



29 mai 2009

Appel à projets de recherche 2009

« Services de santé - Politiques publiques et santé »

Préambule

La recherche en Santé Publique fournit des bases scientifiques pour éclairer l'élaboration des politiques de santé et contribuer à améliorer les réponses apportées aux problèmes de santé de la population, notamment celles qui dépendent des services de santé.

Les connaissances produites par la recherche aident à mieux comprendre le rôle et les interactions des facteurs qui jouent un rôle déterminant pour la santé des populations, et des individus qui les composent. Elles soutiennent la préparation des stratégies de prévention et de prise en charge efficaces, aux niveaux individuel et collectif. Elles aident à déterminer les conditions permettant d'obtenir les meilleurs résultats, pour l'ensemble de la population et dans toute sa diversité, de la mise en œuvre de ces stratégies, en articulant les politiques menées au niveau national, au niveau régional et au niveau local, et en utilisant au mieux les ressources consacrées à la santé.

En 2009, plusieurs actions de financement sur projets des recherches en Santé Publique sont menées en concertation entre le GIS Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), avec l'appui notamment de la Direction Générale de la Santé (DGS). Les financements mobilisés pour ces actions concertées ont pour objectif de promouvoir la structuration d'un milieu de recherche en Santé Publique de qualité internationale en incitant au développement, en France, de travaux scientifiques multidisciplinaires portant sur les déterminants de la santé, les politiques publiques et les services de santé.

Ainsi, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) lance aujourd'hui, en partenariat avec la DGS, la CNAMTS, la CNSA, la HAS, la MiRe-DREES, le RSI, l'Inserm, l'EFS, l'Afssaps, l'InVS et l'INPES, un appel à projets de recherche sur « Services de santé – Politiques publiques et santé ».

L'ANR lancera quant à elle à l'automne 2009 un appel à projets de recherche sur les interactions entre les déterminants de santé ainsi que sur le développement des outils qui permettent de les étudier. Son contour exact sera défini par un comité de pilotage spécifique qui prendra en compte les conclusions de l'Atelier de Réflexion Prospective confié par l'ANR à l'IReSP en décembre 2008 et les recommandations de son comité scientifique sectoriel Biologie – Santé.

Je tiens à saluer le travail mené par l'ANR et l'IReSP, et par tous les acteurs qui se sont mobilisés tant pour définir le contenu des appels à projets que pour contribuer à leur financement. Cette programmation convergente est une contribution concrète au rapprochement des institutions en charge de la stratégie nationale, de la programmation et du financement des recherches.

Professeur Didier Houssin
Directeur général de la santé, Président du GIS-IReSP



Définition générale et objectif de l'appel

Sous le terme général « Services de santé – Politiques publiques et santé », on regroupe des travaux dont l'objectif est d'analyser (1) le fonctionnement et / ou les transformations émergentes des services de santé (compris au sens large du terme) afin d'en anticiper l'impact et d'éclairer les choix politiques et (2) la construction, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de santé ou plus largement des conditions de l'action publique en santé.

L'appel à projets a un objectif de structuration d'un milieu de recherche et d'incitation au développement en France de travaux scientifiques de qualité internationale sur les services de santé et sur les politiques publiques de santé.

Il est ouvert à toute équipe de recherche, dès lors qu'elle propose des travaux qui répondent à la définition du domaine citée ci-dessus.

Les deux modalités de soutien

L'appel à projets propose deux modalités d'incitation et de soutien.

1) Soutien d'un projet de recherche

Les projets de recherche sélectionnés seront soutenus sur trois ans (maximum). Le responsable scientifique devra être un chercheur ou enseignant-chercheur appartenant à une structure de recherche déjà existante.

La collaboration de chercheurs de plusieurs disciplines autour d'un projet de recherche est vivement encouragée, mais pas exclusive. Néanmoins, pour être accepté, un projet de recherche mono-disciplinaire devra justifier en quoi les résultats attendus peuvent contribuer *in fine* à la problématique de l'appel à projets.

Quelle que soit la modalité de soutien choisie, le nombre de disciplines impliquées est moins important que la démonstration de l'intérêt et de la capacité à articuler des concepts et des méthodes différents pour traiter une question de recherche.

Il n'y a pas de montant maximum au soutien demandé, qui fera l'objet d'une analyse minutieuse.

2) Soutien d'un séminaire méthodologique

Les projets de séminaire seront soutenus sur une durée de 18 mois maximum. Ils ont pour but de contribuer au renforcement de la recherche dans les domaines concernés.

Pour ces deux modalités de soutien, il est possible de financer du personnel (thèse, post-doc, ingénieur, ...) en vacation ou en CDD.

Le champ de l'appel à projets

1) Approche centrée sur les services de santé

L'objectif des recherches entreprises sous cet intitulé est d'analyser le fonctionnement des services de santé (compris au sens large du terme) et l'impact de ses transformations émergentes, afin d'éclairer les choix politiques. **Trois domaines d'investigation ont été identifiés :**

1.1 Les systèmes de protection sociale

Les systèmes de protection sociale universelle des pays développés sont aujourd'hui confrontés à au moins deux défis majeurs quant à la pérennité de leurs principes de base de solidarité et de financement collectif.

1.1.1 Dans le cas de la couverture collective des dépenses de soins de santé, on observe un décalage permanent et durable entre une croissance des dépenses de santé, l'évolution de la richesse nationale et le maintien d'un haut niveau de couverture sociale de ces dépenses. Si les estimations de cet écart convergent entre experts (entre 1% à 2% d'écart annuel d'évolution entre dépenses de santé et PIB selon les scénarios), en revanche les avis divergent sur la façon de le financer.

Les recherches visant à éclairer ce débat pourront être de nature tant théorique qu'empirique, et s'appuyer sur des comparaisons internationales. En se plaçant dans une perspective de politique générale et d'analyse macroéconomique, les questions suivantes pourront être abordées :

- Comment le débat se pose-t-il dans d'autres pays de niveau de développement comparable à celui de la France, en fonction du modèle d'offre de couverture des dépenses de santé et de leurs modalités de financement ?
- Le même constat est-il fait quant au caractère inéluctable de la progression relative des consommations de biens et services de santé à un rythme plus élevé que la richesse nationale ? Outre la comparaison internationale, y a-t-il sur le plan théorique un certain renouvellement, voire une remise en cause, de la question de l'inéluctabilité de la croissance des dépenses de santé dans le PIB (économétrie des séries temporelles, discussion sur la « médicalisation » de la société) ?
- Quelles sont les solutions envisagées pour y remédier ?
- Peut-on observer un transfert de charge progressif vers des financements privés (ou semi privés mutuelles ?) des dépenses, et avec quels effets ? Quelles sont alors les conséquences observées ou prévisibles de ce transfert de charges ?
- Quel est l'effet des prélèvements collectifs nécessaires pour financer les services de santé sur la croissance économique ? La santé peut-elle être un investissement productif ?
- Quels seraient les effets d'éviction d'autres investissements collectifs produits par une augmentation du financement collectif des dépenses de santé ?

Une autre façon de traiter la question de la régulation des dépenses de santé est d'identifier les politiques de recherche de l'amélioration de l'efficacité, d'en analyser les fondements et d'en évaluer l'impact potentiel. En particulier, on s'intéressera particulièrement au bilan coût/bénéfice d'actions visant à éviter ou retarder l'apparition d'une maladie chronique ou à mieux les prendre en charge en soins primaires. Des recherches comparatives centrées sur une pathologie chronique particulière visant à étudier les modes d'organisation adoptés, les interactions entre différents services de soins de santé et à évaluer leurs effets et leur coût seront financées en priorité.

1.1.2 Un deuxième défi de nos systèmes de protection sociale est celui de la prise en charge de la perte d'autonomie, qu'elle soit liée au vieillissement, à la maladie, ou à des handicaps. Plusieurs études ont montré, en France et dans d'autres pays, que les dépenses de santé *per capita* avaient tendance à baisser avec le grand âge, mais que d'autres dépenses liées à la perte d'autonomie, tant physique, sociale que financière (comme, par exemple, les dépenses d'hébergement) prenaient le relais. Malgré les différentes formes de prise en charge de la perte d'autonomie (via l'assurance maladie, les indemnités des handicaps acquis, la pension de retraite, les services sociaux, l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et la prestation de compensation du handicap [PCH]), les besoins des personnes dépendantes, notamment en matière d'aide à domicile ou d'aides aux aidants naturels, ne sont que partiellement couverts. On peut donc s'attendre,

notamment en raison de l'accroissement de la longévité, à l'augmentation des besoins de financement de services et à une pression sociale accrue pour l'extension des prestations financées collectivement.

Cette évolution conduit à s'interroger (1) sur la notion de « besoin » lié à la perte d'autonomie, à la fois plus subjective et plus contingente aux ressources en termes d'argent et de réseau familial et social de chaque individu (le coût de la compensation de la perte d'autonomie est plus difficile à prévoir et à assurer) ; (2) sur la gestion de ce « 5^{ème} risque ». Contrairement au modèle de l'assurance maladie, la France n'est pas encore dans un système de monopole de gestion de ce risque, interdisant à des organismes privés d'assurance et de prévoyance d'offrir des prestations et des couvertures qui seraient déjà couvertes par la solidarité nationale. Par ailleurs, il existe différents niveaux possibles d'intervention de la puissance publique : au-delà des solidarités familiales et de réseau social, les collectivités territoriales sont à la fois offreurs de financement et de services et d'équipements.

Les recherches proposées pourraient par exemple porter sur :

- l'analyse prospective de l'évolution des besoins de financement du secteur de la protection sociale. De telles simulations devraient alors inclure une réflexion sur le rôle respectif des financements publics et privés dans l'offre de services, ainsi que sur la forme que prendrait cette protection (bénéfices en nature contre bénéfices monétaires) et son impact sur l'équité et l'efficacité de l'allocation des ressources qui en découlerait.
- l'attitude face au risque de dépendance : la microéconomie - ou la sociologie - des comportements dans l'incertain n'a pour le moment que peu exploré les spécificités du risque dépendance par rapport aux autres risques.
- l'apport de comparaisons internationales incluant des évaluations des modèles étrangers en termes de satisfaction des personnes, d'équité et d'efficacité. Ces comparaisons porteraient entre autres sur le croisement public/privé tant au niveau du financement (prévoyance individuelle/solidarité) que de l'offre de services, le niveau de couverture offert par les systèmes publics et les niveaux de responsabilité (national/local). La situation française fournit l'occasion d'observer et d'évaluer la mise en place de la fongibilité des financements du médical et du médico-social dans le cadre de la création des Agences Régionales de Santé.
- les outils qui permettent l'évaluation de l'offre de programmes et de services autour de la prise en charge de la perte d'autonomie, tenant compte du caractère personnalisé de ceux-ci et de leur co-production par les offreurs, les bénéficiaires et leurs aidants naturels.

1.2 Impact des innovations sur le système de soins

On adopte ici une conception large de l'innovation, qui peut aussi bien être technologique qu'organisationnelle. L'appel à projets privilégie trois points d'entrée :

1.2.1 L'innovation en santé sous sa forme de progrès des techniques thérapeutiques et diagnostiques est généralement présentée comme un facteur important de la croissance des dépenses totales de santé, sans que l'on soit toujours capable d'évaluer son impact global sur l'amélioration de la santé de la population. Les innovations font certes l'objet d'une évaluation de leurs avantages potentiels au moment de leur mise sur le marché (procédure d'AMM) et de leur demande d'accès aux principaux marchés remboursés. Ces dernières procédures sont plus ou moins contraignantes selon les pays, conduisant à une diffusion présentant des rythmes et une ampleur différents d'un pays à l'autre.

Cette disparité dans les rythmes d'adoption d'innovations entre pays pose plusieurs questions :

- peut-on mesurer au niveau global les bénéfices en santé (par exemple en morbi-mortalité) de ces différents niveaux d'investissements en fonction des modalités de remboursement ? Des recherches transversales portant sur plusieurs pays sur des domaines de pathologie particuliers permettraient d'une part, de mesurer la contribution des innovations à

l'amélioration de la santé des populations, à côté d'autres facteurs explicatifs et, d'autre part, de mesurer le rendement collectif des investissements réalisés dans des innovations techniques.

- peut-on analyser l'impact du fonctionnement des services de santé sur la diffusion des innovations et ses effets en population ?
- quels sont, d'un point de vue plus politique et toujours dans une approche comparative, les arbitrages réalisés dans différents pays (conduisant, par exemple à une diffusion plus large d'innovations en imagerie médicale en Allemagne qu'en France mais à un accès plus restreint aux innovations médicamenteuses) ?
- quel est l'impact de la demande croissante aux services de santé de s'investir dans l'éducation du patient, dans ses modes d'organisation novateurs (maisons de santé, forfaits pour les libéraux, etc.), que les Canadiens nomment la pratique clinique préventive en soins de santé primaire ?
- quelles sont, toujours dans une perspective comparative, les différentes modalités de financement des innovations et les coûts induits pour les systèmes de protection sociale ? En particulier, l'organisation générale des services de santé, leurs modalités de financement ont un impact sur les modalités de diffusion d'innovations : cet impact conduit-il à des coûts différents pour les systèmes d'assurance-maladie ?

Des approches comparatives internationales pourraient également porter sur la diffusion d'innovations technologiques offrant des services nouveaux aux personnes en perte d'autonomie (voir thème 1.1.2).

1.2.2 Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) sont habituellement considérées, notamment en termes de management public, comme un facteur clé de l'amélioration de la performance des services de santé et médico-sociaux, et notamment de la coordination de ces services entre eux. Il s'agirait d'analyser quand et comment elles sont une condition nécessaire de l'amélioration de la performance des services de santé, tant en matière de résultats sanitaires que d'efficacité (rapport qualité/coût). A l'heure où les pouvoirs publics et l'assurance maladie encouragent de nouvelles formes de pratique en médecine « de ville », au sein de cabinets pluri-professionnels, au sein de réseaux de soins et cherchent à développer l'équivalent de programmes de « *disease management* », les outils informatiques de gestion de cabinet et de dossiers patients partagés sont une ressource indispensable mais qui transforment à la fois la pratique de chaque acteur et leurs modes de coordination. Plus récemment, la proposition de l'assurance maladie de passer des contrats individualisés visant à améliorer les pratiques professionnelles (les CAPI ou contrats d'amélioration des pratiques individuelles) sur plusieurs dimensions requiert une transformation importante des modes de transmission de l'information entre payeurs et médecins. Des travaux de recherche analysant des pratiques actuelles de l'usage de l'informatique dans la perspective d'amélioration des pratiques et des modes de coordination entre acteurs permettraient d'identifier les conditions nécessaires à un usage réussi des technologies de l'information, à l'aune de l'amélioration des services rendus au patient. Le domaine d'investigation n'est pas restreint à la médecine « de ville » et peut également recouvrir les services hospitaliers, publics et privés, ainsi que les interactions entre les différents secteurs de l'offre de services.

Comme ci-dessus, les innovations en technologies de l'information et de la communication (TIC) visant à améliorer la coordination des acteurs autour de la prise en charge des patients en perte d'autonomie sont un domaine d'application qui pourra être retenu.

Un deuxième domaine de recherche est celui de la dynamique du secteur économique de production des technologies et services de la communication, appliqués aux services de santé. En première analyse, on peut faire l'hypothèse que la lenteur du développement des TIC au sein des services de santé en France (télé médecine, partage de dossiers médicaux, coordination entre services de santé) est en partie liée à l'absence d'une offre industrielle cohérente, du point de vue des standards de traitement de l'information et des possibilités d'interconnexion ou d'intégration. Cette hypothèse doit

être testée, en utilisant si besoin est des comparaisons avec d'autres pays qui auraient mieux réussi dans le développement et la diffusion de nouveaux services dans ce domaine.

1.2.3 Un avatar de la diffusion des TIC est aujourd'hui l'usage d'Internet pour produire et émettre de l'information facilement accessible à tous.

Il existe aujourd'hui une prolifération de sites médicaux et sanitaires, émanant d'établissements de santé, de sociétés savantes, de sites commerciaux et industriels, offrant une information plurielle et foisonnante à la population. A ces sites, on peut ajouter les forums de discussion, les blogs, etc. Des travaux de recherche ont été réalisés sur le contenu des échanges des forums santé, sur la fréquentation en France des sites santé et il existe de nombreux témoignages de médecins quant au changement de leur relation avec leurs patients induit par cet accès facile à une information en santé. En revanche, on connaît peu l'utilisation qui est faite en France de l'information accessible sur les sites institutionnels de l'administration de la santé, des organismes d'assurance maladie ou des grandes agences publiques. Or, ces sites ont vocation à diffuser des informations et des messages d'institutions qui sont en principe des porte-parole de l'intérêt des citoyens et de la collectivité : messages d'éducation pour la santé, informations en cas de crises sanitaires, informations sur la qualité des services de santé, et plus récemment sur les prix pratiqués par les médecins « de ville ». Des travaux de recherche visant à répondre aux questions suivantes sont attendus :

- Peut-on mesurer l'impact d'une campagne de communication de Santé Publique via le medium Internet sur les connaissances et les croyances des personnes ? En particulier, comment cet impact se différencie-t-il en fonction des caractéristiques démographiques (âge, sexe), du niveau d'éducation et du niveau socio-économique des « cibles » ? Les effets observés sont-ils différents en fonction des modalités utilisées ?
- Quelle est la « valeur » donnée à ces messages par rapport aux autres sources d'information utilisées par les personnes : leurs propres réseaux sociaux, les autres media et en particulier les autres sites « non publics » ?
- Quel est l'apport des techniques de marketing développées dans le monde de l'entreprise pour la communication des institutions publiques ?
- Comment l'exemple des maladies rares et handicaps rares (bonne connaissance du milieu médical) peut-il servir de modèle et peut-il être transposé pour d'autres handicaps ou pathologies ?

1.3 Accessibilité du système de soins. Nouvelles contraintes, nouveaux enjeux

Les réformes récentes du système de santé français ont toutes un impact direct ou indirect sur l'accès aux soins : accessibilité aux spécialistes « de ville » limitée par le parcours de soins instauré en 2004, accessibilité financière modifiée par l'instauration de franchises et de tickets modérateurs d'ordre public, déremboursement de médicaments, incitation à l'usage des génériques, restructuration en cours des établissements de santé dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité. A cela s'ajoute l'impact de la démographie médicale et l'apparition de « déserts médicaux » en milieu rural mais aussi en milieu urbain défavorisé. L'IReSP encourage des travaux de recherche visant à évaluer l'impact de ces transformations sur le recours (et donc le non-recours et le renouement au recours) aux soins par la population : sont-elles porteuses de discriminations nouvelles, notamment pour les groupes les plus vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, personnes dépendantes, personnes et ménages à bas revenu, personnes isolées géographiquement, immigrés ? Des travaux analysant l'impact sur la santé des différents types d'accessibilité (accessibilité physique, communication) sont également attendus.

L'étude du non-recours à l'APA ou à la PCH (et généralement, les travaux portant sur la demande d'APA) qui est une manière de transférer ces questions dans le domaine de la dépendance peut également être considérée comme appartenant au champ de l'appel à projet.

2) Approche centrée sur les politiques publiques de santé

Le niveau d'observation est celui de la construction, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques de santé ou plus largement des conditions de l'action publique en santé. Il s'agit donc de prendre en compte tant les politiques engagées par les pouvoirs publics, au sens assez strict du terme, que les actions et politiques menées par les différents organismes qui interviennent dans le champ de la Santé Publique. **Trois domaines d'investigation ont été identifiés :**

2.1 Système d'acteurs et gouvernance – territorialisation

Depuis le début des années 1990, les relations entre les acteurs nationaux et locaux des politiques publiques de santé ont connu des transformations substantielles. D'un côté, l'échelon régional s'est imposé comme le cadre territorial pertinent de mise en cohérence d'un système de santé historiquement fragmenté entre caisses d'assurance maladie et administrations d'Etat, entre ville et hôpital, etc. La loi hospitalière de 1991, les ordonnances Juppé de 1996 et le projet de loi HPST ont ainsi introduit de nouveaux outils (SROS, etc.) et de nouveaux acteurs (ARH puis ARS, URML, etc.) au plan régional. De l'autre côté, cependant, l'on semble assister à la « verticalisation » de l'action publique avec le renforcement de la position et des compétences des acteurs nationaux : la dynamique est celle de l'affirmation et/ou de la clarification de chaînes hiérarchiques entre les acteurs des niveaux national et infranational, qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou des administrations d'Etat. Par exemple l'ONDAM, élaboré par la Direction de la Sécurité Sociale et voté par le Parlement, introduit un cadre budgétaire (théoriquement) fermé pour les acteurs de la régulation régionale. La création des multiples agences de la veille et de la sécurité sanitaires a considérablement renforcé l'expertise du niveau national, peut-être aux dépens de celles des administrations sanitaires locales (DRASS, DDASS). Le projet de loi HPST semble vouloir encore accentuer cette verticalisation. En ce sens, l'action publique régionale ne serait que la déclinaison territoriale d'un cadre financier, cognitif et normatif de plus en plus contraignant défini au niveau national. Deux raisons à cette centralisation/déconcentration peuvent être avancées : l'impératif de la préservation de l'égalité géographique d'accès aux soins et la maîtrise des dépenses de santé.

L'interrogation porte donc sur les modalités concrètes du redéploiement des relations entre acteurs de ces deux niveaux de la gouvernance du système de santé. Comment les acteurs régionaux interviennent-ils dans les choix et arbitrages faits au niveau national ? Comment accommodent-ils localement le cadre normatif et budgétaire national ? Inversement, quelles sont les formes de relation, plus ou moins hiérarchiques ou autoritaires ou, au contraire, partenariales et négociées que les acteurs nationaux décident de nouer avec les acteurs régionaux ? Quelle marge d'autonomie pour l'action publique locale ? Cette marge d'autonomie est-elle conquise ou concédée ? Quelle est la logique qui préside à l'octroi de marge d'autonomie régionale ? Quelles sont les résistances ? L'action publique en région est-elle la simple déclinaison de politiques nationales ? Les politiques nationales sont-elles transformées lors de leur mise en œuvre au niveau régional ? En résumé, comment se recomposent les règles du jeu entre les niveaux national et régional ?

2.2 L'action publique en santé en régions

La part prise par les actions publiques et les acteurs se situant au plan local (au sens large du terme) apparaît de plus en plus importante sans que l'on soit encore véritablement en mesure d'en déterminer l'ampleur, l'impact et, plus encore, la singularité. Aussi apparaît-il nécessaire de mieux comprendre les effets produits par cette « territorialisation » accrue des politiques de santé. Compte tenu de la réforme de l'organisation régionale portée par la loi HPST, il semble ainsi pertinent de s'interroger sur l'action publique en santé à partir de sa dimension régionale. De même, semble-t-il pertinent de comprendre comment les changements actuels, ainsi que ceux qui sont attendus peuvent modifier les relations entre le niveau national et local. Plus globalement, l'interrogation porte sur la

façon même de conduire les politiques publiques, sur les éventuelles évolutions voir les éventuelles ruptures associées à la modification des systèmes d'acteurs, à l'introduction de nouvelles thématiques, de nouveaux impératifs, etc. Des recherches sont donc attendues afin d'éclairer les points suivants :

- Les politiques régionales sont-elle effectivement diverses ? Quels sont les éléments de contexte régional (sanitaires, économiques, politiques...) qui contribuent à leur éventuelle différenciation ?
- Quels sont les acteurs des politiques de Santé Publique en région ? Comment se structurent leurs relations ? Ces systèmes de relation sont-ils spécifiques à chaque région ? Comment ces acteurs s'articulent avec le niveau national ? Dans quelle mesure les relations entre les acteurs nationaux sont-elle reproduites/transformées par les acteurs régionaux ?
- La région est-elle un espace de "démocratie sanitaire" ? Comment s'organise le débat public sur les politiques de santé régionales ?
- La région, espace à partir duquel s'organise l'administration sanitaire, est-elle l'espace pertinent pour la politique de Santé Publique ? Existe-t-il des sous-espaces pertinents ? Sont-ils structurés ? Comment est prise en compte l'hétérogénéité infrarégionale ? L'action publique régionale est-elle unifiée, morcelée ?

Le traitement de ces questions peut s'effectuer aussi bien à travers des approches globales qu'à travers l'étude de problèmes spécifiques ou/et de secteurs particuliers permettant de rendre compte d'une dynamique d'ensemble.

A titre d'exemple, les sujets suivants pourraient relever de ce type d'approche :

- La représentation des usagers en région
- Les professionnels de santé et l'action publique régionale en santé
- Les réseaux d'action publique régionaux en santé
- Les collectivités locales régionales et la santé
- Le dispositif de gouvernance de la politique de prise en charge des personnes en perte d'autonomie en régions
- Les priorités régionales en matière de santé
- Les conférences régionales de santé : lieu de "démocratie sanitaire"

2.3 L'évaluation des politiques de Santé Publique (coûts et conséquences pour la collectivité, bilan économique des politiques de prévention..). Approche comparative.

Le fait que les politiques publiques doivent être évaluées est largement admis et il y a peu de politiques publiques en santé qui, dans leur définition, ne proclament pas qu'elles ont vocation à être évaluées. Dans cette perspective, différentes structures ont été chargées de cette nouvelle fonction (aussi bien existantes que nouvelles) et des modalités d'évaluation ont été précisées. Pour autant, l'évaluation des politiques dans le domaine de la santé n'apparaît pas toujours homogène compte tenu de la diversité des acteurs qui en ont la charge ainsi, d'ailleurs, que la diversité des procédures. C'est notamment vrai pour les évaluations qui portent sur les aspects économiques. Par ailleurs, la question de la portée des évaluations, de leur devenir une fois qu'elles sont transmises aux différentes autorités (administratives, politico-administratives) qui les ont suscitées se pose toujours. Il est ainsi parfois considéré que l'évaluation, au-delà des effets qui lui sont prêtés, relève avant tout d'une rhétorique convenue pour témoigner d'une adhésion aux exigences d'un management moderne. Sous cette rubrique, il est donc attendu des recherches qui contribuent :

- à apprécier la qualité, la pertinence, l'impact des dispositifs d'évaluation déployés actuellement autour des politiques de Santé Publique. Quels types d'évaluation, commandités par qui, réalisés par qui, selon quelles méthodologies, avec quels objectifs, avec quels résultats ? Il serait important de clarifier les finalités, les destinataires, l'articulation entre l'évaluation et la décision, en distinguant selon la nature des décisions. Pour éclairer ces questions une approche

comparative avec les dispositifs d'évaluation déployés à l'étranger et/ou dans d'autres domaines de l'action publique (éducation, etc.) peut s'avérer pertinente.

- à apprécier comment ces évaluations sont prises en compte / utilisées dans le débat public (médias, discours politique...), par les instances chargées de définir des normes (agences), de contrôler et d'évaluer les politiques publiques (inspections de la Cour des comptes), par les organes politiques de décision (Ministère, Parlement).

A titre d'exemple, les sujets suivants pourraient relever de ce type d'approche :

- L'évaluation des effets sanitaires et économiques de certaines politiques sanitaires
- L'efficacité de la communication en Santé Publique
- L'évaluation des réseaux de Santé Publique
- L'impact économique et sanitaire de la politique de prévention des accidents de circulation routière
- L'impact économique de la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement
- Les opérateurs de l'évaluation en Santé Publique
- L'impact des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

2.4 L'évaluation des actions de Santé Publique

Les politiques de Santé Publique sont composées d'un ensemble d'actions (mesures réglementaires et fiscales, actions de sensibilisation, d'éducation ou de formation). L'efficacité relative et les coûts comparés de celles-ci ont en général fait l'objet de nombreux travaux empiriques, peu fréquemment conduits en France tels qu'en témoigne le faible nombre de travaux français dans les méta-analyses systématiques de la revue Cochrane. Le présent appel à projets a pour objectif de favoriser le développement d'évaluations scientifiques d'actions de Santé Publique notamment :

- des essais contrôlés randomisés pour l'évaluation d'intervention en population
- des analyses de séries temporelles de certains indicateurs à mettre en regard de telle ou telle action de Santé Publique
- des analyses économiques comparant l'impact de diverses approches préventives de nature réglementaire ou de nature éducative, à la fois sur la population en général et sur des populations spécifiques (par exemple : projet de taxation de certains produits alimentaires à faible intérêt nutritionnel).

2.5 La « concurrence » entre les problèmes de Santé Publique

Le champ de l'action publique en santé englobe de nombreux « problèmes » pour lesquels il est souvent avancé qu'il serait nécessaire de les hiérarchiser ou du moins de les organiser à travers de « priorités » de Santé Publique. Il conviendrait d'ailleurs d'interroger l'hypothèse de cette concurrence entre "problèmes", ainsi d'ailleurs que la façon dont des problèmes sont identifiés comme relevant de la « Santé Publique ». Quoi qu'il en soit, ces problèmes structurent le champ de la Santé Publique sans que l'on ait une idée très précise de la façon dont ils cohabitent, dont ils retentissent les uns sur les autres. Eclairer cette articulation suppose tout d'abord de repérer les éléments pertinents qui structurent la relation entre ces problèmes. On peut évoquer la nature même de problèmes en distinguant d'une part les problèmes ordinaires, identifiés, qui font l'objet d'un traitement routinier et d'autre part des problèmes émergents dont certains s'imposent dans l'urgence à la suite de crises donnant lieu à une forte mobilisation ou médiatisation. Mais on peut également distinguer les problèmes selon qu'ils sont ou non pris en charge par des segments administratifs identifiés, selon qu'ils mettent en cause ou non des intérêts économiques importants et organisés, selon qu'ils sont ou



non constitués en enjeux significatifs dans le débat politique, selon qu'ils donnent ou non lieu à la mobilisation d'acteurs associatifs ou professionnels selon que les politiques associées aux problèmes sont acceptées ou font l'objet de réticences de la part des destinataires/bénéficiaires de ces politiques. Le rôle de ces derniers doit en effet être apprécié aussi bien à travers des mobilisations qu'à travers les comportements effectifs des bénéficiaires (intérêt ou déni, adhésion ou résistance...). L'hypothèse que les politiques publiques se structurent autour de problème mérite elle aussi d'être questionnée : n'est ce pas la volonté de certains acteurs de promouvoir certains types d'action, l'existence de solutions qui vont assurer la promotion du problème ? Par ailleurs, il s'avère que des problèmes initialement considérés comme relevant essentiellement de la Santé Publique font l'objet d'approches plus larges avec l'intégration d'autres catégories d'acteurs et d'organisations (comme dans le cas de la gestion des risques de pandémie). Enfin, le passage entre l'éclairage d'un problème, la mise sur agenda et l'engagement d'une politique ne va pas nécessairement de soi (compte tenu, notamment, du poids de l'existant, des conditions devant être remplies pour qu'un problème puisse s'inscrire dans le registre de l'action publique dans le domaine de la santé).

Il est donc attendu des recherches en sociologie, économie, sciences politiques qui permettent de clarifier le processus par lequel les problèmes en Santé Publique naissent, suscitent une mobilisation de ressources, s'institutionnalisent et comment se modifie progressivement l'économie générale du champ de la Santé Publique.

Le traitement de ces questions peut s'effectuer aussi bien à travers des approches globales qu'à travers l'étude de problèmes spécifiques ou/et de secteurs particuliers permettant de rendre compte de dynamique d'ensemble.

A titre d'exemple, les sujets suivants pourraient relever de ce type d'approche :

- La définition de priorités en Santé Publique
- Les modalités d'identification et de définition des problèmes récurrents et émergents
- Concurrence entre les questions pérennes de Santé Publique, des situations d'urgence et des situations de crise.
- Le rôle de la demande d'expertise publique, de la société civile et des médias dans la définition et la perception des priorités de Santé Publique
- Les problèmes de Santé Publique orphelins
- L'impact sur la politique de Santé Publique des objectifs définis dans la loi de 2004 relative à la Santé Publique
- De l'usage des plans en Santé Publique
- Approche normative en matière d'allocation de ressources (définition de priorité)
- La place du dispositif « sécurité sanitaire » dans le domaine de la Santé Publique
- L'émergence de nouveaux thèmes de l'action publique en santé : les déserts médicaux ; les maisons pluridisciplinaires en santé
- Les nouvelles priorités de Santé Publique (par exemple la maladie d'Alzheimer)
- L'approche et la gestion du risque pandémique
- Problème de Santé Publique et organisation administrative : le cancer et l'Institut National du Cancer

3) Axes transversaux communs aux deux thèmes

- Recherches dans le domaine de la prévention
- Recherches dans le domaine du handicap
- Méthodes expérimentales et quasi expérimentales



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
- Le projet de recherche doit porter sur les axes décrits dans le texte de l'appel à projets
- Les projets de recherche peuvent émaner d'équipes individuelles ou en partenariat
- Le responsable principal d'un projet de recherche doit appartenir à un organisme de recherche¹ (tous les projets doivent être portés par un chercheur résidant en France)
- Le responsable principal d'un projet de recherche doit être impliqué au moins à 30 % de son temps de recherche dans le projet de recherche soutenu
- 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 Claude Gilbert (vice Présidents : Gérard de Pouvourville et Pierre-Louis Bras) 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 des partenaires financeurs
- 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 devront être impérativement envoyés en version électronique et en version papier au plus tard :

Le 7 septembre 2009 (minuit) en version électronique (word) à iresp@iresp.net

Et en version papier (1 exemplaire) Secrétariat de l'IReSP
AAP SSPS 2009
101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13

Renseignements administratifs : Hélène Lacroix (iresp@iresp.net)

Renseignements scientifiques : Claude Gilbert (claud.gilbert@msh-alpes.fr)

¹ **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.