

Projet tutoré et plateforme « géodépistage » en géographie de la santé. Pourquoi ? Comment ? Pour qui ?

Zoe Vaillant, Myriam Baron, Stéphane Rican, Audrey Bochaton et Hélène Charreire



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/cdg/1174>

DOI : 10.4000/cdg.1174

ISSN : 2107-7266

Éditeur

UMR 245 - CESSMA

Référence électronique

Zoe Vaillant, Myriam Baron, Stéphane Rican, Audrey Bochaton et Hélène Charreire, « Projet tutoré et plateforme « géodépistage » en géographie de la santé. Pourquoi ? Comment ? Pour qui ? », *Carnets de géographes* [En ligne], 10 | 2017, mis en ligne le 30 septembre 2017, consulté le 05 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/cdg/1174> ; DOI : 10.4000/cdg.1174

Ce document a été généré automatiquement le 5 mai 2019.



La revue *Carnets de géographes* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Projet tutoré et plateforme « géodépistage » en géographie de la santé. Pourquoi ? Comment ? Pour qui ?

Zoe Vaillant, Myriam Baron, Stéphane Rican, Audrey Bochaton et Hélène Charreire

Introduction

- 1 Cet article présente la mise en œuvre d'un « projet tutoré » en géographie de la santé au sein du parcours de master « Territoire, Villes et Santé »³ (TVS). Ce « projet tutoré » se distingue d'une réponse « classique » à une commande formulée par des acteurs en direction d'étudiants d'une formation en ce qu'il est le pivot autour duquel s'élabore une démarche de co-production, de partage et d'application des connaissances entre chercheurs, acteurs et décideurs en santé publique. Cette démarche est portée et animée par l'équipe d'enseignants-chercheurs encadrant le projet tutoré depuis 6 années et est formalisée dans une plateforme régionale dite « Plateforme Géodépistage ». La démarche, qui aboutit progressivement à une forme d'acculturation entre les professionnels de santé publique et les enseignants-chercheurs, a de multiples retombées. Le projet tutoré permet aux étudiants d'améliorer leur niveau et favorise leur intégration professionnelle. Ce projet permet également aux enseignants de faire reconnaître leur formation dans le monde de l'action publique, de développer de nouvelles recherches académiques. Les professionnels collaborateurs, de leur côté, utilisent dans leurs activités les connaissances produites et intègrent un nouveau regard, géographique, qui vient enrichir leurs pratiques. Cette expérience brouille la frontière faite entre formation dite professionnalisante (Masters étiquetés « Pro ») et master dit « Recherche ». En effet, c'est bien la géographie de la santé avec ses concepts, ses théories et méthodologies de recherche et avec ses débats qui sont à la base de ce qui est enseigné. Cet article en proposant un retour critique sur l'organisation pédagogique et sur les retombées liées au

« projet tutoré » et à la démarche de transfert de connaissances, conduit à réfléchir voire à remettre en cause le bien-fondé de cette dichotomie entre master dit « recherche » et master « professionnel ».

Contexte et genèse du projet tutoré

Quelle(s) orientation(s) pour un Master en géographie de la santé ?

- 2 Le parcours de master TVS forme des spécialistes de l'analyse des liens entre l'organisation d'un territoire et la répartition spatiale des faits de santé caractérisant les groupes sociaux liés à ce territoire : états de santé des populations et leurs déterminants, structuration et fonctionnement de l'offre de soins. Pourquoi une telle orientation ? Parce que le constat est préoccupant : en France, comme en Europe, aux niveaux des régions, des villes, des quartiers, si l'espérance de vie des populations ne cesse d'augmenter, les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent (Chauvin et Parizot, 2005 ; Leclerc *et al.*, 2000, 2006 ; Rican *et al.*, 2010 ; Salem *et al.*, 2006). Ces inégalités résultent d'un faisceau de déterminants qui vont de l'individu (âge, sexe, génétique, trajectoire personnelle) aux structures macro sociales en passant par l'ancrage dans divers environnements (familial, groupe social, lieux de vie, travail, éducation et formation etc.). La réduction de ces inégalités sociales et territoriales de santé figure dans les objectifs des dernières lois de santé⁴ qui tendent à territorialiser l'action publique en santé. Or, étant donné le caractère multifactoriel des déterminants des inégalités de santé, la mise en œuvre au niveau national de politiques publiques efficaces visant à les réduire recoupe l'action portée par différents ministères et non celle du seul ministère de la santé. La complexité de l'organisation administrative et politique (et donc financière) et la diversité des objectifs des différents ministères rend cependant difficile la mise en œuvre de politiques intersectorielles interministérielles durables. Le niveau local apparaît alors comme un échelon plus maniable et pertinent d'intervention contre ces inégalités, permettant d'agir sur l'ensemble des déterminants de manière intersectorielle : éducation, logement, emploi, culture, cadre de vie, système de soins, etc. (Institut de la décentralisation, 2011). Mais les faibles capacités des villes à produire des évaluations sur l'approche socio-territoriale de la santé⁵ et ses déterminants entraînent un besoin croissant de connaissances (Girod de l'Ain, 2005). Les géographes de la santé, étudiants et enseignants-chercheurs, peuvent contribuer à y répondre (Vaillant *et al.*, 2011). C'est le sens des propos de M. Laurent El Ghazi, élu de Nanterre depuis 1989 et président de l'association nationale des Villes pour le développement de la santé publique « Elus, Santé Publique & Territoires » (ESPT), partenaire du projet⁶ :

« Le développement des politiques locales de santé conduites par les communes et leurs groupements à partir de la démarche Ateliers santé ville (ASV) dès 2000, puis avec les Contrats locaux de santé (CLS), a exigé une meilleure connaissance des besoins et des ressources, des modalités d'accès aux soins et à la prévention, des pratiques des professionnels, à un niveau territorial très fin, au mieux l'IRIS. Cette connaissance précise de la réalité locale, cette compréhension nouvelle des freins et des leviers pour améliorer la santé de tous et réduire les inégalités sociales et territoriales est aujourd'hui indispensable pour conduire des politiques cohérentes et globales de santé, agir sur les déterminants et évaluer l'impact des actions conduites par les collectivités locales ».

Quelles limites pour analyser les liens entre territoires et santé ?

- 3 Grâce aux différents enseignements dispensés dans le Master TVS, les étudiants devraient être en mesure de cerner les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé à tous les échelons : international, national, régional inter ou intra-urbain notamment. Ils devraient également être en mesure de comprendre les relations entre les dynamiques environnementales et les changements sanitaires mais aussi de participer à l'aménagement des territoires, à la planification urbaine, en intégrant des dimensions sanitaires. L'ensemble de ces enseignements sont délivrés au premier semestre de chacune des 2 années de formation. Ils prennent la forme d'enseignements thématiques⁷ et méthodologiques⁸ et de séminaires faisant intervenir des chercheurs et des professionnels du secteur. L'acquisition et la maîtrise de ces démarches et connaissances doivent permettre aux étudiants de produire, au second semestre, de manière autonome dans le cadre d'un stage de 4 à 6 mois⁹, un mémoire original soutenu en fin d'année universitaire.
- 4 Pourtant, depuis 2008 - année où a commencé à être évoquée la production de diagnostics territorialisés de santé en lien avec des acteurs -, les enseignants-chercheurs de l'équipe pédagogique ont constaté, lors de l'encadrement individuel de ces mémoires, les difficultés qu'avaient les étudiants à mobiliser les contenus des enseignements. La qualité des mémoires de fin d'année s'en est ressentie puisque ces derniers étaient jugés en deçà de ce qui était attendu d'un point de vue tant académique que professionnel. Comment expliquer ce décalage entre les enseignements délivrés, les demandes auxquelles doivent répondre les étudiants dans leurs mémoires et leurs rendus ?
- 5 Faut-il chercher du côté des caractéristiques des étudiants intégrant ce Master ?¹⁰ Les cursus antérieurs des étudiants sont en effet plutôt variés : 17 % d'entre eux ont ainsi fait des études d'histoire, de sociologie ou encore de démographie ; 23 % viennent des sciences de la santé (médecine, vétérinaire, épidémiologie, santé publique, biologie) tandis que 5 % sont des professionnels de santé en reprise d'étude pour reconversion ou en formation continue, dans le but d'apporter de nouvelles compétences à leurs services. A cette variété dans les formations d'origine et les expériences professionnelles s'ajoute une diversité dans la provenance géographique et les lieux de formation des étudiants. Un cinquième des étudiants sont étrangers (Afrique de l'Ouest, du Nord ou de l'Est ; Asie) et découvrent généralement, à leur entrée dans le master, le système universitaire français et les codes des échanges professionnels en France. Tous ces éléments - diversité des cursus antérieurs et des origines géographiques et culturelles - sont susceptibles d'expliquer de grandes disparités d'un étudiant à l'autre dans la maîtrise des codes de langage professionnel, la capacité à se situer et apprécier un environnement professionnel, comme savoir rédiger un mail pour une prise de rendez-vous, composer avec des contraintes collectives et/ou hiérarchiques, organiser un travail composé de nombreuses tâches etc. Autant de savoir-faire importants dans la vie professionnelle, qui ne sont pas abordés dans le cadre du cursus scolaire, ni en fin de formation initiale avant de rentrer sur le marché du travail. Enfin, même si plus de 50 % des étudiants du Master sont titulaires d'au moins une licence de géographie, ces derniers ont rarement suivi des enseignements en géographie de la santé dans les premiers semestres de leur cursus. Pour la majorité des étudiants inscrits dans ce Master, il s'agit

d'acquérir les bases des connaissances en géographie de la santé ; pour les 40 % issus d'autres disciplines, de maîtriser également les approches en géographie.

- 6 Le décalage observé entre enseignements délivrés au premier semestre et production évaluée dans le cadre des mémoires peut également s'expliquer par le regroupement de tous les enseignements et séminaires au premier semestre. Les étudiants sont en effet mis en situation d'avoir à assimiler une très grande masse d'informations en un temps restreint, ce qui peut engendrer une saturation dans les apprentissages. De plus, cela ne facilite pas les allers-retours entre questionnements liés à des sujets de recherche et connaissances générales thématiques et méthodologiques. Cette difficulté est enfin accentuée par l'absence de partage d'un projet commun à certains enseignements voire à l'ensemble des enseignements, qui pourrait servir de fil conducteur autour duquel les étudiants seraient amenés de facto à mettre en lien leurs différents apprentissages (conceptuels et théoriques, thématiques, méthodologiques) n'aide pas à acquérir et consolider une autonomie des étudiants dans le travail. Créer du lien entre les cours nous est donc apparu comme un moyen possible pour améliorer l'assimilation de la démarche géographique en santé et optimiser l'impact pédagogique des enseignements pour plus d'autonomie dans le travail solitaire du second semestre.

Principes du projet tutoré

- 7 Devant ces constats, corroborés ultérieurement par l'évaluation de la formation par l'AERES en 2012-2013¹¹, l'équipe pédagogique a décidé de commencer à réorganiser la formation dès la rentrée 2010, en mettant les étudiants en situation réelle tout en les accompagnant au plus près. Pour cela, nous avons élaboré un dispositif de co-production et de transfert de connaissances s'organisant autour de la réalisation de diagnostics territoriaux de santé appelés « projet tutoré » (Vaillant *et al.*, 2012). Ces derniers constituent une réponse à une des dimensions de la demande sociale. Ils permettent de sensibiliser les étudiants au développement de relations partenariales avec les différents acteurs et de les familiariser à la gestion collective de projets. C'est pourquoi ils sont menés par des groupes de 2 à 3 étudiants inscrits en première comme en deuxième année du Master.
- 8 Les groupes d'étudiants doivent ainsi réaliser, durant le premier semestre, un diagnostic territorial sur les inégalités de santé dans différentes communes d'Île-de-France. Depuis 2010, la thématique traitée est l'accès au dépistage du cancer du sein. En effet, depuis 2004, les cancers sont devenus la première cause de mortalité en France (Aouba *et al.*, 2007). En 2011, plus de 360 000 nouveaux cas de cancers sont estimés en France. Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers en général et le plus fréquent pour les femmes. Le nombre de nouveaux cas est estimé à 53 000 femmes chaque année (InVS) avec une mortalité d'environ 11 500 décès par an. L'Institut National du Cancer (INCa) estime qu'un tiers des femmes seront probablement atteintes d'un cancer du sein au cours de leur vie (2010). Or, depuis dix ans, la probabilité de mourir de ce cancer diminue en partie grâce à l'amélioration de la prévention, des soins et des traitements. Mais les inégalités sociales et spatiales de mortalité par cancer persistent et augmentent (Rican *et al.*, 2009). Dans ce contexte, l'accès au dépistage du cancer du sein constitue un enjeu majeur de santé publique. Face à un tel défi, le travail demandé aux étudiants constitue un temps fort de leur formation, en conciliant exigences académiques avec impératifs opérationnels des

acteurs-décideurs. Il est encadré scientifiquement et pédagogiquement par 5 enseignants-chercheurs et produit en 15 semaines entre les mois de septembre et de février.

- 9 Ces diagnostics dressent un état des lieux des disparités intra communales d'accès au dépistage du cancer du sein. Leur construction repose sur une articulation entre cartographies de l'offre de soins, des recours aux radiologues, des profils socio-économiques des quartiers et observations des morphologies urbaines, entretiens avec des acteurs de la prévention, des habitantes, des élus locaux. Ils tentent de montrer comment les inégalités intra-urbaines peuvent être liées à l'organisation, la gestion, l'appropriation des territoires par les acteurs et les habitants à différentes échelles.

Temps forts et évaluations du projet tutoré

- 10 Le projet tutoré est donc utilisé comme le fil rouge des enseignements du 1^{er} semestre du master. L'ensemble des enseignements est coordonné pour parvenir à la réalisation de ce projet.
- 11 Dans un premier temps, la commande est exposée aux étudiants par une rencontre avec les partenaires commanditaires¹² qui présentent leur métier, leurs questions, leurs besoins et les données qu'ils mettent à disposition concernant les trajectoires de soins des femmes. Dans le cadre des enseignements, les étudiants sont amenés à reformuler ces questionnements à travers l'élaboration d'un protocole de recherche en géographie. Comme le projet tutoré suppose un important travail de terrain dans la commune étudiée, il s'appuie sur des enseignements des techniques d'enquête et débute par une sortie de terrain, encadrée par les enseignants visant à mettre en application les techniques d'observation. Progressivement, le va-et-vient entre cette connaissance fine du terrain et les analyses géomatiques¹³ doit permettre aux étudiants de produire de façon autonome de nouvelles connaissances sur le phénomène étudié.
- 12 A mi-parcours de la production du diagnostic, une nouvelle réunion entre les étudiants et un ensemble de collaborateurs¹⁴ est organisée dans chaque commune pour présenter le protocole, les premiers résultats et soumettre à discussion la suite du travail à effectuer. Les étudiants bénéficient ainsi de la connaissance qu'ont les acteurs de leur propre ville et les acteurs se trouvent impliqués de manière active dans un processus de co-production. En cela, cette réunion est un moment clé dans l'élaboration de ce diagnostic pour faciliter une appropriation des connaissances par tous (Lavis *et al.*, 2003).
- 13 Compte-tenu de ces objectifs, l'équipe pédagogique évalue les étudiants d'une part tout au long du semestre dans chacun des enseignements dispensés ; d'autre part au travers d'une évaluation transversale. Celle-ci repose sur un rapport détaillé rédigé par chacun des groupes à l'issue du semestre et une présentation orale synthétique de 20 minutes, hiérarchisant les résultats clefs des diagnostics. Ce dispositif pédagogique nécessite donc d'être pensé en amont afin d'organiser l'équilibre et la temporalité entre les différents enseignements tout en respectant les calendriers des universitaires, des professionnels et des intervenants animant les séminaires. A travers l'articulation de ces enseignements - complexe à mettre en œuvre -, un des objectifs visés est que le diagnostic final reflète la nécessaire pluralité des approches géographiques pour identifier et comprendre des disparités de santé. Le rôle de l'équipe pédagogique consiste donc à guider tout au long du dispositif les étudiants dans la démarche intellectuelle, les choix méthodologiques et la formalisation des résultats à partir des diverses données mobilisées. Dans un tel dispositif, l'équipe pédagogique doit enfin veiller à laisser des

temps de réflexion et de maturation nécessaires à la production du diagnostic afin que les étudiants s'approprient la commande progressivement.

- 14 Enfin, une restitution publique, appelée « *Journée Villes et santé. Les inégalités infra-communales de recours au dépistage du cancer du sein* » (cf. Figure 1), est organisée chaque année.

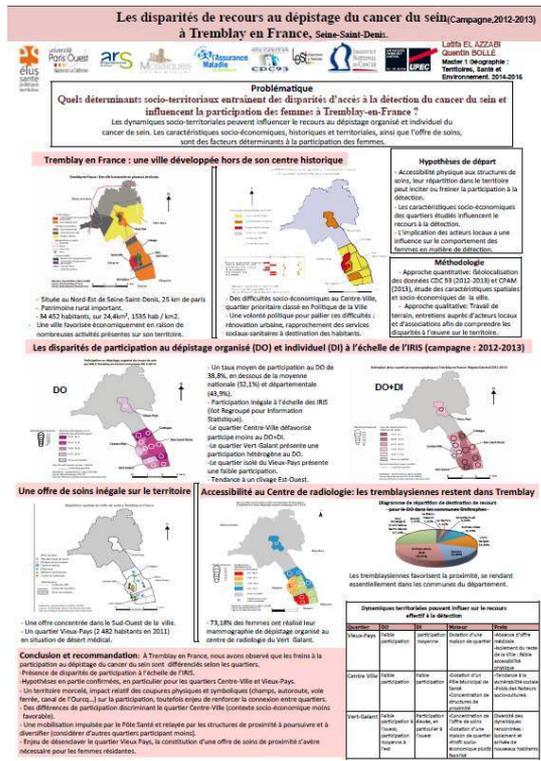
FIGURE 1. AFFICHE DE LA JOURNÉE DE RESTITUTION DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX DE SANTÉ PRODUITS EN 2015



Réalisation ESPT, 2015

- 15 Tous les groupes d'étudiants présentent oralement leurs travaux en s'appuyant chacun sur un diaporama et exposent les posters de synthèse qu'ils ont réalisés avec la structure de gestion des dépistages du département de leur ville d'étude (cf. Figure 2). Ces posters sont distribués aux acteurs, qui les réutilisent ensuite comme supports de communication dans leurs diverses activités.

FIGURE 2. EXEMPLE DE POSTER PRÉSENTÉ LORS DE LA RESTITUTION EN FÉVRIER 2015



- 16 Un large public est invité à ces journées de restitution : entre 80 et 100 personnes chaque année. Il s'agit aussi bien d'élus locaux, comme des maires, des adjoints à la santé ou à la politique de la ville ; que d'acteurs institutionnels de la santé publique, comme les Délégations Territoriales de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), l'Institut National du Cancer (INCa), l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), la Direction Générale de la Santé du ministère ou encore les responsables de Réseaux Ville Hôpital, de l'Agence pour la Cohésion Sociale et l'Égalité ; mais aussi d'acteurs de terrain des villes, comme des directeurs de services santé prévention, des coordinateurs d'Ateliers Santé Ville (ASV), des responsables d'associations de quartiers, de centres sociaux. Il s'agit aussi d'(enseignants-)chercheurs d'autres disciplines et de structures de recherches ou d'observations comme l'Inserm, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Les lieux, où se déroulent ces journées de restitutions, sont choisis pour leur valeur symbolique par rapport à la démarche visant à co-produire et à partager un savoir utile à la décision et à l'action publique : c'est le cas de l'Hémicycle du Conseil Régional d'Île de France¹⁵.

Des diagnostics territoriaux à la plateforme « Géodépistage »

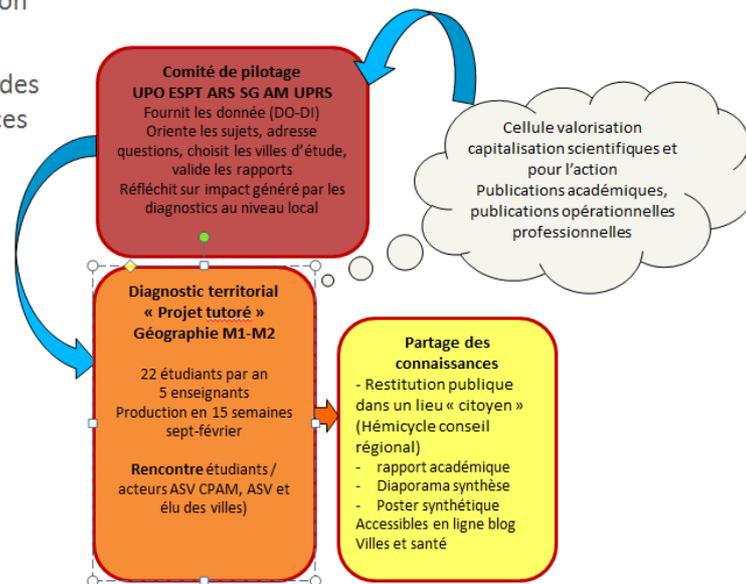
- 17 Ce projet tutoré s'inscrit dans une démarche plus large visant à mettre en liens des acteurs évoluant dans des sphères habituellement séparées. En effet le cloisonnement entre « monde » de la recherche et « monde » de l'action, entre chercheurs, praticiens de santé publique et acteurs de la ville empêche la création d'approches intégrées de la connaissance et de l'action pour réduire les inégalités socio-territoriales de santé (Van de Ven *et al.* 2006 ; Hunter *et al.* 2014). Afin de rapprocher l'ensemble des acteurs pour

faciliter une meilleure appropriation des connaissances produites, l'équipe pédagogique a créé une plateforme régionale nommée « Géodépistage », qu'elle coordonne et anime. Cette plateforme réunit les différents acteurs concernés par la réduction des inégalités d'accès au dépistage dans la région¹⁶, et constitue un lieu de réflexion, d'échanges et de diffusion scientifique autour de la production des diagnostics territoriaux effectués par les étudiants. La figure ci-dessous représente l'ensemble de la démarche (cf. Figure 3).

FIGURE 3. PLATEFORME GÉODÉPISTAGE ET DIAGNOSTICS LOCAUX

Plateforme Géodépistage et diagnostics locaux :

- Co-production
- Partage
- Application des connaissances



- 18 Les participants à la plateforme se réunissent cinq fois par an pour :
- sélectionner les communes qui feront l'objet d'un diagnostic territorial,
 - encadrer et orienter les travaux (méthodologie, nouveaux axes de recherche à développer par exemple),
 - faire une analyse critique des résultats produits pour faire évoluer les cahiers des charges des projets tutorés,
 - réfléchir et informer sur l'impact des diagnostics déjà produits au niveau local (mobilisation d'acteurs, programmation d'actions...),
 - proposer des stratégies de valorisation des résultats et de la démarche en général.
- 19 Ce dispositif, « cadré » par la signature d'un accord cadre (19 signataires) et d'un accord CNIL pour exploiter des données de santé à l'adresse, permet de produire une connaissance commune en associant l'ensemble des acteurs concernés. Les membres du groupe de travail deviennent eux-mêmes porteurs de la démarche et des résultats auprès de leurs institutions respectives. Un important travail de médiatisation, de diffusion auprès de différents types d'acteurs est effectué. Il s'agit de faire connaître la démarche et les outils de la géographie de la santé et de montrer l'intérêt directement opérationnel pour la pratique professionnelle ou citoyenne. Les diaporamas, posters produits dans le

cadre de ce partenariat sont mis à disposition de tous, téléchargeables sur un blog élaboré à cet effet¹⁷. Un film retraçant la démarche peut également être visualisé à cette adresse.

- 20 La production des diagnostics se fait de façon gracieuse : il n'y a aucun rapport marchand entre les partenaires. Il n'est jamais question de répondre ponctuellement à une commande d'un partenaire qui serait différent chaque année par exemple. La notion de « contrepartie » réside dans l'intérêt partagé de co-construire une démarche de décloisonnement des acteurs et de partage des connaissances inscrite durablement dans le temps à l'origine d'un enrichissement mutuel et collectif. On peut parler d'acculturation autour d'une vision sur les liens entre dynamique des territoires et inégalités de santé. La ligne directrice est bien le partage de l'idée qu'il est nécessaire de faire valoir une approche décloisonnée des déterminants pour mener des politiques plus efficaces, évaluables et des recherches bien ancrées dans le terrain et les besoins de connaissances des acteurs.

Retombées du dispositif

Faciliter l'insertion professionnelle des étudiants ?

- 21 La réalisation de ces diagnostics dans le cadre du projet tutoré permet de faire comprendre aux étudiants, par l'expérience concrète, la démarche du géographe de la santé qu'ils s'appêtent à devenir. Cette expérience sensibilise les étudiants aux multiples déterminants sociaux de la santé et à l'intérêt des approches transversales intégrées en santé. Elle les prépare aux échanges pluridisciplinaires et intersectoriels et leur permet de mieux asseoir leur identité et leur légitimité à intervenir dans le champ des inégalités de santé. Ces diagnostics sensibilisent également les étudiants à leur nécessaire adaptation aux situations professionnelles à venir telles que la prise en compte des contraintes notamment temporelles, la nécessité du travail collectif, ou encore les échanges réguliers avec différents acteurs, comme l'illustre le témoignage d'un ancien étudiant :

« Le projet tutoré Géodépistage a été pour moi un moyen d'intégrer et de mettre en pratique les apports méthodologiques et théoriques de la démarche géographique de la santé sur le terrain. Il m'a aussi permis de découvrir le jeu d'acteurs locaux, associatifs et institutionnels franciliens ; et son influence sur la participation des habitants ou non aux actions de prévention et promotion de la santé, ici la promotion du dépistage organisé du cancer du sein. Ces expériences de terrain doublées de mes deux années de stage à la Direction de la Santé de Montreuil au Service Atelier Santé Ville ont facilité mon insertion professionnelle en tant que coordonnateur CLS/ASV à la Communauté de Communes du Haut Val-d'Oise. (BA A., ancien étudiant promotion 2014).

- 22 En prenant la parole publiquement en dehors de l'université, les étudiants apprennent également sur le plan sociocognitif à maîtriser leurs émotions, se présenter (désinhibition pour certains), assumer leurs propos et répondre de leurs choix en jeunes professionnels. Les restitutions publiques permettent de faire connaître la démarche et les résultats scientifiques produits. Elles ouvrent aux étudiants un carnet d'adresse et leur donnent ainsi l'occasion de rencontrer de nombreux professionnels :

« J'ai eu la possibilité, en Master 2, de participer au projet tutoré. Cette opportunité est considérable. En effet, le diagnostic local que nous avons réalisé sur le dépistage du cancer du sein m'a permis de comprendre spécifiquement le métier de géographe de la santé, et sa déclinaison sur le terrain. Ce diagnostic m'a notamment

permis d'acquérir des compétences et un savoir-faire "pratique". Ce travail était d'autant plus valorisant, qu'il a été exploité par la ville sur laquelle nous avons travaillé, et répond à une réelle problématique de santé publique. Enfin, ce projet m'a permis de tisser un réseau de partenaires, ce qui a facilité ma recherche d'emploi et mes premiers pas dans le monde professionnel ». (PAINSECQ M., Directrice de la Maison de la Santé de Saint-Denis - 93).

- 23 Notre veille sur les annonces d'emploi montre que depuis une dizaine d'années le profil de « Géographe de la santé » peut correspondre à de nombreuses offres d'emploi et est de mieux en mieux reconnu et recherché (cf. Figure 4).

FIGURE 4 : EXEMPLES DE POSTES OUVERTS À DIFFÉRENTS NIVEAUX TERRITORIAUX PAR DIFFÉRENTS TYPES D'INSTITUTIONS POUR LES ÉTUDIANTS TITULAIRES D'UN MASTER EN GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

- Le syndicat mixte du **Pays Sud-Charentes** recrute un(e) animateur(trice) santé de territoire pour, en étroite collaboration avec l'élu référent, animer et coordonner le projet territorial de santé sur les thématiques prioritaires (démographie médicale et offre de soins, prévention et promotion de la santé, information, sensibilisation, et accompagnement méthodologique, administratif, juridique des professionnels de santé et des collectivités volontaires à la mise en place de projets locaux de coopération de soins et de santé (pôles médicaux ou maisons de santé, association pluridisciplinaire), et préparer le Contrat Local de Santé.
 - **Coordonnateur des Ateliers Santé Ville de Digne les Bains et de Manosque** : Développer les plans locaux de santé publique (PLSP) des villes de Digne les Bains et de Manosque sur les territoires du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS), Assurer la démarche de consultation de la population jeune (12-25 ans), Assurer la mobilisation communautaire des acteurs locaux.
 - La **commune d'Ermont** recherche un(e) Chargé(e) de Mission « Contrat local de Santé » pour accompagner la réalisation d'un diagnostic santé participatif en vue de la mise en place d'un Contrat Local de Santé sur le territoire.
 - **Gres médiation santé, bureau d'études** spécialisé en santé publique, recherche un chargé d'études. L'équipe est constituée de deux médecins de santé publique, d'une sociologue, d'un consultant spécialisé en développement local et géographie de la santé, d'une chargée d'études, et de deux assistantes. La mission principale du futur collaborateur est d'assister les consultants seniors sur différentes études (diagnostic, évaluation...). Nous recherchons une personne ayant une expérience et/ou une formation en santé publique ou en économie, géographie de la santé (DESS, master...). Il contribuera à la gestion d'enquêtes : aide à la construction des grilles d'entretien, retranscription des entretiens, questionnaires, dépouillement et premiers tris, recueil des données sociodémographiques, sanitaires et sur l'offre socio sanitaire ; production de synthèse.
- 24 Les tâches demandées requièrent une connaissance des dispositifs et systèmes de santé et de la politique de la ville, une maîtrise des traitements statistiques et de l'outil bureautique, une expérience concrète dans la réalisation d'entretiens individuels et collectifs avec des professionnels et des habitants.
- **L'Unité Cancer et Environnement** du Centre Léon Bérard, dans le cadre d'un financement de la région Rhône-Alpes, souhaite mettre en place un Système d'Informations Géographiques en santé environnementale. Le candidat aura pour mission de construire ce SIG et de contribuer à la réalisation d'études en épidémiologie environnementale (soutien technique, production de données, analyses statistiques et cartographiques).
 - **L'Agence Régionale de Santé, délégation territoriale de l'Yonne** recrute un chargé(e) de projet Animation territoriale en santé. L'animateur territorial met en œuvre les fondamentaux de la gestion de projet dans l'objectif de construire des partenariats contractualisés visant à promouvoir

la santé sur les territoires en santé de l'Yonne qui lui seront confiés. Il contribue au développement de projets de santé dans le respect des priorités de l'Agence régionale en santé Bourgogne Franche-Comté, en mobilisant et sensibilisant les différents acteurs aux problématiques de santé. A ce titre, il se doit de favoriser la cohérence de l'action publique de santé et il participe au déploiement de projets de santé dans le cadre de partenariats stratégiques de santé publique.

- **La société Gimap**, qui travaille dans le secteur de la coopération internationale au développement, recrute dans le cadre d'un projet en collaboration avec les institutions d'un pays de l'Afrique centrale, des experts dans plusieurs secteurs. Parmi ces experts, Gimap recherche trois experts disposant d'un Master en Géographie de la Santé ou similaire pour les postes suivants : Coordinateur du projet, avec une spécialisation en santé publique et épidémiologie environnementale. / Coordinateur du projet, avec une spécialisation en développement social et services publics pour la famille. / Formateur, avec expérience en analyse multicritère des données géographiques, appliquée au domaine de la santé.

- 25 L'important travail de diffusion et l'implication avec les acteurs jouent un rôle important pour diffuser la démarche et faire connaître notre formation. L'analyse de l'insertion professionnelle des étudiants à l'issue de l'obtention de leur diplôme, par des enquêtes régulières auprès des anciens étudiants, permet de souligner que le master réussit à allier formation scientifique et réponse aux attentes des acteurs de l'aménagement et du développement local. En effet, tandis qu'un tiers des étudiants exerce leur activité dans des organismes de recherche¹⁸, soit en s'engageant dans un doctorat, soit en étant recruté comme chargés d'études dans le cadre de projets scientifiques, un autre tiers intègre des collectivités territoriales, associations¹⁹ ou des agences publiques²⁰ en tant que chargés de missions, dans les 3 à 6 mois en moyenne après l'obtention du diplôme. Ces insertions professionnelles s'effectuent majoritairement en Ile-de-France.
- 26 Cette démarche suscite de nouvelles attentes de la part des acteurs qui proposent de nombreux stages, ou qui souhaitent eux-aussi entrer dans la démarche du projet tutoré. C'est ainsi que le projet tutoré de l'année universitaire 2015-2016 a porté sur les activités des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la ville de Paris.

Comprendre et agir contre les inégalités sociales de santé ?

- 27 Le dispositif dans son ensemble (animation de la plateforme Géodépistage et diagnostics) a des retombées concrètes à la fois pour les acteurs et pour les chercheurs.
- 28 En matière de recherche, cette plateforme intersectorielle présente de multiples atouts. Pour les chercheurs, elle facilite l'accès à des données de santé fines, qui sont rares. Pour les acteurs détenteurs de ces données, l'inscription du travail dans le cadre de la plateforme leur permet de conserver un regard sur la manière dont on traite les données, ce qui leur évite un sentiment de dépossession. Ce travail au long cours s'est accompagné de la constitution de bases de données sur 48 villes exploitables dans le cadre de programmes de recherche. A ce titre, la représentante de l'ARS au sein de la plateforme a obtenu un financement par son agence d'une étude pour capitaliser sur les résultats de ces 48 diagnostics et proposer un outil d'aide à la décision pour les structures de gestion du dépistage²¹. Ceci montre bien que les acteurs de la plateforme se saisissent activement de la démarche et cherchent à la développer, y voyant clairement une ressource pour améliorer leurs pratiques professionnelles. Les diagnostics sont aussi l'occasion de créer des nouvelles méthodologies²². Ce travail permet enfin de pénétrer de mieux en mieux dans les sphères des acteurs publics locaux dans le champ de la santé pour affiner notre

compréhension des enjeux et contraintes qui cadrent, favorisent, empêchent etc. la réalisation de leurs missions. A ce titre, le dispositif est lui-même objet d'observations qui nourrissent les enseignements portant sur le rôle des acteurs dans le maintien ou l'atténuation des inégalités sociales et territoriales de santé.

- 29 Si les diagnostics territoriaux produits dans ce cadre amènent de nouvelles questions qui nourrissent la recherche et la réflexion des acteurs sur leur ville, la démarche de co-production et de transfert de connaissances fait quant à elle l'objet d'un projet de recherche²³. Ce dernier vise à évaluer l'impact du transfert de connaissances sur l'action et potentiellement sur la réduction des inégalités de santé dans la ville. La production des connaissances et son appropriation nourrit une dynamique d'acteurs vertueuse comme on a pu le montrer à Argenteuil (Viot, 2015). Les résultats du diagnostic y ont ouvert un questionnement sur les enjeux de santé publique des grandes politiques de rénovation urbaine et justifié l'intégration de nouveaux acteurs de la ville dans la réflexion. De même à Gonesse, le diagnostic territorial a permis d'évaluer l'impact positif d'une action d'incitation au dépistage qui avait été menée dans un quartier. Il a aussi apporté à la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV) des éléments objectifs pour argumenter auprès de l' élu à la santé sur la nécessité de concentrer des efforts sur un autre quartier qui apparaissait comme en retrait du dépistage (Vaillant *et al.*, 2016). Une professionnelle, ancienne étudiante du Master TVS, témoigne de cette fonction d'aide à la décision des diagnostics :

Le projet tutoré est un excellent outil d'aide à la décision car il permet de faire un focus sur les problématiques santé d'un territoire donné. Par exemple, à Clichy, ville dont je suis la coordinatrice ASV, il a été démontré lors du projet tutoré sur le dépistage organisé du cancer du sein de 2011, qu'il y avait une faible participation des femmes dans certains quartiers. A ce titre, en tant que professionnelle du territoire, je me suis saisie de la problématique et ai créé avec un groupe de femmes en cours d'alphabétisation une brochure explicative et imagée sur le dépistage du cancer du sein. Le projet tutoré est, pour les équipes locales (autant professionnels de terrain que décideur politique ou institutionnel / financier), un excellent outil de connaissance de son territoire. (POMPIGNAC A., Coordinatrice Atelier Santé Ville de Clichy-la-Garenne).

Mises en perspective et éléments de débats

- 30 La mise en place de ce projet tutoré s'est accompagnée de retombées positives en matière d'insertion professionnelle des étudiants, de co-production et de transferts des connaissances, de valorisation de la démarche de la géographie de la santé auprès des acteurs de l'aménagement et du développement local. Notre démarche a finalement été reconnue à plusieurs reprises : sélection pour le salon Sciences de l'Homme et de la Société (SHS) du CNRS en 2015, retours positifs sur le film « La santé dans la ville », présence du président de l'Université Paris Nanterre (UPN) lors des journées de restitution sans oublier le tout récent prix de l'innovation pédagogique en 2016 décernée par le Secrétariat d'état à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche²⁴. Tout serait ainsi pour le mieux dans le meilleur des mondes de l'enseignement supérieur et de la recherche possible ? Pas si sûr car c'est oublier tout le travail et le temps passé dans les « coulisses » d'un tel dispositif.

La création pédagogique est-elle facilitée, encouragée ?

- 31 Cette apparente « réussite » est sous-tendue par un important travail d'animation et de maillage partenarial en amont et en aval des diagnostics. Le montage de ces projets passe en effet par de nombreuses réunions de préparation avec les différents partenaires permettant d'explicitier les objectifs du projet tutoré, de cadrer le transfert des données qui repose sur un accord avec la CNIL, de mieux cerner les attentes, ou d'accompagner les étudiants dans leurs échanges avec les acteurs. L'animation de la plateforme implique également un travail de coordination et d'échanges réguliers. Par ailleurs, le suivi et l'encadrement des étudiants pendant la phase de réalisation de l'étude dépasse largement le nombre d'heures déclarées pour ces enseignements dans la plaquette de la formation²⁵. Le temps de relecture des mémoires, les phases de répétition des oraux et les sollicitations multiples au cours du déroulé du projet ne sont pas comptabilisés dans les services des enseignants-chercheurs. Ces charges, pourtant indispensables à la réussite du projet, ne font l'objet d'aucune reconnaissance institutionnelle.
- 32 Les conditions de reproduction de ce type « d'innovation pédagogique » et scientifique ne nous semblent pas actuellement réunies. Cette démarche implique en effet d'une part de nombreux aménagements dans les maquettes de formation (permettant par exemple l'encadrement en petits groupes) qui ne vont pas dans le sens des mutualisations prônées par les instances. Elle impose d'autre part de réfléchir à la création de nouvelles fonctions au sein de l'université permettant d'assurer l'interface entre le monde académique et la société civile : travail de diffusion de ces innovations, gestion de plateformes, organisation des échanges, identifications de la « demande sociale » (Ridde., 2013).
- 33 De plus, les évaluations individuelles telles qu'elles existent pour la promotion des enseignants – chercheurs, non seulement ne privilégient pas les implications fortes dans les formations et les enseignements mais aussi permettent difficilement la valorisation de créations pédagogiques portées par un collectif.

Le projet tutoré, illustration de la professionnalisation des formations à l'université

A l'issue de cette présentation, il nous semble intéressant de mettre en perspective l'expérience de ce projet tutoré appelé « diagnostic territorial de santé » par rapport à certaines questions qui traversent le monde universitaire depuis plus de 50 ans maintenant. L'appellation « projet tutoré », adoptée dans le Master TVS pour les 2 années de formation, existe aussi dans des formations supérieures dites à finalités professionnelles comme les Diplômes Universitaires de Technologie (DUT) ou encore les Brevets de Techniciens Supérieurs (BTS). Cette coïncidence peut conduire à certains raccourcis voire des malentendus, qu'il convient de dissiper. La reprise de l'appellation « projet tutoré » laisse en effet penser que notre expérience ne ferait qu'illustrer la professionnalisation généralisée des formations dispensées à l'Université. La réalité est plus complexe dans la mesure où ce dispositif pour le Master est pensé et développé à partir d'expériences de recherche menées par des universitaires à la demande de responsables de collectivités territoriales et nourrit lui-même la recherche. La tendance que l'équipe pédagogique défend ne serait donc pas celle d'une professionnalisation des formations universitaires même en sciences humaines et sociales. Ce positionnement

mérite alors d'être remis en perspective par rapport à quelques évolutions du système universitaire français depuis les années 1960.

Les formations des universités françaises entre européanisation et société de la connaissance

- 34 Car le discours dominant depuis les années 1960 visant à mettre en évidence l'absence d'ouverture de nombreuses formations universitaires au marché du travail a débouché depuis les années 1970 sur la création de nombreux diplômes à finalités professionnelles : maîtrise puis master sur les Méthodes Informatiques Appliquées à la Gestion des Entreprises (MIAGE) en 1970, Diplômes d'Etudes Supérieures Spécialisées en 1974 (DESS ancêtre des masters professionnels), et plus près de nous les Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques (DEUST) sans oublier les Licences Professionnelles. Dans ce cadre, les Diplômes d'Etudes Approfondies (DEA) étaient les seules formations orientant vers la recherche doctorale.
- 35 Trente années plus tard, une autre tendance, européenne celle-là, a traversé le système universitaire français, visant à créer un espace européen de la formation supérieure en identifiant trois niveaux de formation supérieure, à savoir la licence, le master et le doctorat (LMD). Ce niveau master en Europe ne renvoie plus à une distinction entre formation dite professionnalisante et formation à la recherche où les masters « Recherche » seraient les « héritiers » des Diplômes d'Etudes Approfondies (DEA) et les masters professionnels, les « héritiers » des DESS. Il s'agit plutôt de tendre vers un master indifférencié qui permet aux étudiants diplômés aussi bien de poursuivre en thèse que de s'insérer dans le monde dit du travail.
- 36 D'autre part, dans un espace susceptible de devenir la première économie de la connaissance au niveau mondial, les niveaux moyens de diplôme et de qualification des populations ne cessent d'augmenter. Cette mutation (indifférenciation entre le professionnel et la recherche) entend répondre aux attentes du monde économique et social qui a besoin de personnels de plus en plus qualifiés, capables d'avoir une vision large des problèmes, d'articuler des types de compétences variées à la fois conceptuelles, techniques et organisationnelles. L'équipe pédagogique du master TVS, par l'orientation de la formation en géographie de la santé qu'elle propose, revendique ce libellé de master indifférencié. En effet, en géographie de la santé, une partie des interlocuteurs, auxquels ont à faire les apprentis chercheurs en géographie de la santé, ont également vu leurs niveaux de diplôme et de qualification augmenter. Ils sont de mieux en mieux à même de formuler des demandes, des questions de recherche et de comprendre en partie la démarche de recherche dite appliquée qui permet d'apporter des réponses à leurs questions. C'est dans cette logique qu'il faut considérer la déclaration de monsieur Laurent El Ghozi (cf. infra) :
- « Tous les élus et leurs collaborateurs qui en ont bénéficié souhaitent vivement que ce modèle puisse se développer en géographie de la santé mais aussi faire école dans d'autres disciplines ».

BIBLIOGRAPHIE

- AMAT-ROZE J.-M. (2012) « La géographie de la santé en France en 2011 : quelles formations ? Quelles applications ? », Bulletin de l'Association de Géographes Français Géographies, N° 2, pp. 176-179.
- AOUABA A., PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., JOUGLA E. (2007) « Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004 », Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire, n° 35-36, pp. 308-314.
- CHAUVIN P., PARIZOT I. (2009) Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005), Paris, Délégation Interministérielle de la Ville.
- GIROD de L'AIN M. (2005) « Les élus face aux inégalités sociales de santé : pouvoirs et impuissance », Cahiers du développement social urbain, n° 43.
- HUNTER D.J., RUSHMER R., BEST A. (2014) "Knowledge exchange in public health", Public Health June; vol. 128, n° 6, pp. 495-496.
- Institut de la décentralisation (eds.) (2011) « Santé, environnement et territoires », Pouvoirs locaux, Sept., vol. III, n° 90.
- LAVIS J.N., ROBERTSON D., WOODSIDE J.M., MCLEOD C.B., ABELSON J. (2003) "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?", Milbank Q.; 81 (2), pp. 221-248.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (2000) Les inégalités sociales de santé. Paris, La Découverte, 448 p.
- LECLERC A., CHASTANG J.-F., MENVIELLE G., LUCE D. (2006) "Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades?", Social Science and Medecine, vol. 62, n° 8, pp. 2035-2045.
- RICAN S., JOUGLA E., ROUDIER C. (2009) Atlas de la mortalité par cancers en France. Tendances 1970-2004, Paris, INCa / INSERM, 182 p.
- RICAN S., SALEM G., VAILLANT Z., JOUGLA E. (2010) Dynamiques sanitaires des villes françaises, Paris, Datar, La Documentation française, 76 p.
- RIDDE V., DAGENAIS C., BOILEAU-FALARDEAU M. (2013) « Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique », Santé Publique, vol. 25, n° 2, pp. 137-145.
- SALEM G., RICAN S., KÜRZINGER M.-L. (2006) Atlas de la santé en France. vol. 2 : Comportements et maladies, Paris, John Libbey Eurotext, 221 p.
- SALEM G. (2012) « L'enseignement de la géographie de la santé en France : bilan de dix années de DEA et de Master », Bulletin de l'Association de Géographes Français Géographies, n° 2, pp. 180-183.
- VAILLANT Z., RICAN S., SALEM G., SALAMON A., EL GHOZI L. (2011) « Dynamiques territoriales, dynamiques sanitaires : observer, décrire pour décider et agir ? », Pouvoirs Locaux, Sept, vol. III, n° 90, pp. 101-106.

VAILLANT Z., RICAN S., SALEM G. (2012) « Les diagnostics locaux de santé : levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », Bulletin de l'Association de Géographes Français Géographies, n° 2, pp. 184-193.

VAILLANT Z., RICAN S., BOCHATON A., VIOT M., SALAMON A., EL KHOZI L., BASSE P., CHALI J.-M., CANDY JANGAL C. (2016) « Les constructions socio-territoriales des inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein à Gonesse (Val d'Oise) : diagnostic territorial et aide à la décision », in Calvez M., Santé et Territoires, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 105-126. (à paraître)

VAN de VEN A.H., JOHNSON P.E. (2006) "Knowledge for Theory and Practice", Academy of Management Review, Oct 1, vol. 31, n° 4, pp. 802-821.

VIOT M., BOULLAND DAUCHEZ M., HAREL L., BARON M., NDIAYE E.H.M.L., DELPECH E., BRÉCHENADE S., EL KHOZI L., SALEM G., RICAN S., VAILLANT Z. (2015) « Transfert des connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein », Santé Publique, vol. 27, n° 3.

NOTES

1. Co accrédité par les Universités Paris Nanterre (UPN), Paris Est Créteil (UPEC) et Paris Est Marne-la-Vallée (UPEM), il s'agit dans les 3 établissements d'un parcours au sein d'un master mention « Géographie, Aménagement, Environnement, Développement ».
2. This Master (two years Master 1 and Master 2) programme is jointly accredited by Université Paris Nanterre and Université Paris Est Créteil, and Paris Est Marne-la-Vallée.
3. <http://master-tvs.u-paris10.fr/>
4. Loi de santé publique de 2004, Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 et Loi Touraine de 2016.
5. Due au fait que la santé n'est pas une compétence légale pour les communes.
6. Ex-chef de service hospitalier, membre de la Commission permanente et de la Commission prévention de la Conférence régionale sur la santé et l'autonomie, membre du Conseil national de lutte contre les exclusions et de la Conférence nationale de santé.
7. Géographie de la santé, histoire de la géographie, épidémiologie, etc.
8. Cartographies et statistiques, géomatique, enquêtes qualitatives et observations de terrain.
9. Les stages sont réalisés au sein d'une structure d'accueil de type collectivités locales, agences départementales, régionales ou nationales, cabinets d'expertise, centres de recherche etc. telles que les Agence Régionales de Santé (ARS), les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) etc.
10. Depuis la mise en place du LMD en 2005 et la structuration de la formation en deux années de formation, 245 étudiants ont suivi la formation (25 par an en moyenne), dont un peu plus de 55 % sont inscrits en deuxième année.
11. « Il serait souhaitable d'encourager les initiatives pédagogiques qui confortent le suivi individualisé, les innovations pédagogiques et les pratiques d'écoute, d'accompagnement dans les apprentissages, en soutenant les initiatives qui confrontent l'étudiant avec des situations professionnalisantes, dans des partenariats diversifiés dans le monde de la santé. » (p.5).
12. En l'occurrence il s'agit des structures de gestion du dépistage organisé des cancers d'Ile-de-France. Voir explicitation plus bas dans l'article.
13. Synthèse statistique, cartographique ; analyse des accessibilités via les SIG etc.

14. Elus à la santé, DGA, direction du service prévention santé, ou du Centre communal d'action sociale, coordonnateur Atelier Santé Ville et du Contrat Local de Santé, Délégation Territoriale de l'ARS du département de la ville étudiée, structure de gestion du dépistage organisé etc.
15. Voir galerie de photographies sur le blog <http://villesetsante.com/> (consulté le 30 mars 2016).
16. À savoir les 8 structures départementales de gestion des dépistages organisés des cancers, 6 Caisses Primaires d'Assurance Maladie, l'ARS-Ile de France et l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Ile-de-France (URPS-IdF) ainsi que les acteurs de la ville (association ESPT).
17. <http://villesetsante.com> (consulté le 30 mars 2016).
18. Université, EPST principalement.
19. Conseils départementaux, Ateliers Santé Ville, observatoires locaux de la santé, associations de quartiers, agences d'urbanisme.
20. Agences Régionales de la Santé, Observatoires Régionaux de la santé, Union Régionale des Professionnels de Santé etc. ou nationales, Agence Santé Publique de France, Institut National du Cancer, Ministères etc.
21. Une chargée de recherche sociologue a été recrutée durant une année pour faire ce travail de capitalisation et élaborer un outil permettant aux structures de gestion du dépistage de mieux cibler leurs actions dans les villes (lieux, populations, types d'action en fonction du contexte). Cette sociologue a été recrutée par la plateforme (entretiens d'embauche réalisés en commun). Elle est en poste dans les locaux de l'UPN et est encadrée par les membres de la plateforme.
22. Lissages spatiaux, élaboration de distanciés, construction de grilles d'analyse des types d'actions de prévention et des systèmes locaux d'action permettant de mieux prendre cela en compte dans les diagnostics etc.
23. Financement sur 4 ans (2012-2016) par l'Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre d'un appel à projets en recherche interventionnelle sur la réduction des ISTS.
24. <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid94884/prix-peps-passion-enseignement-et-pedagogie-dans-le-superieur-2016.html> (consulté le 30 mars 2016)
25. En 2016, la maquette couvre 138 heures de présence enseignant en salles pour le projet tutoré (distribuées sur cinq matières) contre 205 heures d'implication enseignante effectuées en réalité pour mener à bien le projet (réunions de programmation et de coordination avec les acteurs, journées de suivi des groupes d'étudiants, journée de répétition générale de la restitution finale, restitution finale etc.), sans compter tout le temps de travail pour la valorisation et la communication autour de la démarche. Pour les étudiants, la maquette prévoit 138 heures d'enseignements mais ceux-ci sont en réalité présents en salles et lors des restitutions 21 heures de plus.

RÉSUMÉS

L'équipe pédagogique du master « Territoires, Villes et Santé » (TVS)¹ forme en deux ans des étudiants en géographie de la santé. En lien avec la professionnalisation des formations universitaires et la nécessité de montrer l'utilité des approches en sciences humaines et sociales pour apporter des clés de lecture et d'interventions pour lutter contre les inégalités sociales, notre équipe revient sur la mise en place d'un projet tutoré mobilisant l'ensemble des étudiants

inscrits dans les 2 années de Master. Cette expérience allie formation, production de savoirs, aide à la décision, insertion professionnelle des étudiants et recherche. De plus, elle s'adosse et nourrit une plateforme régionale dite « Géodépistage », espace de rencontres et d'échanges entre étudiants, enseignants-chercheurs, élus locaux et responsables du secteur de la santé. Il s'agit ici de présenter l'organisation et les principales avancées que ce dispositif a permis, tant pour la formation des étudiants, que pour l'approfondissement des liens entre enseignants-chercheurs, collectivités territoriales et responsables de la santé correspondant à une manière assumée de faire de la recherche « appliquée ».

The educational team responsible for the Master's degree² "Territories, Cities and Healthcare" offers students training in healthcare geography over a period of two years. As part of a programme offering academic training courses to future professionals and considering the need to show how useful and significant social and human sciences are to understand and tackle social inequalities, our team introduces the implementation of a "studio class" project ("projet tutoré") involving all the students of the class (both 1st and 2nd year of Master's degree). This experiment combines training, knowledge generation, decision-making tools, students' professional integration and research. Moreover, this project is connected to - and contributes to feed - a regional platform called "Geo-cancer-screening multipartners platform". It brings together students, university teachers, researchers in healthcare geography, Locally Elected Representatives, public health practitioners and healthcare officials. This article presents the implementation of this approach and the main progress it has offered in terms of students' training and strengthening links between lecturer-researchers, local authorities and public health officials, i.e. an approach deliberately taken to do applied research.

INDEX

Thèmes : Carnets de terrain

Mots-clés : projet tutoré, éducation, géographie de la santé

Keywords : studio class project, education, healthcare geography

AUTEURS

ZOE VAILLANT

UPN, UFR SSA – Département de Géographie, UMR CNRS 7533 Ladyss, géographie
zoe.vaillant@u-paris10.fr

MYRIAM BARON

UPEC, UFR LLSH – Département de Géographie, EA 3482 Lab'Urba, géographie
myriam.baron@u-pec.fr

STÉPHANE RICAN

UPN, UFR SSA – Département de Géographie, UMR CNRS 7533 Ladyss, géographie
srican@u-paris10.fr

AUDREY BOCHATON

UPN, UFR SSA – Département de Géographie, UMR CNRS 7533 Ladyss, géographie
abochaton@u-paris10.fr

HÉLÈNE CHARREIRE

UPEC, UFR LLSH - Département de Géographie, EA 3482 Lab'Urba, géographie
helene.charreire@u-pec.fr