



Janvier 2017

Appel à projets de recherche Général 2017 – Volet Prévention

- Axes généraux : prévention – déterminants de santé – recherche interventionnelle –
 - Axes thématiques : addictions – études en SHS sur la vaccination anti-HPV – inégalités sociales de santé –
- IReSP**

1. Contexte et objectifs de l'appel à projets

1.1. Contexte

La DGS, la CNAMTS, la Drees, la Dares, l'INCa, l'Inserm, la MILDECA, Santé Publique France et le RSI sont, chacun, compte tenu de leurs missions et de leurs responsabilités, des acteurs majeurs de la politique de prévention dans notre pays et dans toutes ses dimensions.

Dans ce contexte, l'IReSP et l'ensemble de ces partenaires (la DGS, la CNAMTS, la Drees, la Dares, l'INCa, l'Inserm, la MILDECA, Santé Publique France, le RSI) joignent leurs efforts pour soutenir et promouvoir la recherche sur la prévention, les déterminants de santé et la recherche interventionnelle. Une première initiative commune avait permis le lancement d'un appel à projets de recherche (AAP) en 2013 sur la prévention primaire.

Depuis 2015, l'appel à projets général annuel sur la prévention a élargi son champ. Cet appel à projets a vocation à être renouvelé annuellement afin de contribuer à structurer durablement, dans notre pays, un champ de recherche sur la prévention compétitif au plan international.

Des axes thématiques correspondant aux priorités des partenaires financeurs de l'appel sont également proposés en 2017 : addictions – études en sciences humaines et sociales sur la vaccination anti-HPV – inégalités sociales de santé.

1.2. Objectifs généraux

Les principaux déterminants de santé et des inégalités de santé se situent dans les environnements physiques et sociaux, en amont du système de soins, voire même du système de santé. Les effets de ces déterminants peuvent être précoces et inclure des interactions entre gènes et environnements. La compréhension des chaînes causales complexes qui relient déterminants et état de santé ainsi que le développement et l'évaluation d'interventions visant à modifier ces déterminants ou réduire leur impact, ainsi que l'identification des conditions, notamment contextuelles, qui déterminent l'efficacité de la mise en œuvre de ces interventions, sont un enjeu majeur de recherche et de santé publique.

Les objectifs de cet appel à projets sont les suivants :

- soutenir une recherche pluridisciplinaire visant à améliorer les connaissances sur les liens entre déterminants, qu'ils soient individuels ou collectifs, et état de santé, dans une perspective populationnelle. Il s'agit en particulier de mieux identifier et comprendre les chaînes causales complexes qui conduisent des déterminants aux mécanismes pathologiques et physiopathologiques responsables de la morbidité (notamment prématurée) et aux inégalités de santé ;
- soutenir le développement de projets de recherche interventionnelle en santé publique, définie comme l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire, évaluer ou transposer des connaissances concernant des interventions ayant un impact potentiel sur la santé de la population. Ces interventions sont menées dans le champ du système de santé ou dans les communautés au sens large, et ceci quel que soit le niveau de l'intervention (action, programme ou politique) ;
- dans une perspective de recherche translationnelle en santé publique, soutenir des projets de recherche sur le transfert de connaissances, processus qui fait le lien entre recherche, décision, et action ;
- en support à ces recherches, soutenir des projets de recherche conceptuels et méthodologiques portant en particulier sur la conceptualisation et la mesure des déterminants de santé comportementaux et environnementaux et sur les méthodes d'évaluation adaptées aux interventions de prévention.

2. Champs de l'appel à projets

Les projets présentés en réponse à l'appel à projets Prévention 2017 peuvent porter sur tout type de déterminant ou de pathologie, ils peuvent porter en particulier sur les principaux déterminants des maladies chroniques, de la prévention de celles-ci et de la perte d'autonomie, et sur les déterminants du vieillissement en bonne santé.

L'accent est mis en 2.3, 2.4, et 2.5 sur plusieurs thématiques correspondant aux priorités des partenaires financeurs de l'appel, afin d'encourager le développement de projets dans ces domaines. Les projets de recherche peuvent cependant porter sur d'autres déterminants ou pathologies que ceux ciblés dans ces paragraphes. Tous les thèmes de recherche sont ainsi les bienvenus.

Les projets de recherche portant sur des thèmes importants par leur retentissement potentiel en termes de réduction de la charge de morbidité comme la prévention des maladies chroniques et la prévention primaire du diabète et de l'obésité, et sur les interventions dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique visant à favoriser un vieillissement en bonne santé avec moins de handicaps seront toutefois privilégiés.

Ne sont pas éligibles dans cet appel à projets :

- les projets de recherche portant sur les facteurs de risque relevant de l'environnement ciblés dans l'appel à projets annuel récurrent "Environnement-Santé-Travail" de l'Anses ;
- les projets de recherche relevant de l'appel à projets "Environnement et Cancer" du plan Cancer géré par l'ITMO Cancer ;
- les projets de recherche interventionnelle en santé des populations portant sur les cancers, relevant de l'appel à projets "Recherche interventionnelle en santé des populations" du Plan Cancer géré par l'INCa, à l'exception de ceux répondant à l'un des axes thématiques (2.3., 2.4. ou 2.5.) ;
- les projets de recherche portant sur les thématiques de l'infection par le VIH/Sida et des hépatites virales relèvent des appels à projets de l'ANRS.

Les projets de recherche clinique ne relèvent pas de cet appel à projets.

2.1. Développer la recherche cognitive nécessaire en amont du développement des actions de prévention

Afin de développer la prévention et de contribuer à améliorer la santé des populations, il est nécessaire d'améliorer nos connaissances sur les liens entre l'état de santé et ses déterminants dans une perspective populationnelle. Il s'agit en particulier d'identifier et de comprendre les chaînes causales complexes, les dynamiques d'expositions et d'événements de santé au cours de la vie, les interactions entre facteurs

individuels, environnementaux et sociaux, et les mécanismes qui conduisent à ce que des inégalités sociales se traduisent en phénomènes physiopathologiques et pathologiques.

Ceci nécessite une approche de recherche cognitive et méthodologique interdisciplinaire associant notamment sciences cliniques et sciences humaines et sociales, à l'épidémiologie et la biostatistique.

Un nombre significatif de travaux de recherche ont déjà porté, dans notre pays, sur les déterminants de santé, mais de nouveaux approfondissements permettant de concevoir des actions de prévention sont bienvenus dans le cadre de cet AAP. Une attention particulière sera accordée aux projets s'intéressant aux synergies entre différents facteurs de risque et pouvant simultanément porter sur la prévention de plusieurs maladies humaines ou des comorbidités d'une maladie donnée ; les principales maladies chroniques partagent en effet plusieurs facteurs de risque.

Dans le cadre de cet appel, une attention particulière sera portée à l'impact potentiel de ces recherches en matière de prévention et, in fine, sur la santé de la population. Les porteurs de projets sont donc invités à développer les attendus et les implications de leurs projets.

2.2. Développer une recherche « interventionnelle », pour agir

La nécessité de promouvoir une recherche interventionnelle française contextualisée a été soulignée dans les travaux de la Stratégie Nationale de Recherche et de la Stratégie Nationale de Santé.

Il s'agit ainsi de soutenir des projets de recherche interventionnelle en santé publique, qui ont pour objectifs de démontrer l'efficacité individuelle et collective des interventions (efficacy et effectiveness research), et/ou d'analyser leurs mécanismes et modalités de mise en œuvre (implementation research). Cette recherche peut reposer sur l'expérimentation, sur l'évaluation d'interventions innovantes et/ou sur l'observation, et utiliser des méthodes quantitatives, qualitatives ou mixtes. La recherche sur la contribution des connaissances à la décision, ou plus largement sur les leviers de la décision et sur la synthèse et la traduction des connaissances de la recherche vers la pratique (dans un contexte donné) et la décision fait partie de cet appel.

Dans ce cadre, les projets de recherche associant des praticiens, des acteurs de santé publique ou des décideurs à des chercheurs au sein d'équipes labellisées sont particulièrement bienvenus.

Pour ce volet de recherche interventionnelle, l'AAP vise à susciter à la fois des projets de recherche concernant l'évaluation expérimentale (ou quasi-expérimentale) d'interventions de prévention innovantes, ainsi que des projets de recherche sur la transposabilité, la transférabilité et le déploiement dans un autre contexte d'interventions ayant par ailleurs démontré leur efficacité. Les projets peuvent aussi concerner la recherche translationnelle ou la recherche sur l'implémentation incluant notamment l'adaptation de programmes étrangers qui ont montré leur efficacité sur le long terme ou ont démontré une efficacité transculturelle ou pluricontextuelle.

Cet appel soutiendra des interventions de prévention primaire. Les thématiques ciblées dans le paragraphe 2.3 pourront le cas échéant faire également l'objet d'un soutien aux interventions de prévention secondaire et tertiaire.

La mise en œuvre de recherches couvrant les deux volets évoqués ci-dessus peuvent s'accompagner :

- de recherches sur l'éthique de la prévention,
- de recherches, notamment épidémiologiques, sociologiques, juridiques et en sciences politiques, sur les conditions d'efficacité des interventions en santé publique et sur les leviers de la décision,
- de recherches sur l'évaluation économique de la prévention (coût-efficacité, coût-bénéfice, etc.) permettant soit d'évaluer des interventions mises en œuvre, soit d'établir des priorités dans l'allocation des ressources entre différentes actions envisageables,
- de recherches utilisant des approches en marketing social en santé,
- de recherches visant à identifier et lever les freins à la diffusion des innovations en prévention, notamment ceux qui relèvent de la culture professionnelle, des logiques des décideurs, de l'organisation des acteurs du système de santé et de la prévention, ou plus globalement de facteurs contextuels.

Il s'agit enfin de soutenir des recherches axées sur les innovations méthodologiques pour la recherche interventionnelle et en transfert des connaissances dans le champ de la prévention. Ces recherches peuvent porter notamment sur les méthodes d'expérimentations alternatives à l'essai, sur les méthodes d'analyse des

interactions contextes/processus dans le cadre des interventions complexes, sur les méthodes permettant d'apprécier la validité des conclusions produites à partir de types divers de protocoles et de données, notamment observationnelles, sur les analyses des déterminants de la décision et de l'utilisation des données issues de la recherche par les praticiens et décideurs, etc.

2.3. Axe thématique 2017 : addictions

La recherche occupe une place centrale dans la stratégie de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Elle bénéficie d'une programmation dédiée pour renforcer la production de connaissances en sciences de la vie et de la santé mais également en sciences humaines et sociales afin de mieux appréhender ces problématiques en regard de leur impact pour la société.

Le volet recherche du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 insiste notamment sur la nécessité de renforcer la recherche sur la prévention en privilégiant les recherches de type interventionnelles et évaluatives utiles à l'élaboration des politiques publiques de prévention.

Les recherches attendues pourront concerner toutes les formes de dépendance aux drogues licites et/ou illicites ainsi que les addictions comportementales (écrans, jeux vidéo, jeux de hasard et d'argent, conduites dopantes). Ces travaux pourront porter sur des groupes spécifiques (personnes détenues, populations rurales, migrants, précaires, demandeurs d'emploi, jeunes, femmes, seniors) et/ou des contextes spécifiques (milieu professionnel, milieu festif, zones rurales etc.).

Une attention particulière sera accordée aux recherches utiles à l'amélioration de la prévention des conduites addictives en milieu de travail et en milieu scolaire. De même, sont particulièrement attendus, les travaux utiles à la mise en place de programmes de prévention fondés sur le décryptage des stratégies marketing des industriels de l'alcool.

2.4. Axe thématique 2017 : études en sciences humaines et sociales sur la vaccination anti-HPV

Dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019 porté par le ministère de la Santé et le ministère de l'Enseignement Supérieur, a été mise en avant la volonté « d'améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-HPV ». En effet, elle est aujourd'hui jugée « très insuffisante et en régression ». L'IReSP est chargé de promouvoir les études en sciences humaines et sociales ainsi qu'en épidémiologie permettant de mieux appréhender les problématiques liées à la vaccination anti-HPV en France. Une mission qui s'inscrit dans un contexte très particulier de refonte des politiques vaccinales et de la concertation citoyenne sur la vaccination.

Les recherches attendues cette année pour cet axe spécifique ont une dimension descriptive et analytique. Des contrats de définitions, études pilotes ou de faisabilité de recherche interventionnelle sont envisageables et bienvenus. Les recherches s'intéressant aux questions concernant la vaccination en milieu scolaire sont particulièrement attendues, car c'est une problématique prioritaire au sein du Plan Cancer III pour réduire les inégalités d'accès. Cet aspect ne doit pas forcément être central, et la définition du terme de « milieu scolaire » peut être large. En effet, on peut aussi parler d'enfants d'âge scolaire et/ou envisager une implication de l'institution scolaire de différentes natures et de divers degrés (sensibilisation, promotion, prévention, acte vaccinal au sein de l'institution, orientation vers les acteurs compétents etc.).

Peuvent être abordés les questionnements et analyses des comportements, des attitudes et des points de vue de la population, que ce soit ceux des professionnels (avec une attention particulière portée aux professionnels exerçant en milieu scolaire), ou des adolescents et de leurs parents, ou encore de certains groupes spécifiques, potentiellement plus problématiques que d'autres. Ce type d'étude peut avoir une orientation sociologique ou même anthropologique, afin d'analyser le processus de décision au sein d'une consultation, et proposer des outils méthodologiques pour comprendre au mieux ces situations.

Il est par ailleurs possible de questionner les inégalités vis-à-vis de cette vaccination, que ce soit des problématiques d'accès, de prise en charge, d'acceptabilité ou encore inégalités de comportements parmi des sous-groupes de la population. Il est aussi possible d'aborder les problématiques de genre, la vaccination masculine étant de plus en plus recommandée dans le monde, ou encore l'effet de la généralisation de la vaccination sur l'acceptabilité.

Dans une approche plus macrosociologique, il serait intéressant d'analyser les politiques publiques de vaccination, leur histoire, leurs orientations, en insistant sur les spécificités de la politique vaccinale anti-HPV. La communication institutionnelle peut être objet d'investigation. Une mise en balance avec les politiques de

dépistage par frottis cervico-vaginal est également possible. Questionner le cadre législatif de la vaccination, en particulier sur les problématiques de responsabilité du choix vaccinal et de discordance entre acteurs (parents/enfants par exemple) est une autre option. Enfin, des études sur les organisations peuvent être proposées, en particulier dans le cadre scolaire, afin d'évaluer la faisabilité – en termes d'acteurs, de dispositifs, de discours ou encore financiers - de certains projets d'amélioration de la couverture vaccinale et les inégalités territoriales éventuelles.

Le contexte de la vaccination anti-HPV est par ailleurs propice à l'analyse de controverses. Cela inclut l'étude de la diffusion de la controverse HPV, en comparaison ou non avec d'autres vaccinations. Il s'agit de questionner la place des mass medias et des nouveaux médias, ou encore les méthodes d'information et de communication existantes, en particulier sur les effets secondaires (avérés ou non) ou sur la balance bénéfiques/risques. Les recherches méthodologiques sont aussi acceptées, afin de réfléchir à un outil performant de veille sociologique en temps réel sur les controverses.

Pour la réalisation de ces recherches, il est possible de générer et/ou rassembler de nouvelles données ou d'utiliser des bases de données existantes. Par ailleurs, si la vaccination anti-HPV en France doit être l'objet central d'investigation, il est possible de proposer un projet à vocation comparative, soit avec d'autres vaccins, soit avec d'autres pays (mais l'IRESP ne finance pas d'équipe internationale), soit avec d'autres politiques de santé publique. Une étude approfondie de certains succès internationaux peut être envisagée si l'applicabilité de ces politiques en France est abordée. Envisager des collaborations avec des équipes de terrain, des ARS ou des associations est possible et même recommandé pour des projets interventionnels. Cela serait particulièrement pertinent dans le cadre d'évaluation de dispositifs existants favorisant la vaccination anti-HPV. Par ailleurs, il est nécessaire de souligner la particularité du vaccin anti-HPV et son lien direct avec la prévention contre le cancer. La problématique du dépistage du cancer du col de l'utérus peut être abordée. La possible entrée sur le marché du vaccin nonavalent et son arrivée sur certains marchés étrangers peut être considérée. Pour finir, aucune recherche clinique ni fondamentale sur la biologie du vaccin, sa sécurité ou son efficacité ne sont acceptées dans cet appel à projets.

2.5. Axe thématique 2017 : La mesure et les déterminants des inégalités sociales de santé et l'évaluation des politiques et des actions visant à les réduire

La Drees a conduit entre juin 2015 et juin 2016 un séminaire de réflexion et de discussion sur les inégalités sociales de santé, animé par le professeur Thierry Lang (Université de Toulouse, Président du groupe de travail sur le même thème du Haut Conseil en Santé Publique). Ce séminaire a regroupé autour de cette question des chercheurs, des professionnels de santé, des acteurs associatifs, des élus, des représentants de différents ministères au niveau national et régional, d'agences de santé et de collectivités locales.

A l'issue de ce séminaire, la Drees et ses partenaires souhaitent encourager et financer des recherches pluridisciplinaires, reprenant les besoins d'éclairage identifiés par ce travail de concertation avec les acteurs. Afin de poursuivre cette démarche, les équipes de recherche qui seront financées sur la thématique spécifique des inégalités sociales de santé seront invitées à participer à des séminaires de la Drees, sur le modèle de ceux qui ont préparé le présent appel à recherche. L'ambition est que l'avancée et les résultats des projets financés puissent être débattus avec les acteurs associés à la réflexion en amont.

L'existence d'un « gradient social de la santé » ou d'« inégalités sociales de santé » est un phénomène observé dans de nombreux pays et fait l'objet d'une abondante littérature¹. Sous ce vocable, il y a le constat que l'état de santé des personnes est meilleur au fur et à mesure que leur situation économique et sociale s'éleve.

Ces inégalités tirent leur origine de facteurs multiples qui souvent se combinent. Les recherches menées ont mis en évidence le rôle des conditions de vie matérielles et sociales, et plus largement la façon dont nos sociétés sont construites et fonctionnent. Elles soulignent aussi que les inégalités de santé se construisent dès l'enfance et s'accumulent tout au long de la vie. Pour les réduire, les principaux organismes nationaux² et internationaux³ recommandent alors la mise en place de politiques publiques de prévention et d'actions, très en amont des comportements des individus, agissant sur les conditions générales de vie et en particulier celles des enfants.

¹ <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>

² Les inégalités sociales : sortir de la fatalité : rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Paris: HCSP, décembre 2009, 101 p.

³ Organisation mondiale de la Santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. (Résumé analytique en français). Genève, 2008.

Malgré ce consensus, plusieurs questions de recherche restent insuffisamment approfondies (**voir l'annexe 1 pour plus de détails**).

Concernant la mesure des inégalités sociales de santé, est apparue la nécessité de travailler sur les questions de lien entre inégalités selon les groupes sociaux, le genre et les territoires. De nombreuses problématiques méthodologiques demeurent pour affiner les outils d'observation de l'évolution des inégalités sociales de santé et de certaines populations invisibles ou oubliées (jeunes sortis sans diplôme du système éducatif, sans domicile, migrants, chômeurs, etc.). Le potentiel des données massives dans l'amélioration de la mesure mérite d'être interrogé.

Sur les déterminants sociaux de la santé, deux situations apparaissent importantes à analyser : la petite enfance et les conditions de travail. Comment se construisent et évoluent les inégalités sociales de santé depuis l'enfance et au cours de la vie ? Au-delà des inégalités sociales d'exposition aux risques professionnels et d'accès aux dispositifs de prévention, à quelles situations concrètes sont confrontées les personnes dans leur environnement professionnel ? Quel cumul et quelle chronicité des risques ?

Il faut souligner que le rôle du système de soins dans la fabrication ou l'aggravation des inégalités est débattu. Les projets de recherche qui s'y intéresseront devront être soumis à l'axe thématique correspondant de l'appel général « recherche en services de santé ».

Concernant les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé, des réflexions méthodologiques sur l'évaluation apparaissent nécessaires. En effet, les interventions et les politiques publiques visant à réduire les inégalités sociales de santé agissent sur plusieurs déterminants de la santé et sont généralement intersectorielles, de sorte que leur évaluation est complexe. Quelle évaluation mettre en œuvre en dehors de l'essai expérimental ? Comment comprendre et analyser les mécanismes de succès ou d'échec des interventions ou des politiques ? Quel est le potentiel de la démarche d'évaluation d'impact en santé qui vise à apprécier *ex ante* les effets potentiels positifs ou négatifs d'un projet, d'un programme ou d'une politique sur la santé, ainsi que la distribution de ces effets au sein d'une population ?

La nécessité d'interventions locales a été soulignée, avec une question centrale qui est celle de leur transférabilité à d'autres contextes locaux. Dans ces interventions, quelle place pour les citoyens, les patients et les experts ? Comment améliorer la mise en cohérence et l'articulation des différents niveaux des politiques publiques et des interventions ?

Enfin, les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé posent des enjeux éthiques que les projets proposés pourraient questionner.

3. Modalités de soutien

Des dépassements de budget pourront, à titre exceptionnel, être accordés pour des projets de recherche interventionnelle. Tout dépassement budgétaire devra être détaillé et justifié dans le projet et dans l'annexe budgétaire.

1) Soutien de projets de recherche

Ce type de financement a pour objectif de financer des projets de recherche pouvant associer plusieurs équipes dont des équipes de recherche étrangères (dans la mesure où celles-ci assurent leur propre financement dans le projet).

Montant : 50 000 € minimum - 250 000 € maximum **Durée :** 3 ans maximum

2) Soutien de projets de recherche exploitant des bases de données existantes

Les bases de données (sanitaires, médicales, administratives, etc...) et les études épidémiologiques et cohortes permettent à la communauté scientifique de disposer d'informations susceptibles d'être utilisées pour des analyses secondaires qui n'étaient pas prévues initialement. Cette modalité de soutien a pour objectif de contribuer au financement de telles analyses secondaires, reposant sur des échantillons existants, auxquelles pourront s'ajouter le cas échéant un volet de nouvelles enquêtes qualitatives ou quantitatives.

Les partenaires financeurs de cet appel à projets souhaitent que ces données soient exploitées à leur juste potentiel. La réalisation de tels projets ne pourra être soutenue qu'avec l'accord formel préalable de l'équipe ou de l'organisme dépositaire des données.

Les méta-analyses peuvent également être financées dans le cadre de cette modalité.

Pour cette modalité, figure en annexe 2 une liste non exhaustive des bases de données pouvant être analysées.

Montant : 50 000 € minimum - 100 000 € maximum **Durée :** 3 ans maximum

3) Contrat de définition

Ce financement permettra aux équipes de recherche et en particulier à de jeunes équipes d'interagir et de concevoir un projet de recherche sur un sujet innovant. Il couvre le travail de conception et peut également couvrir une étude pilote. Le projet pourra par la suite être présenté à des financeurs tels que l'ANR.

Montant : 15 000 € minimum – 50 000 € maximum **Durée :** un an maximum

4) Aide à la mise en place de projets européens

L'aide financière apportera un soutien extérieur en termes de préparation, de développement de réseaux européens ou d'insertion au sein d'un réseau, de soutien méthodologique, de complément d'expertise dans les disciplines connexes, d'assistance à la rédaction de projets, dans l'objectif de déposer ultérieurement un projet dans le cadre d'Horizon 2020 ou d'un autre programme européen. Ce financement peut notamment permettre le recours à un prestataire privé ou à un dispositif de valorisation institutionnel (mais néanmoins payant) apportant une aide à la constitution et à la rédaction d'un projet européen.

Montant : 15 000 € minimum – 50 000 € maximum **Durée :** un an maximum

5) Soutien à des réseaux de recherche

Sont éligibles à ce soutien les chercheurs, collectivités, associations, fondations, engagés dans une activité de constitution de réseaux nationaux ou internationaux à finalité de recherche, impliquant des chercheurs, professionnels, associations, etc. L'objectif de cet outil de financement est d'aboutir à la structuration d'un programme de recherche ou d'une stratégie de recherche, à l'échelle nationale, européenne, voire internationale.

Seront particulièrement appréciés les projets visant à la structuration d'un réseau de « jeunes chercheurs » (mastériens, doctorants et post-doctorants).

Montant : 15 000 € minimum – 50 000 € maximum **Durée :** un an maximum

4. Procédure de sélection et calendrier (prévisionnel) de l'appel à projets

La soumission des projets se fera en deux temps (lettre d'intention puis projet). Les lettres d'intention et les projets déposés seront examinés simultanément selon deux critères : un critère de qualité scientifique évalué par le Comité Scientifique d'Évaluation, et un critère de priorité évalué par les partenaires émetteurs de l'appel à projets, en fonction des orientations scientifiques de leur organisme.

Date de publication de l'appel à projets	Janvier 2017
Date limite de soumission des lettres d'intention	22 mars 2017
Date prévisionnelle de publication des résultats des lettres d'intention	Juillet 2017
Date limite de soumission des dossiers complets	12 Septembre 2017
Date prévisionnelle d'annonce des résultats	Décembre 2017
Date prévisionnelle de mise en place des financements	1 ^{er} semestre 2018

5. Modalités pratiques de soumission

La lettre d'intention et le dossier du projet peuvent être rédigés en anglais ou en français. Pour les besoins de l'évaluation, l'IReSP pourra être amené à revenir vers le porteur de projet et lui demander de fournir une version anglaise de la lettre et du projet dans un délaï de 4 jours.

Le dépôt des projets se fera en deux temps (lettre d'intention puis projet), par mail à l'adresse :

depotaap@iresp.net

Date limite de dépôt des lettres d'intention :

Mercredi 22 mars avant midi (heure de Paris)

Date limite de dépôt des projets (document Word et document Excel) pour les lettres d'intentions retenues :

Mardi 12 septembre avant midi (heure de Paris)

Les documents de soumission ainsi qu'un guide du candidat, à consulter impérativement avant de déposer votre lettre d'intention et votre projet, seront disponibles prochainement sur le site de l'IReSP (www.iresp.net) et par mail (margaux.rozenberg@iresp.net).

Renseignements : margaux.rozenberg@iresp.net / 01 82 53 33 54

Annexe 1 :

Le séminaire de préparation de l'axe thématique sur les inégalités sociales de santé a fait apparaître que de nombreuses questions de recherche restent insuffisamment investiguées. Il est proposé de les aborder selon trois axes :

1. la mesure des inégalités sociales de santé,
2. l'enchaînement des causalités dans la formation ou l'aggravation de ces inégalités,
3. l'évaluation des politiques et des actions visant à les réduire.

1) La mesure des inégalités sociales de santé

Cet appel à recherche vise tout d'abord à susciter des travaux de recherche portant sur la mesure des inégalités sociales de santé qui est un préalable au déploiement de politiques et d'actions visant à les réduire.

Inégalités sociales de santé et genre

Il apparaît important de réfléchir les inégalités de santé selon la catégorie sociale dans le croisement avec les inégalités observées selon d'autres caractéristiques individuelles, en particulier le genre. L'intuition est que les inégalités selon le genre peuvent nous apporter des éléments d'analyse pour comprendre celles observées selon la catégorie sociale.

Alors que le gradient social se vérifie pour les deux sexes, les femmes ont globalement une meilleure santé que les hommes et surtout les inégalités entre elles sont généralement moins marquées qu'entre les hommes⁴. Néanmoins, pour certaines pathologies, cardiovasculaires par exemple, ou comportements de santé, comme l'obésité, les écarts entre les femmes sont plus importants qu'entre les hommes. Le gradient social est parfois même inversé chez les femmes, celles des catégories sociales les plus élevées ayant alors une santé moins bonne que celles des catégories les plus basses, par exemple pour les pathologies liées à la consommation d'alcool⁵.

Les explications de ces différences selon le genre restent encore à trouver. L'hypothèse la plus fréquemment avancée est celle de la plus grande sensibilité des femmes aux questions de santé, liée en partie à un suivi médical plus précoce dans la vie lors des épisodes de maternité. Ainsi, les femmes auraient-elles un rapport au corps et à la santé qui soit différent de celui des hommes ? Mais d'autres questions se posent : La santé de femmes se différencie-t-elle moins selon leur situation sociale, notamment leur profession, alors que celle-ci est très influente sur les comportements et la santé des hommes ? Les femmes auraient-elles, quel que soient leur diplôme, leur profession et leur revenu, les mêmes comportements de protection de leur santé ? Les femmes auraient-elles recours/accès aux soins à peu près également ? Ou les femmes se distinguent-elles entre elles sur la base d'autres critères que la catégorie sociale (leur situation familiale, leur nationalité, la catégorie sociale de leur conjoint, leur parcours professionnel, etc.) ? Certains aspects méritent d'être analysés et leur évolution historique prise en compte, concernant notamment les difficultés de concilier vie professionnelle et vie privée, l'effet plafond de verre dans les évolutions de carrière, la valeur des diplômes selon le genre pour l'accès à une profession, etc.

Tendance d'évolutions

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé entre les femmes et entre les hommes suivent-elles les mêmes évolutions ? Ont-elles tendance à se résorber ou à se creuser ? Quels liens peut-on faire avec l'évolution des rôles sociaux et des comportements de santé des unes et des autres ? Ces évolutions sont-elles différentes selon l'indicateur de santé retenu et selon les caractéristiques sociales choisies ? Les évolutions des inégalités sociales de santé en France sont-elles différentes de celles observées dans les autres pays ? Le cas échéant, quels sont les facteurs explicatifs de ces évolutions différenciées ?

Populations invisibles ou oubliées

De même que les facteurs sociaux qui jouent différemment sur la santé des hommes et des femmes sont encore mal connus, la mesure des inégalités sociales de santé est incertaine pour certaines catégories de populations « invisibles » ou « oubliées » dont l'état de santé et ses déterminants sont occultés par des désavantages sociaux importants (enfants sortants du système scolaire sans diplôme, adolescents, migrants, sans domicile fixe, chômeurs, etc). L'absence d'informations sur la santé ou la catégorie sociale de certaines franges de la population à certains moments de leur vie peut conduire à une mesure déformée des inégalités

⁴ N. Blanpain, 2016, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, n°1584, février.

⁵ N. Fourcade, avec la collaboration de L. Gonzalez, S. Rey et M. Husson, 2013, « La santé des femmes en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 834, mars.

de santé entre les groupes sociaux. L'appel encourage toute étude qui porterait sur ces populations invisibles.

Inégalités sociales et inégalités territoriales de santé

La mesure des liens entre santé et catégorie sociale est également brouillée par les interactions entre la santé, les caractéristiques sociales des individus et les caractéristiques des territoires où ils résident (quartiers, villes, régions, pays, etc.). Il y a à la fois des inégalités sociales et des inégalités territoriales de santé, avec des interactions fortes et difficiles à démêler. Il y a, en particulier, de fortes disparités de l'offre de soins qui influencent le recours et l'accès aux soins, ces désavantages en termes d'offre pouvant venir se cumuler à des désavantages sociaux des résidents.

On sait que la composition sociale des habitants n'explique qu'en partie les inégalités territoriales de santé. Ainsi, il semblerait que les caractéristiques des territoires et leurs évolutions jouent un rôle dans la construction ou dans la réduction des inégalités sociales de santé. Pour démêler les inégalités sociales et territoriales de santé, quel est le niveau d'analyse le plus pertinent ? Faut-il observer et mesurer les écarts de santé à un niveau fin ou agrégé ? Quelles méthodologies faut-il développer pour mesurer à la fois les effets individuels et les effets des territoires sur les inégalités sociales de santé ? Quels territoires faut-il considérer ? Certains travaux⁶ montrent qu'il faut considérer tous les lieux fréquentés par une personne, le lieu de résidence, le lieu de travail, éventuellement les lieux de loisirs ainsi que la mobilité entre ces lieux. Enfin, il faut tenir compte du fait que les personnes ne résident pas toute leur vie au même endroit, qu'elles peuvent déménager dans des lieux plus ou moins favorables à la santé. Enfin, il faudrait tenir compte du fait que les territoires eux-mêmes évoluent à moyen ou long terme.

Potentiel du « big data » pour la mesure des inégalités sociales de santé

L'amélioration des connaissances sur les inégalités sociales de santé est peut-être à chercher du côté des données massives disponibles dans les bases de données médico-administratives, enrichies de données fiscales, environnementales, professionnelles ou augmentées de données observées par les objets connectés et les réseaux sociaux. Un enjeu majeur pour les projets de recherche est de mobiliser ces sources de manière croisée, en s'appuyant éventuellement sur les techniques d'analyse des données massives, pour documenter et décrire des corrélations insoupçonnées entre telle variable sociale et telle variable de santé, appelant ensuite des recherches complémentaires pour en comprendre l'origine et les canaux de transmission.

2) Développer les connaissances sur l'enchaînement des causalités dans la formation ou l'aggravation des inégalités sociales de santé

L'appel à recherches vise à susciter des travaux dont l'objectif est de mieux identifier les principaux déterminants des inégalités sociales de santé, la manière dont éventuellement ils se cumulent et s'enchaînent et les mécanismes par lesquels ils agissent. Des projets de recherche accordant une attention particulière au rôle des conditions de vie dans l'enfance, d'une part, et des conditions de travail, d'autre part, sont particulièrement attendus. La DARES financera des projets sur ce dernier point.

Le rôle des conditions dans l'enfance

Parmi les déterminants sociaux de la santé, une attention particulière pourra être portée au rôle et au poids des conditions de vie dans l'enfance. L'enfance est entendue ici au sens large commençant avant la naissance jusqu'au début de la vie adulte. C'est une période de la vie avec des pathologies et des problèmes particuliers et où un certain nombre d'expériences négatives (problèmes affectifs ou traumatismes vécus, faible réseau social et familial) vont s'accompagner d'un moins bon état de santé, de moins bonnes capacités d'apprentissage et impacter négativement l'état de santé futur, à l'âge adulte. Dans quelle mesure les inégalités sociales dans l'enfance produisent-elles des inégalités sociales de santé à l'âge adulte ? Certains déterminants des inégalités sociales de santé ont-ils un effet cumulatif ou combiné tout au long de la vie ? En quoi l'exposition précoce à certains facteurs délétères pour la santé est-elle créatrice d'inégalités de santé qui apparaissent ou perdurent à l'âge adulte ?

Pour répondre à ces questions, il faudrait approfondir l'analyse du cumul des désavantages sociaux, de leur interaction et leur enchaînement tout au long de la vie, de la durée de l'exposition et de la plus ou moins grande vulnérabilité de certaines catégories de population. Des recherches s'intéressant aux mécanismes physiologiques et biologiques à l'œuvre dans la construction des inégalités sociales de santé et à la manière dont les conditions économiques et sociales de vie agissent de manière dynamique tout au long de la vie (life-course epidemiology), voire même entre générations seraient à développer. Les projets de recherche proposés ne devront pas se focaliser uniquement sur la compréhension des mécanismes à l'œuvre d'un point de vue

⁶ Pierre Chauvin et coll., 2016, « Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le Grand Paris, dans *Les inégalités de santé au carrefour de la veille, de la prévention et de la recherche*, BEH, n°16-17, juin.

physiologique ou biologique mais devront analyser la construction d'un gradient social de la santé à la lumière de ces mécanismes. Les travaux visant à resituer les données individuelles au cours de la vie, issues de cohortes de longue durée, dans les évolutions successives du contexte social et sociétal seront bienvenus. En l'absence de ces données de contexte, l'épidémiologie biographique (life-course epidemiology) pourrait omettre les déterminants supra-individuels de la santé.

Le rôle des conditions de travail

Les travaux pourront également s'intéresser au rôle et au poids du milieu professionnel et des conditions de travail dans l'apparition ou l'aggravation des inégalités sociales de santé. En particulier, les différences d'exposition aux facteurs de risque (rythmes de travail dont le travail de nuit, répétitivité, charge physique ou mentale, exposition à des toxiques, etc.) et les inégalités sociales de santé qui en découlent pourront être analysées. En effet, les situations concrètes auxquelles sont confrontés les salariés, notamment en matière de cumul et de chronicité des expositions à des risques professionnels, sont mal connues. L'impact combiné des expositions à des facteurs de risque au travail, de la précarité ou de la perte d'emploi sur la santé et la formation d'inégalités entre les individus, en prenant en compte l'impact des conditions de vie et de travail sur l'adoption de comportements (alimentaires, addictions, etc.) défavorables à la santé, est peu exploré.

Outre les expositions, les inégalités de santé se nourrissent aussi sans doute des inégalités dans la couverture des différentes catégories de travailleurs (salariés ou indépendants, salariés de très petites entreprises vs salariés de grandes entreprises, salariés sous contrats précaires ou stables...) par les politiques de prévention des risques professionnels menées par les entreprises et les institutions spécialisées. Les pratiques différenciées des travailleurs face aux risques - ignorance, déni, défi, précaution, etc. - peuvent également contribuer aux inégalités.

Le rôle des facteurs environnementaux

De même, les projets pourront interroger le rôle et le poids de l'environnement physique et social. L'environnement inclut les expositions physiques et chimiques (bruit, pollution, pesticides, etc.), l'urbanisation, la qualité de l'habitat, l'accès aux services (sportifs, transports, etc.), le support social (intégration sociale, réseau social) et les caractéristiques sociales de la zone de résidence et/ ou d'activité (insécurité, taux de chômage, etc.). La compréhension de la manière dont ces déterminants agissent sur la santé et la formation des inégalités sociales de santé est cruciale.

3) L'évaluation des politiques et des actions visant à réduire les inégalités sociales de santé

Les évaluations des politiques de prévention et des actions agissant sur les déterminants sociaux de la santé sont rares. Cet appel vise donc à les promouvoir. En particulier des évaluations de politiques publiques ou d'actions dans les domaines non sanitaires (éducation, emploi, transports, logements, habitat, environnement, nutrition) sur la santé sont attendues. Des évaluations d'actions dans le domaine sanitaire pourront être proposées dans l'appel général sur la recherche en services de santé.

Méthodes d'évaluation

Les travaux pourront être d'ordre méthodologique. Les causes des inégalités sociales de santé étant nombreuses et complexes, les interventions visant à les réduire doivent intervenir sur de nombreux facteurs et sont donc également complexes. Elles impliquent notamment des changements systémiques dans le temps. Comment évaluer des interventions complexes ? Comment tenir compte du fait que ces interventions ont parfois des effets à moyen ou long terme ? Comment tenir compte des effets non intentionnels et en particulier celui d'augmenter les inégalités sociales de santé ? Quelles méthodes sont nécessaires pour que l'évaluation des interventions alimente les décisions politiques ?

Sur une action particulière, les questions suivantes pourraient être posées : comment évaluer la plus-value de l'action en termes de réduction des inégalités sociales de santé ? Quels sont les coûts évités ? Touche-t-on les bonnes personnes ? Comment repérer et agir sur les publics selon leur catégorie sociale ? Comment s'assurer que l'action agit de manière proportionnée en fonction du niveau social des personnes ciblées ? A un niveau plus macro, des approches économiques visant à mesurer le coût de ne pas agir sur les inégalités sociales de santé pour le pays, à court et surtout à long terme, pourront être proposées.

Au-delà des évaluations *a posteriori* qui pourront être proposées, cet appel promeut particulièrement les démarches d'évaluation d'impact en santé⁷ *a priori* qui visent à évaluer les effets positifs et négatifs potentiels d'une politique ou d'une intervention, en construction, sur la santé. Ces démarches peuvent s'appuyer sur une diversité de méthodes quantitatives et qualitatives et s'appuyer sur des revues de littérature (méta-analyses, par

⁷ Consensus de Göteborg, Etude de l'impact sur la santé, Principaux concepts et méthode proposée (traduction centre collaborateur de l'OMS en 2005), 1999.

exemple), des analyses de données déjà existantes ou des recueils de nouvelles données. Cette approche, si elle est retenue dans les projets, devra montrer comment la préoccupation de l'équité peut être introduite dans les démarches d'évaluation d'impact en santé.

Recherche interventionnelle et « transférabilité » d'expériences et d'actions locales

Cet appel suscite également de la recherche interventionnelle qui s'attache à comprendre les processus et les mécanismes d'interventions réelles, en faisant travailler ensemble chercheurs, acteurs de terrain et décideurs, pour conduire à une réflexion sur le contexte d'implémentation de ces interventions et leur degré de transférabilité à d'autres contextes.

Il s'agirait en particulier d'analyser et d'évaluer des dynamiques d'acteurs et des dynamiques territoriales. Des travaux sur les méthodologies de mobilisation des acteurs (plateformes de coordination, etc.) et de participation des citoyens, des patients et des usagers experts aux interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé pourront être proposés. Comment organiser cette participation et quelle place donner à leur expertise ?

Cohérence des politiques publiques, au niveau national et régional, et des actions locales

L'insuffisante articulation entre les différents niveaux des politiques publiques, d'une part, et les interventions locales, d'autre part, en matière de santé est régulièrement soulignée comme contribuant à accroître les inégalités. Comment comprendre, assurer et améliorer cette mise en cohérence ? Des travaux en sociologie et en sciences politiques sur ces questions sont attendus. D'autres questions sont : Comment intégrer l'analyse en termes de gradient social dans les réflexions des décideurs ? Comment les transformer en actions concrètes ? Comment impliquer les différents partenaires et les coordonner autour des actions de réduction des inégalités sociales de santé ? Plus largement, comment développer l'approche par les inégalités sociales de santé au sein des politiques publiques et identifier les blocages ?

Inégalités sociales de santé et questions éthiques

In fine, les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé posent des enjeux éthiques que les projets proposés pourraient questionner. Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé⁸, les inégalités injustes sont celles qui pourraient être évitées par des interventions politiques. Le Haut conseil en santé publique (HCSP)⁹ préfère avancer que les inégalités injustes, et sur lesquelles il faut intervenir, sont celles qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes. Le HCSP note qu'en pratique, peu de comportements de santé dépendent uniquement du ressort des individus, la plupart sont influencés par l'entourage, les ressources économiques et sociales, les conditions de vie, l'offre de soins, etc. Des travaux sur les théories de la justice, sur la responsabilité individuelle versus la responsabilité sociale et collective, sur la responsabilité de la génération actuelle versus la génération future, sur les risques de « profilage » seraient sans doute nécessaires pour avancer dans la réflexion sur les interventions efficaces. Le respect de la liberté des individus dans la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé est également une thématique centrale. Des travaux récents¹⁰ montrent en effet que les interventions nutritionnelles les plus efficaces sont celles qui ne font pas appel au libre choix de l'individu mais l'incitent en douceur à modifier ses habitudes alimentaires sans même qu'il s'en rende compte.

⁸ Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009, OMS.

⁹ Les inégalités sociales : sortir de la fatalité : rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Paris: HCSP, décembre 2009, 101 p.

¹⁰ Inserm, Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris 2014.

Annexe 2 : liste non exhaustive des données issues des bases pouvant potentiellement être analysées (modalité 2)

- Les grandes bases de données médico-administratives de l'assurance maladie (EGB, extractions du SNIIR-AM) ou de l'agence technique de l'information pour l'hospitalisation (PMSI-MCO, RIM-P, etc.) sous condition d'accord de la Cnil et éventuellement du CCTIRS ou de l'IDS. Pour avoir des précisions sur les informations présentes dans le SNIIRAM, voir la rubrique "données statistiques" de la page du site [ameli.fr](http://www.ameli.fr) (<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/>). Pour avoir des informations sur les données collectées auprès des établissements de santé, voir la page sur l'accès aux données du site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees>).
- L'infocentre OCAPI (Observatoire des Caisses d'Assurance maladie des Professions Indépendantes) du Régime Social des Indépendants où sont mises à disposition l'ensemble des données santé des caisses du régime. La base est constituée de données administratives sur la population couverte, de données de remboursement (hors financement par dotation globale) et de données médicales, notamment sur les ALD et les arrêts de travail. La base OCAPI permet ainsi le ciblage de population sur des critères démographiques et/ou pathologiques. Cette base existe depuis 1995 et l'historique des données de remboursement est de 3 ans. Pour toute demande concernant cette base, le contact est M. Claudine Kamali Claudine.Kamali@rsi.fr,
- Les Baromètres Santé de l'INPES (<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp>). Depuis vingt ans, ces enquêtes déclaratives répétées alimentent une base de données qui permet d'établir un état des lieux, pour chaque thème de santé étudié (tabagisme, alcoolisation, consommations de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale...) des perceptions, attitudes et comportements des personnes résidant en France. Ce dispositif d'enquête permet une surveillance conjointe de la perception des risques et des comportements de santé et sa répétition rend possible le suivi de leurs évolutions dans le temps,
- Les enquêtes sur la santé et la protection sociale (ESPS) de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html>),
- Les bases Eco Santé (<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>). Avec ces bases, l'Irdes met à disposition plus de 60 000 séries (soit plus de 2 millions de chiffres), permettant l'analyse des systèmes de santé,
- L'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'Irdes, (<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/psce-enquete-sur-la-protection-sociale-complementaire-d-entreprise/actualites.html>)
- L'enquête Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) de l'Université Paris Dauphine, (<http://share.dauphine.fr/>)
- L'enquête Conditions de travail 2013 de la DARES qui comprend un sur-échantillon dans la Fonction publique hospitalière ainsi que dans le secteur des hôpitaux et cliniques privées (<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/conditions-de-travail-edition-2013>),
- L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières de la DREES (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>),
- L'enquête SIP (Santé et Itinéraire Professionnel) de la DARES et de la DREES (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/l-enquete-sante-et-itineraire-professionnel-sip>)
- Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (DREES, ORS, URPS médecins libéraux), (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>).
- L'enquête Handicap Santé de la DREES (HSM) (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/les-enquetes-handicap-sante>).
- L'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors auprès des ménages (CARE-ménages) (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>).
- Les enquêtes auprès des producteurs de soins ([Enquête auprès des infirmiers libéraux : "Coordination sanitaire et sociale"](#) par exemple),
- La cohorte Constances (<http://www.constances.fr/espace-scientifique/proposer-projet.php>)
- Les grandes enquêtes de la statistique publique (INSEE, INED),
- Les enquêtes en SHS ayant un volet santé et services de santé répertoriées par le [réseau Quételet](#),
- Les bases de données recensées dans [le portail Epidémiologie-France](#).

Une présentation de ces enquêtes (champ, représentativité, problématisation, mise à disposition des données...) est disponible sur le site de la DREES, et de l'INPES pour les Baromètres santé.