

14 mai 2008

Appel à projets de recherche 2008 « Territoires et santé »

La Direction Générale de la Santé, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, la DREES-MiRe, l'Inserm, l'Institut de Veille Sanitaire, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, la Délégation Interministérielle à la Ville et l'Institut des Données de Santé s'associent au sein de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) pour lancer un appel à projets de recherche sur la thématique « territoires et santé » visant à contribuer au développement de recherches dans ce champ.

Cet appel à projets pourra financer des projets de recherche, des organisations de séminaires méthodologiques visant à la constitution de réseaux de recherche autour d'un objet de recherche commun ou des colloques sur la thématique « territoires et santé ».

Les axes de recherche de l'appel à projets

Outre un cadre géographique et environnemental, le territoire recouvre des modes d'occupation et des formes d'appropriation humaine de l'espace. Ces dernières comportent à la fois *une dimension relativement statique* (les types d'habitat, les implantations industrielles et commerciales, les découpages agricoles, les voies de transport des personnes, de l'énergie...), *et une dimension dynamique* liée aux formes de déplacements des populations qui y vivent (notamment, dans un objectif de recours aux services). Ces deux dimensions évoluent dans le temps, selon les mouvements migratoires des populations, les projets d'aménagement des territoires concernés et l'évolution du tissu économique (exemple : désindustrialisation du nord et de l'est, création de villes nouvelles, quartiers de la politique de la ville, etc...).

La santé, dans sa relation aux territoires, peut notamment être envisagée sous trois angles :

- l'exposition aux risques, quelle que soit leur nature, en lien avec la prévention et la promotion de la santé : les expositions individuelles et collectives varient et sont plus ou moins prises en compte dans l'aménagement, l'organisation et la gestion des territoires ;
- le recours au système de santé et aux soins, en lien avec l'organisation de l'offre : l'accessibilité et la qualité des services sont très liées au territoire d'appartenance ;
- le handicap et la dépendance, en lien avec l'aménagement de l'espace et avec les réponses en matière d'aide et de soutien : le vieillissement démographique et l'augmentation importante des maladies chroniques et des déficiences nécessitent une adaptation des territoires.

Trois axes de recherche (deux axes thématiques et un axe méthodologique) ont été identifiés, auxquels les projets pourront se référer. Ils ne sont pas exclusifs les uns des autres.

La pluridisciplinarité sera fortement encouragée, sans toutefois être un impératif. Les projets peuvent concerner les pays des « Nords » et des « Suds », notamment dans une perspective comparative.



Axe 1 : Espaces, organisation sociale et santé

Au-delà de leurs caractéristiques géographiques, les territoires se définissent par des caractéristiques environnementales, sociales, économiques, sanitaires, politiques, climatiques, culturelles, migratoires, d'activité professionnelle, etc... qui ont toutes des liens plus ou moins importants avec la santé. Les formes d'appropriation spatiale ont considérablement évolué dans les dernières décennies et cette évolution se poursuit. Des dynamiques de l'urbanisation accélérée s'observent au niveau mondial. Les flux migratoires s'intensifient à l'échelle nationale et internationale (migrations internationales), renforçant à la fois la diversité et les particularismes. La pertinence des découpages territoriaux et ses liens avec la santé doit donc, dans un contexte aussi évolutif, être en permanence réévaluée.

A l'organisation administrative classique du territoire en communes, départements et régions, se superposent de nombreux découpages (agglomération, quartiers, zones urbaines sensibles, bassins de vie, bassins d'emploi, d'accessibilité, etc...) qui peuvent s'avérer plus pertinents. Certains territoires se construisent par exemple à partir d'une dynamique sociale locale, autour de problèmes de santé nécessitant des réponses transversales mobilisant plusieurs professionnels et services, par exemple dans le cas du maintien de l'autonomie de populations handicapées. Autre exemple : une meilleure compréhension des phénomènes climatiques et météorologiques peut amener à proposer des analyses territoriales différentes, tenant compte des voies et des temps de transport, des couloirs de pollution, des îlots de chaleur, etc... beaucoup plus adaptés pour rendre compte des phénomènes observés.

On pourra, dans ce cadre, s'intéresser notamment :

- aux disparités d'exposition aux risques individuels et collectifs, selon les territoires d'appartenance et les modes de vie (habitat, transports, alimentation, etc.) ;
- aux disparités de distribution d'indicateurs de santé, selon les zones, en fonction notamment de leurs formes d'occupation et des catégories sociales qui y vivent ;
- aux disparités de distribution du handicap et de la dépendance, selon les formes d'aménagement des territoires (habitat, espace) et les systèmes d'aide et de soutien mis en place ;
- à l'impact de la modification des territoires (socio-démographie...) sur la transmission des modes de vie et des pratiques de santé.

Il peut s'agir de mesurer différemment et de réinterpréter les disparités (notamment environnementales), grâce à des approches territoriales plus dynamiques et, éventuellement, comparatives ; de prendre en considération la santé dans son acception la plus large, grâce à la mesure, à côté des indicateurs épidémiologiques traditionnels (mortalité, morbidité, indicateurs synthétiques), des indicateurs de santé subjective, de qualité de vie, de satisfaction, d'intégration sociale ou dans le travail, d'accessibilité et de recours au système de santé et de soins, etc... ; de confronter les disparités territoriales identifiées aux disparités sociales et aux formes d'occupation des territoires par les divers groupes sociaux, avec une attention toute particulière portée aux populations vulnérables, notamment migrantes, mais également en perte d'autonomie du fait de situations de handicap, quelle qu'en soit l'origine (maladie, déficience, sénescence). L'étude des interrelations entre inégalités territoriales socio-économiques et expositions aux facteurs environnementaux sera soutenue.

Les dispositifs d'enquête existants peuvent éventuellement être mis à profit pour développer ce type d'approche par des analyses secondaires de données existantes. Les approches longitudinales seront favorisées.



Axe 2 : Gestion territoriale et santé

L'organisation des territoires joue un rôle important sur la santé, dans les trois dimensions que sont :

- la prévention et la promotion de la santé,
- l'organisation et l'accessibilité du système de santé et de soins,
- la compensation et la prise en charge des situations de handicap.

2.1 Organisation des territoires, prévention et promotion de la santé

Il s'agit ici de comprendre et éventuellement de minimiser les risques individuels et collectifs auxquels sont susceptibles d'être exposées les populations. Ce domaine est investi par de nombreux acteurs, qui développent des modes de régulation parfois complémentaires, parfois concurrents, voire antagoniques. A côté du dispositif formalisé dédié à la santé publique (au niveau régional dans le cas français), les collectivités territoriales prennent de plus en plus en compte les problématiques de sécurité sanitaire (protection de l'environnement, schémas de transports). Les citoyens sont eux-mêmes souvent organisés sous la forme d'associations, de comités de défense, etc. et sont des interlocuteurs de plus en plus présents dans le débat public.

On pourra s'intéresser par exemple :

- à la gestion territoriale formelle de la santé publique, telle que pratiquée par les services déconcentrés de l'État, par les institutions de la protection sociale, mais aussi par les collectivités territoriales ;
- aux conséquences des politiques territoriales mises en place : habitat/logement, environnement, équipement urbain, transports, lutte contre les inégalités et les discriminations, etc. Le suivi de la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection de la santé des populations (que les risques soient avérés ou pas) permettra ainsi de révéler les contradictions et/ou convergences entre la protection de l'environnement et l'économie des territoires. Des études quasi-expérimentales portant sur ces sujets pourront être proposées ;
- à l'évaluation de programmes de santé ou de prévention ciblant un territoire de santé défini, notamment la région ;
- à l'impact éventuel des mesures de prévention et de promotion de la santé en matière d'inégalités de santé.

2.2 Organisation des territoires et géographie de l'offre sanitaire

Si de nombreux facteurs liés aux territoires influencent la santé des populations qui y vivent, la santé est en soi un enjeu pris en compte dans l'organisation des territoires. La répartition géographique de l'offre de santé et de soins, tant hospitalière que des professionnels de santé libéraux, est objet de confrontations entre différentes logiques : sécurité des soins / maintien des emplois locaux, liberté d'installation / égalité d'accès aux soins, etc.

Les acteurs, les dispositifs et les échelons de décision, du local au national, sont multiples et parfois concurrents. On observe, dans la plupart des pays, une double tendance :

- à la décentralisation (dans ses différentes acceptions),
- au renforcement de la concurrence entre les prestataires de soins (institutions et professionnels) et, le cas échéant, entre les organismes financeurs.



On pourra s'intéresser par exemple :

- aux modes de la gestion territoriale de la santé à ses différents niveaux (central, régional, local), aux relations entre les différents acteurs (administrations centrales de l'État, administrations déconcentrées, organismes sociaux, agences, collectivités territoriales, organismes professionnels, réseaux formalisés ou informels, etc.) ;
- à la prévention et la promotion de la santé dans le contexte territorial ;
- aux inégalités territoriales d'accès aux soins et leur impact sur la santé (en particulier, le risque de séquelles pouvant être généré par des inégalités d'accès aux unités neurovasculaires en cas d'accidents vasculaires cérébraux).

Différentes approches méthodologiques peuvent être sollicitées. Entre autres, des monographies de territoires peuvent être proposées pour rendre compte de tous ces jeux d'acteurs et d'institutions et éclairer les logiques à l'œuvre dans la régulation de l'offre sanitaire. Les questions susceptibles d'être traitées concernent tant le parc des établissements de santé que les secteurs ambulatoire et médico-social : couverture du territoire, permanence des soins, équilibre entre les professionnels, articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, interrelations complexes entre l'offre de soins et l'économie des territoires (création de valeur, situation de l'emploi,...), etc...

On s'intéressera aussi tout particulièrement aux pratiques spatiales de la population en matière de recours aux soins et d'accès à la prévention, en lien avec son état de santé. Le vieillissement démographique de certaines zones géographiques est un facteur à prendre en compte dans l'analyse des pratiques spatiales de recours au système de soins, des dispositifs d'aide et des politiques d'aménagement et de restructuration.

2.3 Compensation et prise en charge des situations de handicap

La mise en œuvre du droit à la compensation et à une réponse personnalisée (« Prestation de Compensation du Handicap » pour les personnes de moins de 60 ans, « Allocation Personnalisée d'Autonomie » pour les personnes de plus de 60 ans), la convergence entre le handicap adulte et la dépendance de la personne âgée et la réforme dite du « cinquième risque » devraient induire une réorganisation du dispositif de soutien, au cœur duquel se trouvent les interventions des Conseils généraux (MDPH, équipes médico-sociales APA, coordination et planification en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées).

On pourra s'intéresser par exemple :

- à l'intégration du handicap et de la dépendance dans les politiques d'aménagement de l'habitat, de l'espace, du travail, etc... ;
- à la mise en œuvre des dispositifs d'aide et de soutien, selon les zones, en fonction notamment des solidarités familiales et de voisinage ;
- aux logiques à l'œuvre dans la régulation de l'offre, que ces logiques soient formelles et « descendantes », émanant des instances régionales ou départementales, à l'aide d'outils de planification/programmation tels que les SROS, les PRIAC, les schémas gérontologiques, etc... ou que ces logiques soient plus informelles et « ascendantes », issues du monde professionnel et/ou des usagers de plus en plus impliqués dans la gouvernance, par le biais des organisations professionnelles (URML, Syndicats, Conseils de l'Ordre, etc...) et des associations (CISS) ;



- aux articulations ou aux restructurations entre le sanitaire, le médico-social et le social, sous la pression des évolutions démographiques, épidémiologiques et des impératifs économiques et politiques ;
- aux solutions mises en œuvre, notamment par les réseaux de santé et l'intégration d'établissements et services médico-sociaux voire sociaux, et actuellement financées par le dispositif régional de soutien à la qualité et à la coordination des soins (FIQCS) ;
- aux rôles effectifs et potentiels susceptibles d'être joués par les technologies de l'information et de la communication, notamment dans le cadre de la télésanté (zones de montagne et rurales isolées, quartiers difficiles, etc...) ou de maintien du lien social pour les personnes handicapées ou dépendantes.

Axe 3 : Nouvelles approches méthodologiques

Les analyses de la dynamique des interrelations entre territoires et santé doivent prendre en compte de très nombreux paramètres physiques et sociaux. Ceci pose de réels problèmes conceptuels et méthodologiques dont tous ne sont pas résolus. On pourra proposer des projets visant à préciser la pertinence des différentes échelles géographiques, la prise en compte des caractéristiques individuelles et contextuelles, la comparabilité dans l'espace et le temps, la représentativité des enquêtes à différentes échelles, les indications des méthodes statistiques multi-niveaux, les méthodes d'appariement de bases de données différentes, etc...

Il s'agit donc de proposer des approches méthodologiques originales qui rendent compte, tant de la complexité des interrelations individus / territoires / santé, que de leur évolutivité. Les travaux de géographie de la santé, concernant notamment les inégalités de santé, ou les inégalités d'accès au système de santé et de soins (établissements sanitaires ou médico-sociaux, médecine ambulatoire), pourront ainsi intégrer, dans leur analyse, des caractéristiques socio-économiques susceptibles d'affiner la compréhension.

Ces approches peuvent reposer sur des enquêtes réalisées dans le cadre de ce projet ou sur l'exploitation de données existantes. Elles permettront alors de valoriser ces données, en adaptant leur exploitation aux problématiques des territoires. Elles peuvent également concerner le développement et l'utilisation des systèmes d'information géographiques, ainsi que leur croisement avec tout autre système d'information ou de recueil de données environnementales, sanitaires et sociales.

Le développement d'outils permettant la détection de cas groupés de gastroentérite d'origine hydrique en secteur rural sera apprécié.

Les grandes enquêtes nationales posent souvent la question de leur exploitation territoriale : extensions locales versus micro-domaines. Les deux problématiques : mobilisation des bases de données existantes et exploitation et valorisation territoriales des enquêtes nationales, restent encore mal investiguées. Une attention toute particulière sera portée aux projets visant à les éclairer.

Les chercheurs sont encouragés à déposer des travaux de recherche qui nécessiteraient un accès et/ou une exploitation des données du SNIIRAM, ainsi que ceux qui donneraient lieu à l'élaboration d'outils, de méthodes et de normes concourant à la cohérence et à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque ou des préoccupations de santé publique. Dans ce cadre, les projets sélectionnés bénéficieront d'un avis de l'Institut des Données de Santé (IDS) qui s'associe au présent appel à projets.



Critères d'éligibilité des dossiers de candidature

Pour être éligible, le dossier de candidature doit satisfaire les conditions suivantes :

- Les dossiers, sous forme électronique et sous forme papier, doivent être soumis dans les délais, au format demandé
- Les projets de recherche peuvent émaner d'une seule équipe ou de plusieurs équipes en partenariat
- Le responsable principal¹ d'un projet de recherche doit appartenir à un organisme de recherche² (tous les projets doivent être portés par un chercheur résidant en France)
- Le responsable principal d'un projet de recherche doit consacrer au moins 30 % de son temps de recherche au projet de recherche sélectionné
- Le responsable principal d'un projet de recherche ne doit pas être membre du Comité Scientifique d'Évaluation de cet appel.

Modalités pratiques

La sélection des projets sera effectuée par un Comité Scientifique d'Évaluation présidé par Alain Grand (Inserm U558, Toulouse) et composé d'experts désignés par l'IReSP.

Le **dossier de réponse** est disponible :

- sur le site de l'IReSP (www.iresp.net)
- sur le site de certains des partenaires de l'appel à projets
- ou sur demande par mail à iresp@iresp.net

Les dossiers de candidature, validés par le responsable du laboratoire de recherche ou de l'équipe d'accueil pour chaque équipe participante devront être impérativement envoyés en version électronique et en version papier au plus tard :

Le 1^{er} septembre 2008 en version électronique (Word) à iresp@iresp.net

Et en version papier (1 exemplaire) à
Secrétariat de l'IReSP
AAP Territoires et santé
101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13

Renseignements administratifs : Nathalie de Parseval (iresp@iresp.net)

Renseignements scientifiques : Alain Grand (grand@cict.fr)

¹ **Responsable principal du projet** : Chercheur qui dépose la demande, qui assurera la mise en œuvre du projet et qui coordonnera les différentes équipes s'il y en a plusieurs.

² **Organisme de recherche** : Est considéré comme organisme de recherche, une entité, telle qu'une *université ou institut de recherche*, quel que soit son statut légal (organisme de droit public ou privé) ou son mode de financement, dont le but premier est d'exercer les activités de recherche fondamentale ou de recherche industrielle ou de développement expérimental et de diffuser leur résultats par l'enseignement, la publication ou le transfert de technologie ; les profits sont intégralement réinvestis dans ces activités, dans la diffusion de leurs résultats ou dans l'enseignement ; les entreprises qui peuvent exercer une influence sur une telle entité, par exemple en leur qualité d'actionnaire ou de membre, ne bénéficient d'aucun accès privilégié à ses capacités de recherche ou aux résultats qu'elle produit.