acceptant de participer à l'étude.

Le nombre de sujets nécessaire pour estimer la prévalence avec une certaine précision est estimé de la façon suivante :

- ◆ Si l'on considère que la prévalence en population générale est de 3%, et que cette prévalence est de 5% dans la population d'étude, et si nous voulons une précision de $\pm 2\%$, soit une prévalence comprise entre 3 et 7%, alors il faut 457 personnes.
- ◆ Si le taux de participation est de 60%, il faut proposer à environ 767 personnes de participer à l'étude afin d'inclure un total de 457 personnes.

L'étude se déroulera d'une part dans les CHUSI où 170 personnes environ sont hébergées pour une durée de séjour de 15 jours à 3 mois. Néanmoins le turn-over des CHUSI reste à déterminer pour connaître le nombre de personnes pouvant être recrutées sur ces sites (on estime pour l'instant à 240 le nombre de personnes pouvant être sollicitées sur 3 CHUSI sur une période de 2 mois, mais ceci ne tient pas compte des possibles doublons). La partie de l'étude dans les CHUSI permettra de valider la sensibilité du test capillaire.

D'autre part l'étude se déroulera dans les CHUS. Si l'on fait l'hypothèse minimale que chaque matinée, 4 patients peuvent être pris en charge, cela fait 60 personnes enquêtées en 5 jours (les 3 centres confondus), soit 360 à 480 en 6-8 semaines. Cependant il faut préciser que le nombre de personnes différentes risque de diminuer au cours du temps (certaines étant hébergées plusieurs fois par mois).

Ces éléments nous amènent à proposer *une durée d'étude de 6-8 semaines* pour assurer au minimum 460 questionnaires et ainsi estimer avec une bonne précision la prévalence ; et ne pas manquer de puissance lors de l'analyse statistique.

Une fois l'échantillon ainsi constitué, nous n'allons recruter que des personnes diabétiques connues dans les CHUSI afin d'avoir un nombre de diabétiques assez conséquent pour pouvoir décrire leurs modalités de prise en charge.

L'étude Entred (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) a permis d'estimer la prévalence des complications majeures du diabète déclarées par les personnes diabétiques traitées vivant en France et par leurs médecins.

Ainsi les données issues du questionnaire médecin de l'enquête montrent que 1,4% des patients ont définitivement perdu la vue d'un œil, 4,5% ont reçu un traitement par laser et 9,9% ont une rétinopathie diabétique. Concernant les complications podologiques du diabète, 1,5 % ont un mal perforant plantaire aigu et 1,4% une amputation. Enfin concernant les complications macrovasculaires, 16,2 % ont eu de un infarctus du myocarde, 6,1% une revascularisation coronaire et 4,7% un accident vasculaire cérébral.

Etant donné la lourdeur logistique et le temps de recrutement, nous avons décidé d'interroger un total de 200 diabétiques hébergés en CHUSI. Cet effectif nous permettra d'avoir une précision de 1,3 à 5,1% selon les complications et ainsi de pouvoir évaluer leurs modalités de prise en charge.

3.3. Variables prises en compte dans l'étude

La première partie d'un questionnaire (Annexe 1) sera remplie pour chaque participant au moment du dépistage. Elle concernera des questions sociodémographiques (âge, sexe, pays de naissance), le temps d'errance, l'alimentation, les marqueurs de risque. La deuxième partie portant sur les prélèvements et les mesures cliniques sera également remplie à ce moment là. La partie médicale sera renseignée ultérieurement par le médecin pour les personnes dont le diabète était déjà connu.

Les données de l'OMS ont montré que les populations non caucasiennes étaient génétiquement prédisposées au diabète de type 2. Celles ayant adopté un mode de vie occidental ont ainsi une prévalence de ce type de diabète très importante. C'est pourquoi le pays de naissance sera demandé ainsi que la langue maternelle.

La date d'arrivée en France sera demandée afin de déterminer si le risque s'accroît avec le temps de présence sur le territoire.

L'obésité est également l'un des marqueurs de risque de la maladie. Dans cette étude, elle sera appréciée par l'indice de masse corporelle (IMC) calculé par poids/taillé² (kg/m²). Les personnes seront alors classées en 4 catégories : mince (<19) ; normal (20-25) ; surpoids (25-29) et obèse (≥30 kg/m²). Elle sera également évaluée grâce à la mesure du tour de taille.

Dans l'objectif d'éliminer les doublons tout en protégeant l'anonymat, l'identification des patients sera réalisée grâce à un numéro d'identification constitué par la date de naissance à l'envers (AA/MM/JJ) suivi des deux premières lettres du prénom et puis de celles du nom.

Un numéro de dossier sera également créé avec les trois premières lettres du centre suivi d'un numéro d'ordre à 3 chiffres. Chaque centre dressera dans un registre, des listes d'identification des hébergés mentionnant : le nom, le prénom, le numéro d'identification, le numéro de dossier. Seul le personnel médical autorisé aura accès à cette liste. Les informations contenues dans les listes d'identification sont internes aux centres du SSP. La principale fonction de ces listes est de permettre au personnel médical du SSP de prévenir une personne dépistée positive, de confirmer le diagnostic et de la mettre sous traitement.

3.4. Prélèvements sanguins et recueil des données

Dans les CHUSI, le dépistage sera effectué par le personnel infirmier sur place. Ce dernier effectuera également les mesures anthropométriques et remplira une partie du questionnaire.

Il sera demandé à chaque personne participant à l'étude si elle est diabétique. Toute personne déjà connue pour être diabétique aura un prélèvement veineux afin de réaliser un dosage de l'hémoglobine glyquée et de vérifier son équilibre glycémique, ainsi qu'un bilan sanguin (créatininémie, albuminurie, cholestérol total, HDL, triglycérides, ASAT, ALAT, gamma-GT).

Pour les autres personnes, un test capillaire sera réalisé à l'aide d'un lecteur de glycémie et sera interprété immédiatement. Néanmoins, quelque soit le résultat, 1 tube de sang veineux de 2,5 mL sera prélevé afin de réaliser une glycémie. Ceci permettra de valider l'utilisation du lecteur de glycémie dans le cadre du dépistage hors CHUSI. L'utilisation de lecteurs de glycémie suivra les règles établies par l'AFFSAPS pour éviter le risque de transmission de maladies infectieuses.

Enfin, toutes les personnes dépistées positives par le test capillaires auront un bilan sanguin identique à celui des diabétiques.

Dans les CHUS, le dépistage sera effectué par un(e) infirmiers (ères) recruté(e) à cet effet, aidé par un(e) élève infirmier (ère). Ils réaliseront le dépistage à l'aide du test capillaire, prendront les mesures anthropométriques et rempliront le questionnaire.

Toute personne déjà connue pour être diabétique sera prélevée afin de réaliser un dosage de l'hémoglobine glyquée et un bilan sanguin.

Toutes les personnes dépistées positives par le test capillaires auront une glycémie et un bilan sanguin identique à celui des diabétiques.

Dans les deux types de centres, les personnes connues pour être diabétiques seront dirigées vers le médecin qui consulte le matin et qui administrera la partie médicale du questionnaire.

Tous les tubes seront fournis par le laboratoire Pasteur Cerba. Il assurera leur collecte ainsi que toutes les analyses biologiques.

Lors de l'envoi des prélèvements sanguins vers le laboratoire d'analyse, seul le numéro de dossier des personnes figurera sur les tubes et une demande d'analyse les accompagnera. Les résultats des analyses seront disponibles sous 48h sur le serveur du laboratoire Pasteur Cerba. Les investigateurs de l'Observatoire y auront accès grâce à un numéro de correspondant et les communiqueront aux médecins des centres concernés pour qu'ils puissent réaliser la prise en charge des personnes.

Les personnes participant à l'étude seront donc prolongées de 48h dans le centre afin de pouvoir les informer des résultats des analyses.

3.5. Critères de diagnostic

Les personnes qui n'étaient pas connues pour être diabétiques sont considérées comme dépistées positivement si la concentration en glucose est supérieure ou égale à 6,7 mmol/L (1,20 g/L) lors de la glycémie capillaire à jeun ** et que la concentration en glucose plasmatique est supérieure ou égale à 7,0 mmol/L (1,26 g/L) lors de la glycémie à jeun*.

Pour les personnes non à jeun au moment du dépistage, les seuils de détection pour le test capillaire et la glycémie veineuse sont fixés à 11,1 mmol/L (2,00 g/L).

Pour le contrôle glycémique des personnes diabétiques, l'hémoglobine glyquée** doit être strictement supérieur à 6,5% de l'hémoglobine totale.

Ces critères correspondent aux recommandations de l'ANAES.

3.6. Traitement des données et analyse statistique

La saisie des questionnaires anonymisés se fera par les investigateurs à l'aide du logiciel Epi-info. Les informations nominatives seront connues uniquement du personnel médical des centres où les personnes ont été prélevées.

La recherche et l'élimination de doublons se feront à l'aide des numéros d'identification.

Des analyses descriptives seront effectuées sur les données obtenues : calculs de moyennes, de médianes ou de proportions, et calcul de variances et écarts-type.

Ces analyses seront réalisées sur l'ensemble de la population ainsi que de manière stratifiée sur les caractéristiques sociodémographiques.

Dans les CHUS, la prévalence corrigée est calculée en considérant séparément les sous échantillons de sujets dont le diabète était inconnu et le sous échantillon de sujets connus pour être diabétiques.

Parmi les personnes dont le diabète était inconnu, le taux de prévalence est :

$$p = p_1 + p_2$$

p_1 représente la prévalence chez les dépistés positifs.

p_2 représente la prévalence chez les dépistés négatifs.

Donc p_1 = % de diabétiques parmi les dépistés positifs x la probabilité d'être positif et p_2 = % de diabétiques parmi les dépistés négatifs x la probabilité d'être négatif.

Au final, la prévalence total est :

$$P = p + p' = p_1 + p_2 + p'$$

Où p' est le taux de prévalence des personnes déjà connues pour être diabétiques.

Les analyses statistiques seront réalisées avec le logiciel Stata 8.0 (Stata Corporation, College Station, Texas 77845 USA).

* sur plasma veineux
** sur sang veineux total

3.7. Matériel

Chaque centre aura à sa disposition des affiches destinées aux hébergés dans les centres, des notes d'information aux hébergés et des lettres de consentement à faire signer aux participants.

Le recueil des données se fera à l'aide de questionnaires papiers et d'une base de données pour la saisie des questionnaires.

Enfin, pour les différentes mesures chaque centre sera doté d'un lecteur de glycémie à bandelettes et de stylos à usage unique à usage unique, de tubes de 2,5 mL contenant du fluorure (antiglycolytique) pour la glycémie, de tubes de 2,5 mL contenant de l'EDTA (anticoagulant) pour le dosage de l'HbA1c, d'un tensiomètre, d'une toise, d'un pèse-personne et d'un mètre ruban.

Les médecins et infirmières participant à l'étude seront indemnisés. Les hébergés seront sensibilisés et des mesures incitatives seront mises en place pour encourager les hébergés à participer.

4. Calendrier prévisionnel

- Février 06 : Première réunion du comité de pilotage.
- Mars – Avril 06 : Dépôt de dossier CCPRB + comité consultatif + CNIL.
- Mai – Juin 06 : Préparation du terrain de l'étude. Recrutement des infirmières pour les CHUS.
- Novembre – Décembre 06 : Recueil des données. Analyse des données et présentation des premiers résultats.
- Décembre 06 : Rapport d'étude - Publication.