

PROGRAMME SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EDITION 2008

Appel à Projets

VULNERABILITES : A L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL

Date limite d'envoi des projets de recherche
10/04/08 à 16H (*heure limite pour le dossier électronique*)

La mise en œuvre de l'appel à projets est réalisée par l'ENS LSH, qui a été mandaté par l'ANR pour assurer la conduite opérationnelle de l'évaluation et l'administration des dossiers d'aide.

CLOTURE DE L'APPEL A PROJETS

DATE LIMITE D'ENVOI DES PROJETS

SOUS FORME ELECTRONIQUE (DOCUMENTS DE SOUMISSION A ET B)
10/04/08 impérativement avant 16H (heure de Paris) à l'adresse

vulnerabilites-anr@ens-lsh.fr

ET

DATE LIMITE D'ENVOI DU DOCUMENT DE SOUMISSION A

SOUS FORME PAPIER, SIGNE PAR TOUS LES PARTENAIRES

10/04/08 à minuit cachet de la poste faisant foi, à l'adresse

*ENS LSH
Programme ANR Vulnérabilités
15, Parvis René Descartes
BP 7000 69342 Lyon cedex 07*

CONTACTS

CORRESPONDANTS

scientifique

Catherine Courtet
catherine.courtet@agencerecherche.fr

administratif et financier

Marie-Astrid de Montlaur
vulnerabilites-anr@ens-lsh.fr
04 37 37 63 65

RESPONSABLE DE PROGRAMME ANR

Jean-Michel Roddaz

RECOMMANDATIONS

- Lire attentivement l'ensemble du présent document, **et en particulier le § 4.1 relatif aux critères d'éligibilité**, ainsi que le règlement relatif aux modalités d'attribution des aides de l'ANR, avant de déposer un projet de recherche ;
- Ne pas attendre la date limite d'envoi des projets pour la soumission de leur projet par voie électronique (attention : le respect de l'heure limite de soumission est impératif) ;
- Consulter régulièrement le site internet dédié au programme http://unitesupportanr.ens-lsh.fr/00424961/0/fiche_pagelibre/&RH=ANR&RF=ANR qui comporte des informations actualisées concernant son déroulement (glossaire, FAQ...), ou le site internet de l'ANR <http://www.agence-nationale-recherche.fr> ;
- Contacter, si besoin, l'unité support de l'ANR, par courrier électronique, à l'adresse mentionnée plus haut.

SOMMAIRE

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS	5
2. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS	8
3. AXES THEMATIQUES POSSIBLES	10
3.1. L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL : CONTOURS ET EVOLUTIONS	
3.2. CONNAISSANCE DES POPULATIONS VULNERABLES ET GENESE DES VULNERABILITES	
3.3. CONSTRUCTION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SERVICES, RECONFIGURATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE ET DE SANTE	
3.4. SITUATIONS DE VULNERABILITE ET GOUVERNEMENT DU VIVANT	
4. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION	27
4.1. CRITERES D'ELIGIBILITE	
4.2. CRITERES D'EVALUATION	
5. DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT	29
6. POLES DE COMPETITIVITE	31
7. MODALITES DE SOUMISSION	32
ANNEXES	
1. PROCEDURE DE SELECTION	33
2. DEFINITIONS	34
3. ACCORDS DE <i>CONSORTIUM</i> POUR LES PROJETS PARTENARIAUX ORGANISME DE RECHERCHE/ENTREPRISE	36

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS

CONTEXTE

Dans le domaine des sciences humaines, économiques et sociales (SHES), de nouvelles interrogations se sont assez récemment ajoutées aux recherches déjà conduites sur la pauvreté, la marginalité sociale, les quartiers « difficiles », le handicap, le vieillissement, etc. Les questionnements plus récents concernent l'épidémie de sida ou les épidémies transfrontalières, les rapports entre santé et travail ou entre santé et environnement, les addictions, les nouvelles formes de souffrance mentale, l'obésité et les comportements alimentaires, les transformations du lien social, les effets du chômage et du décrochage social (notamment chez les jeunes), les conséquences de la précarité, les violences et les questions sécuritaires, ou encore les nouvelles formes d'aide aux personnes.

Il convient d'approfondir l'effort de recherche dans la mesure où la mise en place de politiques sanitaires et sociales destinées à compenser les inégalités face à l'éducation, à l'emploi, à la santé, au logement ou, plus généralement, au bien-être, s'accompagne de controverses parfois vives sur la qualification des besoins, les modes de prise en charge collective, l'avenir des États-providence, ou encore sur les finalités et les formes à donner à la justice sociale et à la solidarité.

Les transformations culturelles, économiques et sociales que traversent les champs de la santé et de la protection sociale engagent l'avenir des sociétés qu'elles soient développées, émergentes ou moins avancées. On peut observer quelques grandes tendances :

- L'extension des formes de vulnérabilité à l'échelle mondiale (transformations des marchés du travail et chômage de masse, évolutions des localisations des activités de production, remise en cause des formes d'intervention des États-providence...);
- les tensions croissantes entre des politiques ciblées sur les groupes vulnérables (exclus de l'accès aux biens et services sanitaires et sociaux, ou disposant de faibles ressources) et des politiques visant à réduire les écarts, les inégalités, les discriminations ;
- le poids croissant des industries pharmaceutiques et biotechnologiques ou des assurances ;
- l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des handicaps, les effets du vieillissement démographique et des progrès biomédicaux, confrontés à l'internalisation accrue des contraintes de maîtrise des dépenses sociales et de santé ;
- les progrès des sciences biologiques et des techniques médicales (amélioration des prédictions, des diagnostics, des thérapies) et la tendance à transférer ces approches biomédicales aux modes d'action du secteur social ;
- l'extension du domaine de la santé mentale du champ des souffrances individuelles (au travail ou à l'école) aux conduites considérées comme

socialement à risque et/ou déviantes et à un ensemble de plus en plus large d'états psychologiques ;

- le « consumérisme » en matière de services sanitaires et sociaux, lié à l'élévation des niveaux d'éducation et d'accès à l'information, les mouvements sociaux d'usagers et la revendication d'un plus grand partage de l'information et de la décision ;
- la diversification des pratiques de soins (automédication, médecines « douces »...), qui accompagne la revendication d'une meilleure qualité de service, d'écoute et d'accueil, et d'un partenariat entre soignants et malades, entre intervenants et usagers.

OBJECTIFS ET ATTENDUS SCIENTIFIQUES

Face à la diversité des questions posées dans les domaines du social et du sanitaire, cet appel à projets propose de renforcer les analyses dans ces domaines respectifs et l'étude de leurs interrelations. L'hétérogénéité des objets concernés implique de formuler de nouvelles problématiques théoriques, d'ouvrir de nouveaux terrains et d'élaborer des outils d'analyse et des méthodes innovantes, susceptibles d'améliorer la compréhension des permanences, comme des mutations ou des phénomènes émergents. Il s'agit ainsi de favoriser les échanges entre les différentes problématiques de SHES de façon aussi transversales que possible.

Le présent appel à projets a également pour objet de soutenir les contributions de la recherche française à ces champs d'investigation en plein essor au plan international. Pour ce faire, les réponses doivent contribuer à :

- favoriser le renouvellement des catégories d'analyse, des méthodes de travail ainsi que des terrains d'investigation ;
- susciter des travaux théoriques et empiriques permettant des modes innovants de collecte des données et/ou de comparaisons internationales ;
- faciliter la mise en commun interdisciplinaire des résultats et des méthodes, et améliorer la prise en compte des avancées méthodologiques et conceptuelles récentes dans les disciplines de référence ;
- soutenir la diffusion et la valorisation des résultats des recherches en sciences humaines et sociales et leur dialogue avec les disciplines biomédicales et de santé publique.

Les projets de recherche impliquant la constitution, l'enrichissement, la valorisation de corpus sont éligibles dans le cadre de cet appel à projets¹. Les équipes de recherche ont la possibilité de constituer des bases de données, dès lors qu'elles s'articulent avec un projet de recherche et qu'elles satisfont aux critères d'accessibilité et de pérennité sur longue période dans le domaine public. Mais elles sont aussi invitées à exploiter les

¹ Ces projets de recherche devront veiller : à développer une véritable recherche autour des corpus mis à disposition ; à préciser le contenu des documents et à justifier les choix opérés sur le plan qualitatif et quantitatif, en indiquant les méthodes mises en œuvre pour l'analyse critique des sources et assurer leur représentativité ; spécifier les conditions de mise à disposition des ressources produites auprès de la communauté scientifique et de pérennisation de leur archivage.

données des enquêtes statistiques transversales et longitudinales existantes, à condition, bien sûr, d'explicitier leurs méthodes en matière d'analyse secondaire².

Cet appel à projets doit permettre de renforcer et de structurer les travaux en sciences humaines, économiques et sociales, en mobilisant notamment la démographie, le droit, l'économie, les sciences politiques, la sociologie, mais aussi l'anthropologie, l'ergonomie, la géographie, les sciences de l'éducation, la gestion, l'histoire, la linguistique, la littérature, la psychologie. Les travaux historiques et les comparaisons internationales permettront également de mettre en évidence les spécificités nationales et les convergences en jeu.

² Les équipes peuvent, par exemple :

- se reporter au bilan des sources quantitatives, réalisé par le Centre d'études de l'emploi à la demande de la Drees et de la Dares, qui porte sur la santé et l'itinéraire professionnel. Ce bilan raisonné, élaboré par Marie-France Cristofari sous la responsabilité de Serge Volkoff, actualisé en 2006, souligne « le contraste entre la richesse des sources existantes et l'audience relativement limitée des résultats ou l'exploitation incomplète de ceux-ci ». Il comprend notamment les fiches techniques de présentation des dites enquêtes et les coordonnées des personnes référentes à contacter. Il est disponible à l'adresse suivante : <http://www.cer-recherche.fr/sip>
- s'adresser au Centre Quételet dont la vocation est de mettre des bases de données à la disposition des équipes de recherche et de les former à l'exploitation des données <http://www.centre.quetelet.cnrs.fr>
- exploiter la nouvelle enquête « Santé et Itinéraire Professionnel », qui a été conçue dans le cadre d'un partenariat entre la Drees et la Dares, avec l'appui scientifique du Centre d'études de l'emploi. Les objectifs de l'enquête, son protocole d'interrogation et les perspectives de premières exploitations sont présentées sur le site du ministère du Travail : www.travail.gouv.fr (cliquer sur « Études, recherches et statistiques » puis dans la rubrique « statistiques » puis sur « santé au travail », puis sur SIP qui se trouve dans l'encadré réservé aux enquêtes).

2. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS

Au-delà de son caractère polysémique et des recouvrements avec des termes généralement associés (pauvreté, précarité, inégalité, inéquité, désaffiliation, solidarité, protection, etc.), la notion de « vulnérabilité » a pris une importance croissante dans l'action publique. Empiriquement, elle peut être associée à certains âges de la vie (personnes âgées dépendantes, orphelins et enfants abandonnés, adolescents en difficulté, etc.), au genre (violence conjugale, etc.), à des problèmes physio-pathologiques (maladies chroniques ou invalidantes, épidémies), à des problèmes socio-psychologiques (obésité et autres troubles des comportements alimentaires, alcool-tabagisme, addictions, souffrance psychique, dépression, etc.), à des facteurs proprement sociaux (pauvreté, illettrisme, migrations, délinquance, logement, etc.), voire des événements potentiellement traumatiques (violences contre les personnes, maltraitance des enfants, attentats, catastrophes naturelles, accidents biographiques, etc.).

En focalisant sur la notion de vulnérabilités sociales et sanitaires, l'appel à projets propose de renouveler l'analyse des relations et de l'imputabilité causale entre, d'une part, les facteurs sociaux, culturels et économiques, et, d'autre part, les facteurs sanitaires. Les travaux envisagés devront s'attacher à relier ces différents objets aux transformations les plus fondamentales qui caractérisent les modes de vie contemporains, les formes de sociabilités, les organisations qui les régulent et qui, plus largement, engagent l'avenir des sociétés qu'elles soient développées ou moins avancées.

Pour soutenir cette perspective, le présent appel à projets s'organise selon quatre axes principaux. Il invite tout d'abord à analyser de façon critique les instruments, les acquis et les évolutions de la connaissance de ces phénomènes controversés. Il suggère ensuite d'approfondir l'identification des populations concernées et les déterminants sociaux et économiques de leurs situations. Il invite aussi à expliciter les tensions entre le développement des industries de la santé ou du bien-être et la prise en charge collective des vulnérabilités, à étudier les cadres institutionnels, législatifs ou réglementaires et les régimes de justice guidant l'action, ainsi que la construction de l'offre et de la demande de solidarité ou de services dans ces dimensions publiques ou privées. Il propose enfin d'explorer les variations culturelles et historiques des figures sociales de la vulnérabilité, comme des politiques de gouvernement des corps et des populations.

3. AXES THEMATIQUES POSSIBLES

3.1. L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL : CONTOURS ET EVOLUTIONS

Si le concept de vulnérabilité est contemporain, la qualification des phénomènes et les réponses apportées ont évoluées en fonction des populations identifiées et des processus d'identification (réponse à des peurs, expression d'une demande sociale, évaluation en termes de risques, etc.). Comment les époques et les sociétés définissent-elles la vulnérabilité (quelles situations, quels comportements, quels seuils) ? Quelles sont les populations ciblées par ces définitions ? Ces constructions historiques de la vulnérabilité ne sont-elles pas liées à des formes de gouvernement du social et lesquelles ?

Les rapports entre individu et société, entre biologique et social, entre soma et psyché, sont, en particulier depuis le XIXème siècle, objets de sciences et de politiques. L'histoire sociale des métamorphoses des rapports entre le sanitaire et le social ainsi que de leurs représentations savantes et profanes mérite de nouvelles explorations.

Le sanitaire et le social : discours savants, discours profanes, discours institutionnels, discours d'État

On pourra s'interroger sur l'histoire des catégories socio-sanitaires (risque, vulnérabilité...), étudier les systèmes de diagnostic et de classement, analyser les représentations de la causalité et les interprétations, les théories ainsi que les techniques d'administration de la preuve (statistique, modélisation, etc.), au sein des sciences biologiques et médicales comme des sciences humaines, économiques et sociales.

Toutes ces questions impliquent des analyses critiques des recherches antérieures mais aussi des controverses théoriques récentes, par exemple autour des critères de justice sociale. De plus, les recherches sur ces thèmes pourront être étendues aux récits ordinaires et aux discours politiques sur le sanitaire et le social, d'hier et d'aujourd'hui. Elles pourront proposer des approches renouvelées de la place des discours savants et de l'expertise ainsi que des fonctions de légitimation ou d'invalidation qu'ils remplissent.

On s'intéressera, notamment, à l'usage de catégories sanitaires, voire biomédicales, pour traiter du social et on étudiera les conséquences de ce traitement sur la construction des questions sociales. On pourra également s'interroger sur les conséquences indirectes de ces évolutions sur le traitement d'autres questions sociales qui échappent (au moins pour partie) aux formes de médicalisation et de « sanitarisations » : par exemple le chômage, la pauvreté ou le « déficit culturel » de tels ou tels groupes sociaux.

Diagnostics et nomenclatures

L'analyse des évolutions contemporaines du sanitaire et du social conduit à s'interroger sur les maux, émergents ou récurrents, imputés au déterminisme du milieu (des « miasmes délétères » aux « pathologies urbaines ») comme sur la genèse des comportements individuels. Comment y délimiter des registres distincts (psychologique/organique, traumatique/chronique, etc.) ?

On pourra également étudier les classements ordinaires (mal-être, mauvaise humeur, fatigue, déprime et crises de nerfs, usure au travail, etc.), les classements des acteurs socio-économiques (entreprises, syndicats, associations, ONG), les classements d'État (en vigueur dans les politiques sanitaires et sociales) et les classements savants. On analysera ces derniers tels qu'ils se sont transformés et/ou stabilisés au sein des différentes disciplines concernées : en médecine, en psychiatrie, en épidémiologie, en psychologie, en psychanalyse (avec une attention aux formes de diagnostic, aux systèmes de classement et aux nomenclatures correspondantes) ainsi qu'en sociologie, en démographie ou en économie. On s'interrogera également sur les interférences entre ces différentes catégories de classement, notamment sur les incidences des autres classements sur les classements d'État. La dimension européenne et internationale pourra être mobilisée dans l'analyse de la production, de l'évolution et de la diffusion des normes.

Les populations cibles : critères de classement, modes de construction

On s'intéressera aux modes de délimitation des populations concernées. En quoi les critères de classement font-ils l'objet de débats, voire de conflits ? Selon quels critères les politiques sociales et sanitaires définissent-elles les populations qu'elles sont censées prendre pour cibles ? En quoi ceux-ci (seuils de revenus, catégories diagnostiques,...) s'articulent-ils ou non avec des variables pertinentes pour identifier les vulnérabilités et intervenir sur elles ?

Si l'importance des critères socio-économiques n'est plus à démontrer (morbidité et mortalité différentielles), on s'interrogera sur la pénibilité qui découle des positions dans la division du travail, telle qu'on peut l'appréhender à travers les maladies professionnelles, les taux d'accidents du travail ou les espérances de vie. On s'interrogera aussi sur les multiples incidences de la précarité de l'emploi et des mises à l'écart plus ou moins précoces du marché du travail. On s'interrogera également sur l'impact, dans la définition des populations cibles, de variables « d'allure naturelle » ou de « différences visibles » comme le genre, l'âge, l'origine ethnique, ou encore les effets de lieux (habitat). Entrent également dans cette perspective les effets propres aux structures familiales (célibat, monoparentalité, recompositions) et aux formes de sociabilité liées à tel ou tel univers social (du « monde des bandes », des « quartiers sensibles » à « la bohème » contemporaine). L'interface entre les problématiques sanitaires et sociales pourra être questionnée à propos de différentes populations cibles. Si les femmes, les jeunes, les immigrés sont particulièrement exposés au chômage, au temps partiel, à la précarité d'emploi, comment en cerner les effets indissociablement sociaux et sanitaires ? Les problèmes sanitaires liés au vieillissement sont à l'ordre du jour, mais on pourra également étudier ceux qui frappent les adolescents, en échec scolaire ou non, ou bien les types de « stress » qui affectent les différents niveaux des hiérarchies instituées.

L'analyse des rapports entre sanitaire et social passe par celle des divers registres de mobilisations suscitées par les différentes formes de souffrance ou de victimisation sociales (entrepreneurs de cause, styles de mobilisations, répertoires d'action, etc.), sur les conditions de leur inscription dans l'actualité sociale et politique, sur la sociogenèse des politiques sanitaires et sociales, sur leur mise en œuvre et leurs transformations (prévention, réparation, prophylaxie, etc.).

3.2. CONNAISSANCE DES POPULATIONS VULNERABLES ET GENESE DES VULNERABILITES

L'existence d'un gradient social face aux principaux indicateurs de santé (mortalité et morbidité) a été reconnue de longue date et bien documenté en France et en Grande-Bretagne depuis le début du XXe siècle. Au-delà des facteurs biomédicaux, le rôle des différences et des inégalités socio-économiques et socioculturelles dans la genèse d'une morbidité et d'une mortalité différentielles est également bien établi par de multiples travaux en SHES. Des recherches plus récentes en épidémiologie sociale, encore insuffisamment articulées avec les problématiques de SHES, ont approfondi l'analyse des processus et chaînes causales qui permettent de relier les déterminants économiques et sociaux et les processus pathologiques : différences d'accès aux soins et d'exposition à des facteurs de comportement, de mode de vie et d'environnement nuisibles à la santé, en fonction du revenu, du genre, du niveau d'éducation, de l'origine géographique, de l'habitat et d'autres variables socio-économiques, mais aussi position dans la hiérarchie sociale. De plus, les études conduites ont commencé à explorer les processus psychologiques, neurologiques, immunologiques et biologiques qui permettent de comprendre comment la situation sociale peut être à l'origine de diverses pathologies.

À l'inverse, en dépit d'un certain nombre de travaux sur les conséquences des handicaps et des maladies graves quant à la place occupée dans (ou hors) le marché du travail et, plus largement, dans la société et à l'accès à diverses dimensions du bien-être, les recherches demeurent plus limitées, au plan international, sur les effets de déterminants biomédicaux et sanitaires sur l'aggravation des inégalités socio-économiques. La question de la santé au travail et des réponses en termes de prévention des maladies professionnelles, de sécurité ou de formes d'organisation du travail, est une bonne illustration de la nécessité d'une approche bidirectionnelle sous l'angle des conséquences négatives de certaines activités sur la santé et sous l'angle de l'altération de la santé et du vieillissement des corps comme sources de vulnérabilité au travail.

L'approche en terme de territoires (quartiers, régions, espaces naturels...) et de différents espaces géographiques est complémentaire de celle en termes de populations. La pertinence des échelles d'analyse suivant les phénomènes envisagés mérite d'être interrogée, de même que, par exemple, les effets des frontières administratives.

Le rôle des acteurs publics et privés

Ce premier thème concerne l'analyse du rôle des différents acteurs dans la construction des indicateurs et des critères, les conflits entre les principes d'action, comme entre les modes de diagnostics, les processus de répartition des responsabilités et des coûts.

- **Qui définit la vulnérabilité et sur quels critères (médecins et professionnels de santé ou du social, entreprises, syndicats, associations d'usagers ou de malades, États, organisations internationales...) ?**

On s'intéressera aux modalités de construction des indicateurs, de leurs usages, en portant une attention particulière aux conflits qui peuvent émerger dans les diagnostics sanitaires ou de définition de handicap (poids relatif de l'expertise biomédicale, des critères médicaux et sociaux, des commissions, de l'administration, rôle des instruments de mesure pour l'attribution d'aides), les diagnostics économiques (genèse, usages et conséquences des seuils) ou les diagnostics sociaux (critères de zonage, de classification, signalement...), en observant le rôle des institutions concernés (sociales, sanitaires, scolaires...), ainsi que les éventuels effets de stigmatisation.

En relation avec les approches méthodologiques, voire épistémologiques, on s'interrogera aussi sur la façon dont ces formes de catégorisation « s'opérationnalisent » dans des outils (critères de diagnostic, outils psychométriques, grilles d'intervention pour l'action sociale...) et dans les pratiques des professionnels de la santé et du travail social.

Le degré de correspondance ou de discordance entre la perspective des personnes concernées, celle des pouvoirs publics et celle de la société peut aussi être interrogé. Quelles sont les conditions auxquelles certaines personnes ou certains groupes sont définis comme vulnérables par les pouvoirs publics ? À quelles décisions politiques et/ou juridiques cette définition donne-t-elle lieu ?

On pourra aborder enfin les différentes théories de la justice (libertarianisme, utilitarisme, égalitarisme des biens premiers, égalitarisme des talents ou des « capacités », etc.) et les conditions de leur mobilisation par les acteurs. On analysera les bases des conflits entre principes d'action collective (divergences quant aux informations considérées comme pertinentes pour appliquer un critère de justice, rapports de force,...).

- **Qui protège et comment ?**

La question se pose tant pour les populations que pour les territoires vulnérables. Quelles sont les normes de répartition des responsabilités et des coûts entre particuliers, entreprises, collectivités, États et instances supranationales ? Comment s'articulent ces différents niveaux ? Comment s'organise la division du travail de protection ? Où passe la frontière entre travail bénévole et travail rémunéré, aide formelle et aide informelle ? Quelle définition des tâches, quel niveau de qualification et de formation des aidants sont privilégiés ? Quel est le statut des personnes en charge des populations ou des territoires

vulnérables ? À travers quels processus les champs pertinents de l'assurance (débat sur le financement du risque de dépendance par exemple) et la répartition adéquate entre mécanismes privés et mécanismes socialisés sont redéfinis ?

Dans le cas des territoires, quelles sont les différentes échelles des diagnostics et des politiques de protection ? Comment se répartissent les financements suivant les catégories professionnelles ou les territoires ? Comment mettre en oeuvre les réponses aux situations de catastrophe (définition de l'aide d'urgence ou/et humanitaire, rapports de force entre entreprises humanitaires, États et populations,...) ?

Dynamiques, parcours, « carrières »

Ce deuxième thème concerne la dynamique et les parcours de vulnérabilité, que ceux-ci soient appréhendés sous l'angle des trajectoires, des « carrières » ou dans une perspective biographique et de récits de vie, ainsi que le rôle du contexte et de la conjoncture socio-économique dans la genèse des vulnérabilités.

- **Cumul des vulnérabilités et exacerbation des problèmes sanitaires et/ou sociaux**

On s'intéressera à l'identification des combinaisons de variables au principe de la vulnérabilité socio-économique (bas revenus, mauvaises conditions de logement et d'hygiène, conditions de travail et maladies professionnelles, mauvaise qualité de vie, etc.). Comment les différentes vulnérabilités se cumulent-elles (ou non) et dans quelle mesure un tel cumul contribue-t-il à l'exacerbation de problèmes sanitaires et/ou sociaux ? Quels sont les facteurs de vulnérabilité les plus susceptibles de favoriser l'apparition de certaines pathologies et d'exacerber les conséquences sociales et individuelles des déficiences, incapacités et handicaps ? De la même façon, on s'intéressera aux processus cumulatifs qui peuvent faire d'une morbidité (aigüe ou chronique) une cause de déclassement économique et social (pertes de revenus ou d'emploi, accès au logement, à différentes prestations,...), y compris au sein de populations bénéficiant au départ d'une stabilité professionnelle, voire de revenus et/ou de niveaux d'éducation élevés.

L'analyse des trajectoires biographiques, des « carrières » de malades et d'usagers de certains services sociaux, des phénomènes de recours et de non-recours à différentes prestations, devrait permettre de mieux cerner l'articulation des variables socio-démographiques, des représentations et des perceptions.

Parmi ces processus, on accordera une attention particulière au genre et à la transmission intergénérationnelle de la vulnérabilité. On s'intéressera aussi à l'impact sur les personnes du recouvrement des différents types de vulnérabilité au plan des territoires et aux caractéristiques des zones où problèmes sanitaires, économiques et sociaux tendent à se cumuler, mais également aux effets d'éventuels phénomènes de dissociation (zones à risque sanitaire ou de catastrophes naturelles, mais riches ; zones pauvres, mais patrimoniales ou touristiques).

- **Impact du contexte et de la conjoncture socio-économique**

Une attention particulière sera portée aux projets qui s'efforceront de mettre en relation l'analyse des cumuls de vulnérabilités avec des évolutions structurelles, qu'il s'agisse de la diversification des formes d'emploi, de l'impact du travail domestique et de l'évolution des rapports de genre, des transformations des systèmes éducatifs et de qualification. Les nouvelles formes de salariat, et notamment les nouvelles formes d'activité professionnelle peuvent-elles générer des vulnérabilités sociales ou sanitaires en fonction des sexes, des âges de la vie et des secteurs d'activité ? La transmission intergénérationnelle des qualifications et des patrimoines, les flux migratoires ou les effets du progrès technique (biais en faveur du travail qualifié, aides techniques à l'autonomie des personnes ou prolongement biotechnologique de la durée de vie) sont autant de facteurs de contexte qui pourraient également être pris en compte.

Le constat d'écart persistants entre pays développés, en particulier européens, en termes d'inégalités salariales, de qualification, de chômage, d'accès aux soins, d'états de santé et de phénomènes d'exclusion incite, également à la comparaison internationale, notamment européenne : comment des problèmes comparables ont-ils été thématiques et pris en charge dans différents pays ?

Les prises en charge ayant évolué vers l'urgence, la désinstitutionnalisation, la complexification des parcours d'un secteur à un autre, les données administratives permettent rarement de reconstituer les parcours de vulnérabilité. Les hypothèses causales sur la succession des événements biographiques et sur les effets de la précarité sont difficilement testables sans un suivi des populations au fil du temps. Ce type de questionnements nécessite des approches longitudinales (cohortes, données de panels, approches biographiques, etc.), peu mises en œuvre en SHES, mais que le présent appel à projets se propose de favoriser, soit sous forme de projets spécifiques aux SHES, soit par l'intégration des SHES à des projets interdisciplinaires (cohortes de patients, cohortes épidémiologiques...).

- **Conséquences des modalités de prise en charge sur la définition et la connaissance des vulnérabilités**

On s'intéressera plus particulièrement ici au croisement des dynamiques et des parcours de vulnérabilité avec les diverses modalités de prise en charge collective et individuelle (instances administratives, services sanitaires et sociaux, publics ou privés, à but lucratif ou non).

On pourra ainsi étudier pourquoi certains dispositifs ratent plus ou moins leurs cibles et pourquoi, quand ils l'atteignent, ils n'obtiennent pas toujours les objectifs poursuivis. Pourquoi ces dispositifs ne parviennent-ils pas à enrayer les processus pathologiques ou/et de déclassement social : inadéquation aux besoins, contradiction entre dispositifs... ? En particulier, on approfondira l'hypothèse selon laquelle ces dispositifs peuvent, dans certains cas, conforter la vulnérabilité en créant des « trappes » dont il est parfois plus coûteux pour l'acteur d'en sortir que d'y rester. Ces aspects pourront être étudiés, par exemple, dans le cadre de l'analphabétisme ou de l'illettrisme, de la difficulté d'accès à un

emploi stable en dépit des formations et des systèmes relais, de l'absence de soins ou de prise en charge dans le cadre de la CMU...

On pourra étudier les effets du passage d'une protection centrée sur les états (voire les statuts) à une protection considérant aussi les trajectoires, les carrières et les dynamiques ou encore les effets des différentes formes de désengagement de l'État. Comment assurer une meilleure maîtrise des carrières mais aussi des « anti-carrières » que sont les basculements dans la pauvreté ? Quelle légitimité et quels compromis politiques sont sous-jacents aux approches en termes de gestion des risques sociaux ou à celles de type « flexicurité » ? Comment évoluent dans ces dispositifs les frontières entre le contrat, la loi et la négociation, entre la part des incitations individuelles (notamment financières) et des dispositifs collectifs (négociation, mises en réseaux...) ? L'ensemble des points précédents pourra utilement bénéficier d'approches socio-historiques.

3.3. CONSTRUCTION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SERVICES, RECONFIGURATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE ET DE SANTE

Les marchés des secteurs de la pharmacie, des biotechnologies, de l'assurance, plus largement de la santé et du bien-être, méritent d'être étudiés dans leur dynamique de croissance et dans leurs effets sur la prise en charge collective des vulnérabilités.

Les cadres institutionnels, législatifs et réglementaires peuvent être interrogés à la fois sous l'angle de l'historicité et de la hiérarchisation des objets sur lesquelles ils s'appliquent, et des régimes de justice auxquels ils se réfèrent.

Si la mise en œuvre de l'action publique en matière de vulnérabilité sanitaire et sociale passe par de nombreux services, publics, associatifs ou lucratifs, la période récente se caractérise par de profonds changements des politiques de protection. Ils concernent notamment les philosophies de l'action, la hiérarchisation des normes, les régimes d'offre, de demande et leurs interactions, le cadrage territorial, la légitimité des institutions, les formes de mobilisation des acteurs, qu'ils soient administratifs, professionnels, associatifs, marchands ou qu'il s'agisse d'usagers, avec une interrogation persistante sur les conséquences de ces mutations pour le traitement des vulnérabilités. En somme, il s'agit de mettre à jour les transformations des médiations (des plus institutionnalisées aux plus informelles) et les conséquences, parfois paradoxales, qu'elles impliquent pour les populations et personnes concernées.

L'approche du fonctionnement de l'action publique dans quelques pays voisins comparables ou encore un changement dans les échelles d'analyse peuvent s'avérer précieux pour mieux comprendre les processus en jeu.

Des marchés et des besoins

L'industrie pharmaceutique, les assurances, les biotechnologies constituent des moteurs de la croissance globalisée. On s'intéressera aux tensions que cette dynamique de croissance des marchés liés à la santé et à la protection suscite pour les politiques publiques dans un contexte de crise des États-providence : tensions entre le souci de promouvoir la Recherche & Développement et un rythme soutenu d'innovations dans une perspective de croissance, d'une part, et les politiques de maîtrise des dépenses sociales, d'autre part ; tensions entre l'intensification des échanges de biens de consommation et des flux migratoires de personnes, d'une part, et les nécessités de la gestion transfrontalière des risques pour la santé et l'environnement et de l'offre de services sanitaires et sociaux (notamment en matière de ressources humaines qualifiées), d'autre part ; tensions entre la dynamique des choix scientifiques ou techniques et les programmes de réduction des inégalités ; tensions entre les choix de stratégie industrielle et l'émergence de nouveaux problèmes de santé (résistance aux antibiotiques, nouvelles maladies...); tensions entre le souci de mieux garantir la protection de la propriété intellectuelle au plan mondial et les risques de blocage de l'innovation et d'aggravation des inégalités Nord/Sud qui peuvent en découler ; tensions, enfin, entre les objectifs d'aide au développement visant à atténuer les sources planétaires d'instabilité ou de conflits et les contraintes des politiques nationales.

En matière sanitaire et sociale, les dimensions économiques prennent des formes différenciées d'un secteur à l'autre qui peuvent s'influencer mutuellement. L'arrivée des opérateurs marchands ne connaît pas la même chronologie et ses conséquences n'y sont

pas de même importance pour tous les acteurs ni in fine pour les populations concernées. Ainsi en va-t-il des industries opérant spécifiquement en matière de santé (via le médicament, les équipements et matériels techniques, mais aussi la gestion des savoirs et l'Internet, comme vecteur d'individualisation). Ces industries pèsent sur les actions publiques d'ordre sanitaire, y compris en matière de prévention (prévention des conduites à risques comme l'alcool, le tabac, les comportements des automobilistes...), limitant parfois la capacité d'initiative et de maîtrise des autorités légales. Ces enjeux se retrouvent également dans les secteurs les plus solvables du monde social (personnes âgées, handicapées, aide à la personne...).

De manière générale, en matière de santé et de bien-être, un marché européen et international s'est constitué parallèlement aux autres formes de protection qui perdurent, dans le cadre national. Son extension, son rôle et les modalités de son organisation gagneraient à être mieux connus sans oublier d'interroger la part de l'innovation et de stimulation qu'ils génèrent, ni d'évaluer les stratégies dites de Recherche & Développement qui l'accompagnent, ni de vérifier l'existence de marchés parallèles.

Concrètement, pour les acteurs et les bénéficiaires, ces nouveaux enjeux se découvrent dans les règles d'organisation de la concurrence, nationales, européennes et internationales, les modalités de circulation des connaissances et des enjeux de la propriété intellectuelle, les nouvelles normes de la tarification par les autorités administratives, le développement des outils de la qualité et de la certification, l'externalisation des pouvoirs d'évaluation, la mise en place d'agences sanitaires et/ou sociales d'impulsion, de régulation ou de contrôle...

Au plan international, la connaissance d'autres expériences, des stratégies de libéralisation des services soutenues par des organisations européennes ou internationales (OMC, FMI, Banque Mondiale), des politiques d'aide au développement et de leurs effets différenciés sur les populations selon les classes sociales, les générations, les genres et autres déterminations, entrent également dans ce thème.

La fabrication des législations

On s'intéressera ici aux évolutions législatives et réglementaires et, plus largement, aux cadres institutionnels de l'action publique dans les domaines social et sanitaire.

La fabrication des législations sanitaires et sociales est l'objet de très importantes transformations cognitives et pratiques. Les catégories de la connaissance savante et ordinaire, qu'elles soient centrées sur le problème ou corrélées à d'autres variables (travail, environnement, mode de vie, genre...) deviennent parfois des catégories d'action dans le processus d'élaboration de ces législations. Ces référentiels sectoriels sont légitimés par les nécessités de la production normative, de la définition des groupes cibles, de la gestion des programmes, du suivi de leur mise en œuvre et de l'évaluation de l'efficacité ou de l'efficience des mesures adoptées. Mais ces phénomènes restent souvent marqués par le cadre national et varient significativement d'un pays à l'autre.

Quelles transformations subissent les objectifs des politiques, de la fabrication législative jusqu'aux plans d'action ? Quels sont les outils techniques et notamment juridiques des politiques sanitaires et sociales construits ou manipulés pour désigner, quantifier, veiller, communiquer, évaluer... ? Quelles valeurs sont convoquées et sous l'effet de quelles contraintes ces valeurs se transforment-elles ? Comment apprécier la fongibilité qui

semble exister entre catégories morales et catégories opérationnelles ? Quels sont éventuellement les bénéfices secondaires de ces pratiques : modernisation administrative ou de la vie politique, extension du commerce des services, création d'emplois... ?

Quels problèmes et/ou quelles fractions de population sont prioritairement désignés comme cibles de l'action publique : pandémies, épidémies, maladies orphelines, comportements sociaux, addictions, maladie mentale, handicaps, enfants maltraités, personnes isolées, personnes sous tutelle... ? Avec quelles conséquences sur le statut des personnes et sur leur capacité à être acteurs de la situation (stigmatisation, marginalisation, mais aussi droit des malades, droit des usagers, etc.) ? Comment les définitions des problèmes publics s'articulent avec les représentations des « menaces » possibles (sécurité sanitaires, intérieurs, des personnes...) ?

Régimes de justice et dispositifs de protection

Les régimes de justice engagés dans les dispositifs de protection civile, sanitaire et sociale font débat de façon récurrente et une réflexion conjuguant approches théoriques et investigations empiriques mériterait d'être développée. Il serait opportun de faire le bilan des sources, des valeurs et des connaissances engagées de façon à mieux comprendre le contenu, le statut et la portée des controverses qui se saisissent des critères (explicites ou implicites) de justice mis en oeuvre dans différents domaines de l'action sanitaire et sociale. Quels sont les fondements théoriques et éthiques des définitions de la vulnérabilité ?

L'évocation des régimes de justice appelle aussi des évaluations quantitatives et qualitatives des dispositifs institutionnels susceptibles de fournir des assurances aux citoyens contre les aléas de la vie sur un mode socialisé et/ou privé. Quels sont les enjeux de pouvoirs et de savoirs liés à la maîtrise de ces régulations au sein des institutions concernées ? Comment ont évolué les dispositifs de couverture du risque maladie et des différents risques sociaux dans des pays comparables ? Sous l'effet de quelles contraintes internationales ou communautaires ? Comment se sont transformés les systèmes d'acteurs, les modes de définition des risques et les niveaux de couverture socialisée, les modes de financement (cotisations et/ou charges sociales, impôts, paiements directs, primes d'assurance), les modalités de la gestion (administrative, paritaire, privée) et les enjeux de la régulation (économique, politique, démocratique) et les techniques d'allocation de moyens et les contrôles socio-administratifs du bon usage ? Comment expliquer l'extension de la responsabilité individuelle et la valorisation des « projets de vie » ? Des études comparatives ou des monographies pourraient se donner pour objet ces régimes de justice, sectoriels ou nationaux.

Ainsi, à titre d'illustration, la construction, en France, d'un « cinquième risque » (perte d'autonomie), la prise en charge des affections de longue durée ou la mise en oeuvre du revenu de solidarité active (RSA) pourraient faire l'objet d'études en temps réel (acteurs, pouvoirs, catégories, financements, etc.) et servir d'analyseurs de l'état général de la protection sociale et de ses évolutions en cours.

Territoires des politiques publiques

En France, la (re)territorialisation des politiques publiques du sanitaire et du social résulte en grande partie d'une politique volontariste engagée durant les années 1980 et consolidée au début des années 2000 (acte 2 de la décentralisation). Elle comprend un transfert de compétences en direction des collectivités locales à plusieurs niveaux (communal, départemental et régional) et, parallèlement, une transformation des modes de présence et d'intervention de l'administration d'État déconcentrée. Il serait intéressant de caractériser cette reterritorialisation dans l'histoire longue des relations entre échelles de gouvernement (communes, départements, régions, État, Europe), pour mieux comprendre le sens des déplacements du centre de gravité de l'action publique et mieux cerner en particulier le rôle des élus locaux.

Les conséquences de cette (re)territorialisation sont innombrables en termes d'offres de lits, de places, de prises en charge, de ressources, de redistribution. Elle a engendré des transformations dans les dispositifs et les procédures de gestion, dont il faudrait évaluer les caractéristiques et l'impact. Certains territoires étant plus stigmatisés que d'autres (quartiers dits « sensibles », communes ou départements pauvres...), il serait également utile d'analyser les conséquences positives ou négatives de la (re)territorialisation de l'action publique sur l'image de ces territoires (effets du critère de proximité, de l'apparition de « chefs de file » en matière sociale et médico-sociale, de la communication politique locale...). Enfin, elle a induit des réorientations des mobilisations sociales (avec des formes innovantes de démocratie consultative et participative), des transformations du droit sanitaire et social, touchant aux valeurs de référence (égalité, équité...), des changements dans la dynamique des professions, la montée en puissance des employeurs/opérateurs et des évolutions du rôle des usagers et de leurs représentants...

La (re)territorialisation semble avoir également valorisé et consolidé les prises en charge par la famille et par les proches, renforçant la part de l'informel. Le rôle des aidants professionnels et notamment familiaux, se renforce dans le développement des politiques publiques locales de care, engageant à la fois le sanitaire et le social, entre marchandisation et néo-bénévolat. Ces évolutions pourraient être analysées dans leur dimension historique mais aussi politique et économique, s'agissant, par exemple, de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et, de façon plus générale, des personnes âgées dépendantes.

Les interactions entre l'offre et la demande de services

Les possibilités d'induction de la demande par l'offre liées aux asymétries multiples qui existent entre prescripteurs et prestataires de services sanitaires et sociaux d'une part, consommateurs, usagers et bénéficiaires d'autre part, sont une caractéristique intrinsèque de ces domaines d'activité. De façon transversale aux thèmes précédents, cet axe invite à s'interroger sur les transformations structurelles et conjoncturelles de l'offre publique et sur leurs conséquences sur la construction des demandes sanitaires et sociales (cumul et partage des informations, innovations technologiques permettant la domiciliation et les traitements ambulatoires...), sur la division du travail professionnel dans ces secteurs (apparition de la téléphonie sanitaire et sociale, professions de l'accueil, de l'urgence, de la médiation...) et sur les conditions et enjeux de la relation de service entre professionnels et usagers/bénéficiaires (exigences de comportements coopératifs et responsables, par exemple). Quelles sont, en d'autres termes, les formes de vulnérabilités qui peuvent être de facto induites ou renforcées par l'offre publique elle-même ? En quoi l'offre publique peut-elle agir sur les phénomènes d'involution générationnelle ?

Quant à l'évolution des normes et des techniques de l'action sanitaire et sociale, l'individualisation des politiques sociales et de santé facilite-t-elle l'accès aux droits, biens et services ou crée-t-elle des obstacles nouveaux ? Quelles en sont les conséquences ? Sur le plan juridique, quels sont les enjeux et les effets de la transformation du régime d'incapacité de certains majeurs en un régime désormais qualifié par la référence à leur vulnérabilité ? Les échanges dématérialisés de données personnelles (sociales ou médicales) sécurisent-ils ou insécurisent-ils les demandeurs ?

Une attention particulière sera portée aux projets mettant ces évolutions en rapport avec celles affectant d'autres domaines de l'intervention publique (politiques de l'emploi, des retraites, de l'environnement, de la sécurité...) et qui sont susceptibles d'influencer directement ou indirectement l'offre et la demande de services sociaux et sanitaires.

3.4. SITUATIONS DE VULNERABILITE ET GOUVERNEMENT DU VIVANT

Les différentes figures de la vulnérabilité, les situations, les lieux, les récits, les images qui leurs sont associées varient suivant les cultures et les périodes historiques. Leurs articulations avec les formes de désignation sociale et la perception des sujets méritent d'être explorées.

A la fois soumis aux normes sociales et résistants à leurs injonctions, le souci de soi et le gouvernement des conduites sont traversés tant par les reconfigurations du rapport individu/collectif, responsabilité/droit/culpabilité, que les transformations de l'hygiène ou du statut du corps.

Les transformations des politiques du « vivant » et des dispositifs de gouvernement des corps et des populations peuvent être mises en perspective avec les nouveaux partages entre les sphères sanitaires, médico-sociales et juridiques. Leur étude implique d'observer les pratiques effectives, les équipements, comme les régulations.

Ce quatrième axe propose d'articuler les situations, les pratiques de vie et pratiques du corps, et les évolutions du gouvernement des hommes et des sociétés (biopolitiques). Il s'agit d'aborder les transformations historiques des représentations, des perceptions et des régulations concernant, de façon générale, le vivant dans l'espace public.

Les figures de la vulnérabilité

Les différentes figures de la vulnérabilité mériteraient d'être plus amplement étudiées suivant les cultures et les périodes historiques, en veillant à mettre en évidence les variations et les invariants, les évolutions, les transformations (nouveau-né, enfant abandonné, malade, personne âgée, femme enceinte, adolescent errant, travailleur au contact de certains matériaux, handicapé, etc.). Outre leurs caractéristiques en termes de classes d'âge, de genre ou d'appartenance sociale, comment sont-elles inscrites dans des lieux, dans des liens, dans des cultures, dans les récits et les images ?

Quand ils sont abordés en situation, les vecteurs de vulnérabilité peuvent être non seulement multiples et cumulés, mais aussi variables, et susceptibles de s'articuler de façon inédite. La précarité économique, l'exclusion du système scolaire, la désaffiliation, l'incarcération, les facteurs psychiatriques, familiaux, les conduites addictives, l'isolement sont autant de facteurs déclenchants, mais d'autres facteurs peuvent aussi être explorés, par exemple, la fatigue, comme contexte non perçu - contrairement à celui de l'alcool - de prises de risques et de conduites de « perte », par exemple, vis-à-vis des enfants, mais également l'ennui, l'anxiété, l'absence d'échanges sociaux, et ce que le langage courant appelle « les nerfs », les crises rapprochées, les passages à l'acte, les représentations du monde et de l'avenir...

Si les figures attendues méritent toujours examen, l'exploration des figures émergentes (jeunes garçons se faulant au travers des mailles des dispositifs sociaux, jeunes filles en situation d'errance nocturne, beauté physique de la très jeune fille issue de milieux défavorisés comme facteur de vulnérabilité spécifique, jeunes mères d'enfants en bas âge en situation de précarité économique...) devrait également être développée. Comment certains contextes peuvent-ils accentuer la vulnérabilité de populations spécifiques (personnes âgées durant un épisode de canicule, par exemple) ?

Cette attention aux figures émergentes suppose des terrains originaux (par exemple, structures d'accueil ou d'hébergement...), mais aussi la mise en œuvre de méthodes d'observation directe des populations concernées, de façon à mieux décrire en situation les mécanismes et processus de production.

Les différentes cultures et les différentes formes d'expression artistique (peinture, cinéma, littérature, musique, danse...) mettent en scène, en mouvement, en image et en récit, la vulnérabilité. Les invariants comme les ruptures mériteraient d'être examinés à travers, par exemple, l'incarnation de ces figures en héros positifs ou négatifs. Existe-t-il des genres, des médiums artistiques, des époques, ayant plus spécifiquement fait de la vulnérabilité un thème privilégié ? Quel traitement (tragique, comique, pathétique...) lui est-il réservé ? La vulnérabilité elle-même est-elle présentée comme un destin, une chute, accidentelle ou programmée, voire une épreuve mystique conduisant à une rédemption ? La représentation de la vulnérabilité peut aussi être le support d'une satire sociale, d'une dénonciation politique. On pourra encore s'interroger sur l'expression artistique des personnes en position de vulnérabilité, en mettant l'accent, éventuellement, sur les différences en terme d'origine sociale, de genre et en privilégiant une approche diachronique et comparative.

Pratiques de vie : entre perception et désignation

La notion de vulnérabilité désigne et qualifie à la fois : elle suppose à chaque stade la représentation d'un possible qui finit toujours par toucher la personne elle-même dans ses pratiques les plus quotidiennes. Elle implique l'image d'une menace ou d'une atteinte plus ou moins organique ou psychique, sociale, voire politique. Mais la vulnérabilité est aussi une forme culturelle d'anticipation. Ces questions peuvent être évoquées dans les domaines où se conjuguent souvent inégalité, exclusion et vulnérabilité politique (handicap, ethnicité, distinction de sexes, habitat...).

La vulnérabilité peut être ressentie ou rester non pensée : l'adolescent festif se croit le roi du monde au moment précisément où il accroît sa vulnérabilité dans des conduites d'excès. Les articulations entre la perception de sa vulnérabilité et la désignation en tant que sujet vulnérable pourraient également faire l'objet d'investigations, ceci aussi bien en analysant les effets (peur, anxiété, honte, insomnie, trajectoires de vie...) qu'en explorant les stratégies individuelles et collectives (fuite, prise en charge...). Les variations des formes de désignation sociale comme d'auto-désignation (noms, mémoire et propre récit de vie...) peuvent être analysées en fonction des cultures et des périodes historiques. Des travaux permettant d'approcher conjointement les perceptions, les désignations, les inscriptions corporelles et organiques, les identités, ainsi que les situations, leurs déterminants et leurs temporalités (situation provisoire ou définitive), sont particulièrement attendus.

Comment rendre compte des facteurs culturels et historiques dans la perception de la vulnérabilité par les sujets (représentations de la virilité et reconnaissance de la vulnérabilité...) comme dans la désignation ou le repérage des personnes vulnérables ? Quels sont les effets de la reconnaissance de la vulnérabilité, de sa désignation par les sujets et par la société, sur les identités, les parcours de vie... ? Cette désignation ne peut-elle pas avoir aussi pour effet d'accroître la vulnérabilité, voire l'exclusion ? Quelles pratiques induit le sentiment de vulnérabilité ? A quelles conditions certaines personnes

ou certains groupes sont-ils considérés comme vulnérables ? Quelles conséquences la qualification de vulnérable entraîne-t-elle de la part des autres groupes sociaux ?

Pratiques du corps : entre normes et rapports au monde

Il importe d'interroger le corps à la fois pour lui-même et comme une entrée privilégiée pour aborder les vulnérabilités et leurs prises en charge et ce, à trois titres au moins. Il articule constamment les dimensions individuelles et collectives et révèle les reconfigurations de leurs rapports dans le cadre des nouvelles formes de gestion des populations. A la fois lieu des vulnérabilités et lieu de ressources, il peut fonctionner comme un handicap ou un capital. Quelles sont les conditions qui conduisent à se considérer comme « vulnérables » ? Quelles pratiques induit le sentiment de vulnérabilité ? À quelles conditions certaines personnes ou certains groupes sont-ils considérés comme vulnérables ? Quelles conséquences la qualification de vulnérable entraîne-t-elle de la part des autres groupes sociaux ?

À travers le corps, s'inscrit un rapport au monde et une position de pouvoir ou d'impuissance. Il apparaît parfois comme la dernière ressource des plus démunis ou des malades. Les marques (visibles, sanitaires...) du corps précaire peuvent être explorées, comme les pratiques de soin ou de non soin en situation de précarité ou encore les conditions sociales et institutionnelles de la gestion des corps.

À la fois soumis aux normes sociales et résistant à leurs injonctions, c'est sur le corps que s'exercent, mais aussi qu'achoppent, les prescriptions sociales, des plus politiques et institutionnalisées (politiques de santé publique, directives médicales individuelles, normes d'hygiène, activités physiques, sports, etc.) aux plus diffuses (par exemple celles portées par les groupes de sociabilité).

L'intérêt croissant que les populations portent à leur bien-être corporel et mental semble se conjuguer avec l'individualisation croissante du gouvernement des conduites. Les transformations de l'imbrication du social et du sanitaire mériteraient donc d'être explorées. Sur quels registres se définit le souci de soi : performances physiques, mentales et sociales, autonomie... ? Comment ces processus se sont-ils constitués historiquement et quelles sont les forces qui les portent aujourd'hui ?

Trois niveaux de réflexion peuvent notamment être envisagés :

- Les déterminants des pratiques du corps : par quels processus la société construit-elle les corps, leurs forces et leurs vulnérabilités ? Quels en sont les différents prescripteurs (pouvoirs publics, médias, entreprises, professionnels de l'action sociale et de la santé, famille, groupes de sociabilité..) ? Quels rôles jouent les déterminants culturels, religieux... ? Quels sont les nouvelles normes et les nouveaux régimes corporels qui définissent aujourd'hui le statut du corps ? Comment sont produites les normes sanitaires et sociales de régulation des conduites et les normes d'autorégulation corporelles ? Les transformations de l'hygiène, de l'alimentation, des symptômes, des maladies comme celles du statut du corps selon les âges de la vie (corps sexué, corps au travail, vieillissement...), les nouveaux métiers du social, du bien-être, de la santé (coaching, par exemple), pourraient être étudiées dans cette perspective.

- Pratiques individuelles, gestion collective : comment s'articulent ou s'opposent les pratiques et itinéraires individuels avec les attentes et régulations sociales ? Comment les

différents apprentissages, notamment dans l'enfance, déterminent-ils les conduites ? Comment autocontrôle et contrôles corporels se conjuguent-ils ?

- Droits et responsabilités, individuels et collectifs : cet ensemble de nouveaux devoirs corporels s'accompagne-t-il de l'émergence de nouveaux droits - individuels et/ou collectifs - (à la santé, à la dignité, à la protection...) ? Comment cette responsabilisation s'articule-t-elle avec la définition et la gestion de risques collectifs ? Assiste-on à un processus continu et uniforme de responsabilisation individuelle ? Quelles en sont les causes, les effets, les modes de fonctionnement ?

Historicité du biopolitique

Les interventions du politique dans le domaine du vivant sont multiples et anciennes. Sans prétendre à l'exhaustivité, trois grands secteurs d'interventions biopolitiques peuvent être mentionnés.

- Un premier ensemble peut être subsumé sous le terme de politiques de santé publique. Il regroupe des pratiques « inventées » pour la plupart dès le XIXe siècle et désignées alors sous le vocable d'hygiène publique. C'est un domaine très vaste où l'on retrouve aussi bien les travaux d'assainissement, la résorption des taudis, la lutte contre les maladies infectieuses, les campagnes contre les « mauvaises pratiques » de vie (usages d'alcool, de tabac et autres produits psychoactifs, dénonciation de la « mal-bouffe » ou de la sédentarité, etc.), la médecine du travail, la sécurité routière et, plus globalement, tout le secteur de la prévention dite primaire.
- Les processus de « médicalisation » forment un second ensemble. La médicalisation englobe, bien sûr, la mise en place des équipements sanitaires, les formations des personnels de santé et la gestion de leur démographie, mais aussi les définitions et redéfinitions du champ même de l'intervention du médical étendu au médico-psychologique et au social.
- Le dernier ensemble, le plus directement centré sur les processus de la vie, est constitué par les dispositions portant sur la reproduction, la procréation, l'eugénisme et sur la mort.

La mise en place, le développement et les transformations de ces trois champs pris séparément ou dans leur cumul et combinaisons mériteraient d'être explorés.

Toute politique de protection de la santé publique et du bien-être social induit des arbitrages complexes mettant en balance des intérêts politiques, sociaux, économiques, culturels, religieux, écologiques. Comment ces différents intérêts sont-ils gérés par les acteurs ? Des exemples multiples (comme l'affaire de l'amiante ou la lutte contre le tabagisme) illustrent les contradictions entre les intérêts particuliers et collectifs. Ces contradictions peuvent aussi être internes à une institution ou à un groupe social. Certains travaux de SHES ont déjà souligné les effets contre-productifs de campagnes médicales contre les « fléaux sociaux » ou la façon dont les intérêts des professionnels du sanitaire et du social, confortés par des modes de tarification et de budgétisation des services, peuvent freiner, de fait, les politiques et pratiques de prévention et générer de nouvelles inégalités.

À l'inverse, des synergies ont permis le recul rapide de certaines maladies contagieuses ou l'instauration de la Sécurité sociale ; de même, l'évolution dans les modes de soins a permis la réduction de la mortalité infantile. Quelles dynamiques historiques et sociales ont rendu possible ces transformations et les nouvelles régulations qu'elles exigent ? Par exemple, les notions de harcèlement moral, de discrimination, trop souvent saisies dans le court terme, mériteraient d'être appréhendées dans un cadre temporel plus long et d'être resituées, par exemple, dans les transformations des modes d'organisation du travail ou de gestion du marché de l'emploi. L'analyse de l'invention de nouvelles vulnérabilités (actuelles ou passées) et de nouveaux modes de traitement, juridiques, techniques, institutionnels ou autres, gagnerait aussi à un tel recul.

Les politiques du vivant, les formes du gouvernement des corps, s'appuient sur des savoirs, scientifiques ou non, mais aussi sur des croyances qui peuvent être une survivance des discours savants d'hier. Elles produisent des discours experts qui mesurent le risque et/ou proposent des remèdes. Les questions autour desquelles les politiques du vivant sont élaborées relèvent toujours de plusieurs registres (moral, biologique, sociale, économique, culturelle, etc.). Les différents régimes épistémologiques des savoirs mobilisés mériteraient d'être examinés, en référence à l'histoire des idées et des sciences.

Enfin, les comparaisons historiques seront particulièrement bienvenues dans la mesure où, par exemple, les dangers liés notamment au développement des biotechnologies sont diversement évalués et se traduisent, à l'intérieur même de l'Europe, par des lois et des réglementations hétérogènes. À l'inverse, quels sont les effets de l'internationalisation de certaines normes (définition du génome, par exemple) quand elles s'imposent à des pays aux traditions culturelles très différentes ?

Les vulnérabilités à l'épreuve du judiciaire

Les politiques du vivant et les dispositifs de gouvernement des corps ont aussi à voir avec le droit pénal. La gestion de la misère, notamment au travers de la répression de la mendicité et du vagabondage, la lutte contre les fléaux sanitaires quand on pénalise l'ivresse (loi du 23 janvier 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique), le contrôle étatique de la procréation quand on poursuit l'avortement, celui des comportements sexuels quand les prétoires ont à connaître des affaires d'adultère, sont quelques exemples de traitement pénal de questions socio-corporelles et de vulnérabilités. Avec le développement de l'État-providence et des processus d'individualisation, on assiste à une transformation des politiques pénales du vivant. Dans certains cas, le juge partage la gestion d'un problème qui, hier, ne relevait que de lui, avec des acteurs du secteur médico-social (usage de stupéfiants, délinquance sexuelle...) ; parfois, il a cédé sa place au travailleur social (SDF) ou au corps médical (avortement). Parallèlement, on évoque une juridiciarisation de la société et une pénalisation de la misère. Comment se joue l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le judiciaire ? Quels effets un éventuel déplacement des frontières a-t-il pour les populations concernées ? Toutes ces hypothèses, observations et questions méritent d'être étayées par des travaux empiriques.

Au-delà du seul droit pénal, on s'interrogera sur les évolutions du cadre juridique et sur son interaction avec les débats sociaux. Comment évoluent les débats éthiques, juridiques et normatifs autour des nouvelles technologies du vivant (procréation médicalement assistée, clonage, cellules souches, greffes, fin de vie, etc.) sans oublier

les enjeux de la propriété intellectuelle (brevetabilité) qui leur sont liés ? Les régimes de responsabilité et de culpabilité mériteraient également d'être abordés dans une perspective historique. Comment émergent de nouveaux arbitrages quant à l'imputation de la responsabilité individuelle face aux responsabilités collectives dans différents domaines (santé-travail, environnement-santé, santé mentale, protection des personnes et des groupes, etc.) ?

4. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET D'ÉVALUATION

Sont décrits ci-après les critères d'éligibilité et d'évaluation utilisés au cours de la procédure de sélection décrite en annexe §1.

4.1. CRITERES D'ELIGIBILITE

- Le coordinateur du projet ne doit pas être membre du comité d'évaluation du programme.
- Les responsables scientifiques et techniques des partenaires organismes de recherche doivent être des personnels permanents d'organismes de recherche.
- Les dossiers sous forme électronique (documents de soumission A et B) et sous forme papier (document de soumission A uniquement) doivent être soumis dans les délais, au format demandé et être complets (toutes les rubriques obligatoires doivent être remplies) ; les contenus des versions électronique et papier du document de soumission A doivent être identiques.
- Le projet doit entrer dans le champ de l'appel à projets.
- La durée du projet doit être comprise entre 2 ans et 4 ans.
- Nature du partenariat (cf. § 2.2.1). Les partenaires devront appartenir à l'une des catégories suivantes :
 - Organisme de recherche (université, EPST, EPIC, etc.)³.
 - Entreprise¹
- L'aide demandée doit être inférieure à 150 000 euros en moyenne par an et par projet

IMPORTANT

- Les dossiers ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité ne seront pas soumis à avis d'experts extérieurs et ne pourront en aucun cas faire l'objet d'un financement de l'ANR.
- Les dossiers transmis après les échéances indiquées seront déclarés non recevables.

¹ Cf. définition complète en annexe § 2.3.

4.2. CRITERES D'EVALUATION

Les projets seront notamment examinés selon les critères suivants :

- Pertinence de la proposition au regard des orientations de l'appel à projets
- Qualité scientifique (sujet, objectifs, démarches, attendus, etc.)
 - originalité et caractère novateur du projet par rapport à l'état des connaissances
 - qualité et justification de la problématique
- Pertinence de la méthodologie
 - justification des approches. Stratégies de recherche, choix et accès aux terrains, aux sources, etc.
 - modalités de collaboration interdisciplinaire si nécessaire
 - si nécessaire : modalités de constitution, d'archivage, d'accès et de partage des données de corpus, etc.
- stratégie de valorisation et de protection des résultats du projet, gestion des questions de propriété intellectuelle.
- Compétence scientifique des proposant
 - compétence scientifique des équipes constituées pour le projet
 - capacité à conduire le projet
 - adéquation entre partenariat et objectifs scientifiques
- Faisabilité (plan de travail, calendrier, modalités de travail en commun, gestion du projet, etc.).
- Moyens humains et financiers (adéquation à la chronologie et aux objectifs du projet, justification de l'aide demandée en fonction du programme des travaux, etc.)

5. DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT

Le financement attribué par l'ANR à chaque partenaire sera apporté sous forme d'une aide non remboursable, selon les dispositions du « Règlement relatif aux modalités d'attribution des aides de l'ANR », disponible sur le site internet de l'ANR.

Seuls pourront être bénéficiaires des aides de l'ANR les partenaires résidant en France, les laboratoires associés internationaux des organismes de recherche et des établissements d'enseignement supérieur et de recherche français ou, les institutions françaises implantées à l'étranger. La participation de partenaires étrangers est néanmoins possible dans la mesure où chaque partenaire étranger assure son propre financement dans le projet.

IMPORTANT

- l'ANR n'attribuera pas d'aide d'un montant inférieur à 15 000 € à un partenaire d'un projet.

Pour les entreprises⁴, le **taux maximum** d'aide de l'ANR est le suivant :

Dénomination	Taux maximum d'aide pour les PME ⁵	Taux maximum d'aide pour les entreprises autres que PME
Recherche fondamentale ⁶	75 % des dépenses éligibles	30 % des dépenses éligibles
Recherche industrielle ⁶	75 %* des dépenses éligibles	30 % des dépenses éligibles

(*) Pour les projets ne faisant pas appel à une coopération effective entre une entreprise et un organisme de recherche, ce taux maximum est de **60 %**.

Il y a collaboration effective entre une entreprise et un organisme de recherche lorsque l'organisme de recherche supporte au moins 10 % des coûts entrant dans l'assiette de l'aide et qu'il a le droit de publier les résultats des projets de recherche, dans la mesure où ces résultats sont issus de recherches qu'il a lui-même effectuées.

⁴ On entend par « entreprise » toute entité exerçant une activité économique, indépendamment de sa forme juridique (cf. définition en annexe § 3.3).

⁵ En particulier, est une PME une entreprise **autonome** comprenant jusqu'à 249 salariés, avec un chiffre d'affaires inférieur à 50 M€ ou un total de bilan inférieur à 43 M€ (cf. annexe § 3.3).

⁶ Cf. définitions en annexe § 3.1.

IMPORTANT

en application des nouvelles dispositions communautaires sur les aides d'État :

- l'effet d'incitation⁷ d'une aide de l'ANR à une entreprise autre que PME devra être établi. En conséquence, les entreprises autres que PME sélectionnées dans le cadre du présent appel à projets seront sollicitées, pendant la phase de finalisation des dossiers administratifs et financiers (cf. annexe § 1), pour fournir les éléments d'appréciation nécessaires.
- Les bénéficiaires de l'aide de l'ANR sur des projets partenariaux organisme de recherche/entreprise devront fournir, dans un délai maximum de douze mois après la date d'entrée en vigueur des actes attributifs d'aide les concernant, une copie de leur accord de *consortium* ainsi qu'une attestation signée par eux de sa compatibilité avec les dispositions de l'encadrement communautaire des aides à la recherche, au développement et à l'innovation (cf. annexe § 4).

Les recrutements sous forme de contrat à durée déterminée (CDD) ne pourront pas excéder 24 mois par année de projet et devront être dûment motivés. L'ANR ne prendra pas en charge le financement de personnel en CDD au-delà de la fin du projet.

L'ANR n'accordera pas d'allocations de recherche dans le cadre de cet appel à projets. Le recours à des doctorants peut être envisagé pour des vacances ne dépassant pas 6 mois.

⁷ La définition de l'effet d'incitation figure en annexe § 1.

6. POLES DE COMPÉTITIVITÉ

Les partenaires d'un projet labellisé par un (des) pôle(s) de compétitivité et retenu par l'ANR dans le cadre de cet appel à projets pourront se voir attribuer un complément de financement par l'ANR.

La procédure à suivre est décrite ci-après.

Le formulaire d'attestation de labellisation d'un projet par un pôle de compétitivité téléchargeable au format Word (*.doc) est disponible avec les documents téléchargeables constituant le dossier de soumission sur le site internet de l'ANR.

Le partenaire coordinateur devra transmettre le formulaire d'attestation de labellisation, **avec le volet 1 dûment renseigné**, sous forme électronique à la structure de gouvernance de chaque pôle de compétitivité sollicité.

En cas de labellisation, la structure de gouvernance du pôle de compétitivité sollicité devra transmettre à l'ANR le formulaire d'attestation de labellisation **avec le volet 2 dûment renseigné, en deux versions** : une version sous forme papier **signée** envoyée par courrier et une version sous forme électronique au format Word (*.doc) (adresses postale et électronique figurant sur le formulaire).

Le formulaire d'attestation de labellisation sous forme papier **signé** devra être transmis à l'ANR dans un délai de **deux mois maximum** après la date limite d'envoi des projets.

7. MODALITÉS DE SOUMISSION

Le dossier de soumission à l'appel à projets devra comporter l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation scientifique et technique du projet.

Les éléments du dossier de soumission, (word, pdf, xls), seront mis en ligne sur le site internet de l'ANR et sur le site internet de l'ENS LSH au plus tard le 20/02/2008.

L'ANR recommande de produire une description scientifique et technique du projet en anglais, sauf pour les projets pour lesquels l'usage du français s'impose. Cela concerne en particulier l'essentiel des projets en sciences humaines et sociales, où le français peut être utilisé dans le cadre d'une évaluation internationale. Cela concerne également les projets à fort potentiel de valorisation (recherche industrielle), pour lesquels une expertise par une personnalité non résidente en France ne serait pas recommandée en raison des enjeux économiques particuliers du projet. Au cas où la description scientifique et technique serait rédigée en français, une traduction en anglais pourra être demandée dans un délai compatible avec les échéances du processus d'évaluation.

**LES DOCUMENTS DU DOSSIER DE SOUMISSION DEVRONT IMPERATIVEMENT ETRE TRANSMIS
PAR LE PARTENAIRE COORDINATEUR**

SOUS FORME ELECTRONIQUE

**(documents de soumission A et B) au plus tard le 10/04/08
impérativement avant 16h** (heure de Paris) à l'adresse suivante
vulnerabilites-anr@ens-lsh.fr

ET

SOUS FORME PAPIER

(uniquement document de soumission A, signé par tous les partenaires)
par voie postale au plus tard le **10/04/08 à minuit** en deux exemplaires,
le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante

*ENS LSH
Programme ANR Vulnérabilités
15, Parvis René Descartes
BP 7000 69342 Lyon cedex 07*

**UN ACCUSE DE RECEPTION SOUS FORME ELECTRONIQUE
SERA ENVOYE AU COORDINATEUR PAR L'UNITE SUPPORT**

Les contenus des documents de soumission A sous forme électronique et sous forme papier devront être identiques.

Pour tout renseignement, les personnes à contacter, de préférence par courrier électronique, sont :

scientifique

Catherine Courtet

catherine.courtet@agencerecherche.fr

administratif et financier

Marie-Astrid de Montlaur

vulnerabilites-anr@ens-lsh.fr

04 37 37 63 65

ANNEXES

1. PROCÉDURE DE SÉLECTION

Les principales étapes de la procédure de sélection sont les suivantes :

- Examen de l'**éligibilité des projets** par le comité d'évaluation et désignation des experts extérieurs.
- **Evaluation des projets** par le comité d'évaluation après réception des avis des experts extérieurs.
- **Examen des projets** par le comité de pilotage et **proposition d'une liste des projets à financer** par l'ANR (liste principale et éventuellement liste complémentaire).
- Etablissement de la **liste des projets sélectionnés** par l'ANR (liste principale et éventuellement liste complémentaire) et publication de la liste.
- Envoi aux coordinateurs des projets non sélectionnés d'un avis synthétisé des comités.
- Finalisation des dossiers administratif et financier pour les projets retenus et publication de la **liste des projets retenus** pour financement. Les entreprises autres que PME sélectionnées seront sollicitées pour fournir les éléments d'appréciation nécessaires pour établir l'effet d'incitation⁸ de l'aide de l'ANR.

Les rôles respectifs des principaux acteurs de la procédure de sélection sont :

- Le **comité d'évaluation**, composé de membres des communautés de recherche concernées, français ou étrangers, issus de la sphère publique ou privée, a pour mission d'évaluer les projets et de les répartir dans trois catégories : A (recommandés), B (acceptables), et C (rejetés).
- Les **experts extérieurs** désignés par le comité d'évaluation, donnent un avis écrit sur les projets. Au moins deux experts sont désignés pour chaque projet.
- Le **comité de pilotage**, composé de personnalités qualifiées et de représentants institutionnels, a pour mission de proposer à partir des travaux du comité d'évaluation, une liste de projets à financer par l'ANR.

Les dispositions de la charte de déontologie de l'ANR doivent être respectées par les personnes intervenant dans la sélection des projets, notamment les dispositions liées à la confidentialité et aux conflits d'intérêt. La charte de déontologie de l'ANR est disponible sur son site internet (<http://www.agence-nationale-recherche.fr/DocumentsAgence>).

Les modalités de fonctionnement et d'organisation des comités d'évaluation et de pilotage sont décrites dans des documents disponibles sur le site internet de l'ANR (<http://www.agence-nationale-recherche.fr/DocumentsAgence>).

La composition des comités du programme est affichée sur le site internet de l'ANR (<http://www.agence-nationale-recherche.fr/Comites>).

⁸ Avoir un effet d'incitation signifie, aux termes des dispositions communautaires, que l'aide doit déclencher, chez son bénéficiaire, un changement de comportement l'amenant à intensifier ses activités de R & D : elle doit avoir comme incidence d'accroître la taille, la portée, le budget ou le rythme des activités de R & D. L'analyse de l'effet d'incitation reposera sur une comparaison de la situation avec et sans octroi d'aide, à partir des réponses à un questionnaire qui sera transmis à l'entreprise. Divers indicateurs pourront, à cet égard, être utilisés : coût total du projet, effectifs de R & D affectés au projet, ampleur du projet, degré de risque, augmentation du risque des travaux, augmentation des dépenses de R & D dans l'entreprise, ...

2. DEFINITIONS

2.1. DEFINITIONS RELATIVES AUX DIFFERENTES CATEGORIES DE RECHERCHE

Ces définitions figurent dans l'encadrement communautaire des aides d'État à la recherche, au développement et à l'innovation⁹. On entend par :

- **recherche fondamentale**, « des travaux expérimentaux ou théoriques entrepris essentiellement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements de phénomènes ou de faits observables, sans qu'aucune application ou utilisation pratiques ne soient directement prévues ».
- **recherche industrielle**, « la recherche planifiée ou des enquêtes critiques visant à acquérir de nouvelles connaissances et aptitudes en vue de mettre au point de nouveaux produits, procédés ou services, ou d'entraîner une amélioration notable des produits, procédés ou services existants. Elle comprend la création de composants de systèmes complexes, nécessaire à la recherche industrielle, notamment pour la validation de technologies génériques, à l'exclusion des prototypes visés [dans la définition du développement expérimental] [...] ci-après ».
- **développement expérimental**, « l'acquisition, l'association, la mise en forme et l'utilisation de connaissances et de techniques scientifiques, technologiques, commerciales et autres existantes en vue de produire des projets, des dispositifs ou des dessins pour la conception de produits, de procédés ou de services nouveaux, modifiés ou améliorés. Il peut s'agir notamment d'autres activités visant la définition théorique et la planification de produits, de procédés et de services nouveaux, ainsi que la consignation des informations qui s'y rapportent. Ces activités peuvent porter sur la production d'ébauches, de dessins, de plans et d'autres documents, à condition qu'ils ne soient pas destinés à un usage commercial.

La création de prototypes et de projets pilotes commercialement exploitables relève du développement expérimental lorsque le prototype est nécessairement le produit fini commercial et lorsqu'il est trop onéreux à produire pour être utilisé uniquement à des fins de démonstration et de validation. En cas d'usage commercial ultérieur de projets de démonstration ou de projets pilotes, toute recette provenant d'un tel usage doit être déduite des coûts admissibles.

La production expérimentale et les essais de produits, de procédés et de services peuvent également bénéficier d'une aide, à condition qu'ils ne puissent être utilisés ou transformés en vue d'une utilisation dans des applications industrielles ou commerciales.

Le développement expérimental ne comprend pas les modifications de routine ou périodiques apportés à des produits, lignes de production, procédés de fabrication, services existants et autres opérations en cours, même si ces modifications peuvent représenter des améliorations ».

2.2. DEFINITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DES PROJETS

Pour chaque projet, un **partenaire coordinateur** unique est désigné et chacun des autres **partenaires** désigne un **responsable scientifique et technique**.

Partenaire coordinateur : organisme de recherche ou entreprise d'appartenance du coordinateur.

Coordinateur : il est le responsable de la coordination scientifique et technique du projet, de la mise en place et de la formalisation de la collaboration entre les partenaires, de la production des livrables du projet, de la tenue des réunions d'avancement et de la communication des résultats. L'organisme auquel appartient le coordinateur est appelé partenaire coordinateur.

Partenaire : unité d'un organisme de recherche ou entreprise.

⁹ Cf. JOUE 30/12/2006 C323/9-10 (<http://www.agence-nationale-recherche.fr/documents/uploaded/2007/encadrement.pdf>)

Responsable scientifique et technique : il est l'interlocuteur privilégié du coordinateur et est responsable de la production des livrables du partenaire. Pour l'organisme assurant la coordination générale du projet, le responsable scientifique et technique du projet est en général le coordinateur du projet dans son ensemble. Toutefois, notamment dans le cadre de projets de grande taille, la coordination du projet peut être assurée par une tierce personne de la même entreprise ou du même laboratoire.

Projet partenarial organisme de recherche / entreprise : projet de recherche pour lequel au moins un des partenaires est une entreprise, et au moins un des partenaires appartient à un organisme de recherche (cf. définitions au § 3.3 de la présente annexe).

2.3. DEFINITIONS RELATIVES AUX STRUCTURES

On entend par :

- **organisme de recherche**, « une entité, telle qu'une **université** ou un **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 leurs 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 »⁹.

Les centres techniques, sauf exception dûment motivée, sont considérés comme des organismes de recherche.

- **entreprise**, toute entité, indépendamment de sa forme juridique, exerçant une activité économique. On entend par activité économique toute activité consistant à **offrir des biens et/ou des services sur un marché donné**¹⁰. Sont notamment considérées comme telles, les entités exerçant une activité artisanale, ou d'autres activités à titre individuel ou familial, les sociétés de personnes ou les associations qui exercent régulièrement une activité économique¹¹.

- **micro, petite et moyenne entreprise (PME)**, une entreprise répondant à la définition d'une PME de la Commission Européenne¹². Notamment, est une PME une entreprise autonome comprenant jusqu'à 249 salariés, avec un chiffre d'affaires inférieur à 50 M€ ou un total de bilan inférieur à 43 M€.

- **microentreprise**, une entreprise qui occupe moins de 10 personnes et dont le chiffre d'affaires annuel ou le total du bilan annuel n'excède pas 2 millions d'euros¹¹.

¹⁰ Cf. *Encadrement communautaire des aides d'État à la recherche, au développement et à l'innovation*, JOUE 30/12/2006 C323/11 (<http://www.agence-nationale-recherche.fr/documents/uploaded/2007/encadrement.pdf>).

¹¹ Cf. *Recommandation de la Commission Européenne du 6 mai 2003 concernant la définition des petites et moyennes entreprises*, JOUE 20/5/2003 L 124/39.

¹² *Ibid.*

3. ACCORDS DE CONSORTIUM POUR LES PROJETS PARTENARIAUX ORGANISME DE RECHERCHE/ENTREPRISE

Pour les projets partenariaux organisme de recherche/entreprise, les partenaires devront conclure, sous l'égide du coordinateur du projet, un accord précisant :

- la répartition des tâches, des moyens humains et financiers et des livrables ;
- le partage des droits de propriété intellectuelle des résultats obtenus dans le cadre du projet ;
- le régime de publication / diffusion des résultats ;
- la valorisation des résultats du projet.

Ces accords permettront également de déterminer l'existence éventuelle d'une aide indirecte entrant dans le calcul du taux d'aide maximum autorisé par l'encadrement communautaire des aides à la recherche, au développement et à l'innovation (ci après appelé « l'encadrement »).

L'absence d'aide indirecte est présumée si l'une au moins des conditions suivantes est remplie :

- le bénéficiaire soumis à l'encadrement supporte l'intégralité des coûts du projet ;
- dans le cas de résultats non protégeables par un titre de propriété intellectuelle, l'organisme de recherche bénéficiaire peut diffuser largement ses résultats ;
- dans le cas d'un résultat protégeable par un titre de propriété intellectuelle, l'organisme de recherche bénéficiaire en conserve la propriété ;
- le bénéficiaire soumis à l'encadrement qui exploite un résultat développé par un organisme de recherche bénéficiaire verse à cet organisme une rémunération équivalente aux conditions du marché.

Le coordinateur du projet transmettra une copie de cet accord ainsi qu'une attestation signée des partenaires attestant de sa compatibilité avec les dispositions de l'encadrement ainsi qu'avec la(les) convention(s) définissant les modalités d'exécution et de financement du projet. Cette transmission interviendra dans le délai de douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur des actes attributifs d'aide.

L'attestation devra donc certifier soit que l'accord remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, soit que tous les droits de propriété intellectuelle sur les résultats, ainsi que les droits d'accès à ces résultats sont attribués aux différents partenaires et reflètent adéquatement leurs intérêts respectifs, l'importance de la participation aux travaux et leurs contributions financières et autres au projet. A défaut, l'accord pourra être considéré comme constituant une forme d'aide indirecte, conduisant à minorer le taux d'aide directe attribuée par l'ANR.