

Programme

INCa | Boulogne-Billancourt
Jeudi 13 octobre 2011

Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires

PROGRAMME

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

09h00 Ouverture: Fabien CALVO

09h30 - 11h00 **Accompagnement, intervention psychosociale**
Modérateur : Dominique LHUILIER

Intervenants

Zahia KESSAR

Association pour la Recherche et l'Intervention Psychosociologique, Paris.
« *L'intervention psychosociologique à l'hôpital: Réflexions sur les obstacles aux dispositifs de groupe visant à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé* ».

Laurent ZELEK et Anne FESTA

Réseau Oncologie 93, Saint-Denis
« *Santé, précarité, alimentation, le projet Papilles* ».

Pierre CHAUVIN

UPMC UMRS 707, Paris
« *Difficultés et enseignements d'un essai d'intervention médicale auprès de bénéficiaires d'un dispositif social: l'exemple de l'essai multicentrique PRESAJE en cours dans des Missions locales d'insertion* ».

11h12 - 12h00 **Recherche interventionnelle, travail et aide complémentaire santé**
Modérateur : Pierre DUCIMITIERE

Intervenants

Dominique LHUILIER

CNAM, Paris
« *Recherche-action en psychosociologie du travail: principes méthodologiques et applications dans le champ de la santé publique (VIH et cancers)* »

Florence JUSOT

Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) & IRDES, Paris
« *Le recours à l'Aide complémentaire santé: les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille* ».

12h00 - 13h00 DÉJEUNER

13h00 - 14h30 **Recherche interventionnelle et dépistage**
Modérateur : Pierre CHAUVIN

Intervenants

Lydia GUITTET

AHU, évaluations et recherches en épidémiologie, ERI 3 INSERM, CHU de Caen.

Véronique CHRISTOPHE

URECA EA 1059, Université Lille 3
« *L'accompagnateur au dépistage pour réduire les inégalités sociales. Essai d'intervention en santé publique. Approche multidisciplinaire.* »

Marie SUZAN-MONTI

UMR 912, Marseille
« *Le partenariat entre chercheurs et acteurs de terrain pour le dépistage du VIH: l'exemple du protocole de recherche ANRS-DRAG* »

Jean-Marie LE GALL

AIDES
« *En recherche interventionnelle, les acteurs communautaires sont-ils les acteurs de l'intervention et/ou acteurs de la recherche? Comment faire converger les démarches?* »

14h30 - 15h30 **Recherche interventionnelle et comportement**
Modérateur : Serge BRIANÇON

Intervenants

Hélène BIHAN

UREN, Paris XIII, Bobigny
« *Facteurs sociodémographiques et attitudes envers l'alimentation associés à la consommation de fruits et légumes dans une population à faible revenus* »

Béatrice FERVERS

EA 4129, Université de Lyon
« *Prise en charge du risque de surpoids ou d'obésité par un programme d'activité physique adaptée, chez des patientes atteintes de cancer du sein, traitées par chimiothérapie adjuvante* »

15h30 - 17h15 **TABLE RONDE**
Recherche interventionnelle en santé de populations en France

Modérateur : Antoine FLAHAULT

Philippe AMIEL, Serge BRIANÇON, Sarah DAUCHY, Pierre DUCIMETIÈRE, Alain FONTAINE, Thierry LANG, Alfred SPIRA

17h30 CLÔTURE

PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 2 : Mieux comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire

Action 2.1 Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités

Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours

Action 14.2 Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles et territoriales).



INTRODUCTION

Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires

La recherche interventionnelle en santé de populations évalue, par l'expérimentation, les impacts de nouvelles politiques, programmes et répartition des ressources sur la santé de populations. C'est un domaine de recherche en devenir, d'importance critique pour faire progresser les efforts visant à réduire les inégalités de santé. La recherche interventionnelle en santé de populations tire parti de plusieurs décennies de recherche dans des domaines comme la promotion de la santé, l'éducation sur la santé et les interventions dans les communautés. L'Institut National du Cancer souhaite favoriser l'émergence d'équipes développant des projets de recherche interventionnelle, et les aider à construire les projets dans le cadre d'un appel à projets qu'il développe depuis 2010. Ces actions s'inscrivent dans le Plan cancer 2009-2013 qui fait de la lutte contre les inégalités de santé un thème prioritaire. Il vise à assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer (la recherche, l'observation, la prévention, le dépistage, les soins et l'information des publics).

Ce séminaire de travail a pour objectif de réunir les différents acteurs impliqués dans la recherche interventionnelle en France, afin de leur faire partager leurs expériences de travail, leurs méthodologies, et les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain pour mettre en place les interventions proposées. Il a pour vocation de créer une discussion autour de la méthodologie mise en place par chaque discipline, d'enrichir les connaissances en la matière, et de favoriser la constitution de réseaux entre les différents acteurs pour appuyer la mise en place et l'utilisation de la recherche interventionnelle en santé de populations, et faire progresser la santé publique. L'INCa promeut cette discussion pour encourager le partenariat entre équipes de chercheurs de disciplines multiples et acteurs de terrain créant ainsi des possibilités d'échange et d'approches complémentaires, voire la mise en place de projets de recherche interventionnelle.

COMITÉ D'ORGANISATION SCIENTIFIQUE

Jean-Baptiste HERBET	INCa, Boulogne Billancourt
Andrea LASSERRE	INCa, Boulogne Billancourt
Norbert AMSELLEM	INCa, Boulogne Billancourt
Carla ESTAQUIO	INCa, Boulogne Billancourt
Alexandra GOLAY	INCa, Boulogne Billancourt

09h00 OUVERTURE

Fabien CALVO

Directeur général adjoint en charge de la Recherche de l'Institut national du cancer depuis 2007, Fabien CALVO est directeur de l'Institut Thématique Multi-Organismes « Cancer » de l'Alliance pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN). Ancien interne et chef de clinique des hôpitaux de Paris, ancien « research fellow » du National Cancer Institute à Bethesda (États-Unis), spécialiste en cancérologie-hématologie, Fabien CALVO est professeur de pharmacologie à l'Université médicale Denis Diderot (Paris 7).

Il est depuis 1995, directeur du centre d'investigations cliniques (CIC) de l'hôpital Saint-Louis (Centre AP-HP/INSERM). Il a été le directeur de l'Unité Inserm 716 sur l'identification de nouvelles cibles moléculaires pour le traitement des cancers de 1995 à 2008. Il était membre du comité de l'école doctorale Bases Fondamentales de l'oncogénèse et co-responsable de l'axe recherche clinique du cancéropôle Ile-de-France. Fabien CALVO est auteur ou co-auteur de 200 publications scientifiques,

Ses domaines d'activité et d'intérêt portent sur la biologie du processus métastatique, le transfert des progrès de la recherche fondamentale vers les patients, la recherche préclinique sur les médicaments et les essais cliniques précoces en hématologie et cancérologie. Il a occupé les fonctions de chargé de mission Cancer auprès du directeur général de la Recherche et de l'Innovation du ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur de septembre 2006 à avril 2007.

Session 1

09h30 *Accompagnement, intervention psychosociale*

Modérateur

Dominique LHUILIER

Professeure Émérite des Universités-CNAM ; Centre de Recherche sur le Travail et le Développement ; Paris

Zahia KESSAR, Psychosociologue et anthropologue

Anthropologue de formation (EHESS : École des Hautes Études en sciences sociales), elle a une expérience de recherche en anthropologie sur des questions de santé mentale, dans le cadre des laboratoires du CRESO et du LASAR. Dans ce contexte elle a réalisé la plupart de ses terrains d'observation dans des lieux de soins.

Formée en psychosociologie et à l'analyse institutionnelle et organisationnelle d'orientation psychanalytique à l'ARIP (Association pour la recherche et l'intervention psychosociologique), elle intervient depuis 20 ans, dans la supervision, l'analyse des pratiques, l'accompagnement d'équipes, la formation des professionnels exerçant dans les secteurs de la santé, du travail social, de l'insertion et de la formation

Psychosociologue clinicienne, elle intervient dans la conduite des groupes de travail, l'analyse des pratiques professionnelles et les démarches d'accompagnement d'équipe au changement: Action-recherche-supervision, consultations institutionnelles, qu'elle conduit dans le cadre des associations ARIP et Transitions. Elle intervient également dans le cadre du Réseau d'interventions Psychosociologiques et Interculturelles.

Elle intervient actuellement avec le Réseau Onconord dans un projet financée par l'INCa « Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer ».

RÉSUMÉ

L'intervention psychosociologique à l'hôpital: Réflexions sur les obstacles aux dispositifs de groupe visant à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé

Les démarches d'accompagnement et d'intervention psychosociologiques (action-recherche, supervision, consultation, analyse des pratiques, formation-action) inspirées par la psychosociologie clinique et visant une évolution des pratiques des professionnels et des équipes, reposent en partie sur des dispositifs faisant du travail de groupe un moyen et un support d'évolution des représentations et des pratiques. Elles s'adressent aussi bien à des groupes de pairs exerçant la même fonction, qu'à des équipes constituées lorsque les difficultés à résoudre relèvent du fonctionnement. Ces démarches d'intervention psychosociologiques se heurtent pourtant aujourd'hui de plus en plus à la logique organisationnelle et à l'emprise gestionnaire. Or, l'expérience de l'intervention psychosociologique à

l'hôpital met régulièrement en évidence le fait qu'une partie des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients est en rapport avec les dimensions collectives liées à l'organisation du travail, au fonctionnement d'équipe (difficultés d'articulation entre professionnels, prise en charge morcelée...) et de l'institution qu'est l'hôpital: celui-ci est traversé depuis les années 90 par des changements, des restructurations et réorganisations qui ont un impact direct sur le fonctionnement d'équipe et des effets sur la relation avec les patients, quand elles n'affectent pas la fonction-soin¹.

Comment analyser ces évolutions? Quelles démarches dans ce contexte pour accompagner les professionnels vers une évolution des pratiques individuelles et collectives ?

¹ GAILLARD, G .1999. « Restructurations, réorganisations dans le secteur hospitalier : mise en crise des soignants ». Objectifs Soins. N°77.

Anne FESTA, Directrice Réseau Oncologie 93, Saint Denis

Laurent ZELEK, Professeur de cancérologie et président du conseil scientifique du réseau Oncologie 93

RÉSUMÉ

Santé, précarité, alimentation, le projet Papilles

Oncologie 93 est un réseau de santé qui travaille au cœur du département de la Seine Saint Denis. Ce réseau de santé prend en charge les personnes touchées par un cancer, malades et proches, ce dès l'annonce du diagnostic puis pendant tout leur parcours. Le réseau optimise la coordination du parcours de soins, et permet notamment :

- une évaluation plus fine des besoins ce qui peut conduire à la mise en place de soins de support au domicile ou en cabinet,
- l'orientation et l'information concernant la maladie,
- un accompagnement social et un soutien psychologique incluant les proches de personnes malades.

Le rôle du réseau va donc au-delà de la prise en charge limitée à la durée des traitements spécifiques : il implique également un accompagnement et des actions de soutiens psycho-sociaux après la fin de la prise en charge médicamenteuse, telles que le préconise le plan cancer 2009-2013.

Le réseau est présent auprès des soignants (formation, groupes de soutien, de réflexion) dans les structures de soins de la Seine Saint Denis : 22 établissements adhèrent au réseau, 23 sont autorisés à avoir une activité en cancérologie.

La situation en Seine Saint Denis : la précarité amplifie les conséquences somatiques et psycho-sociales du cancer

Une dépêche de l'AFP titrait le 25/06/2009 : « **Cancer en Seine saint Denis, la précarité sociale augmente la mortalité**, comme partout ailleurs en France métropolitaine, pour les hommes, le cancer constitue la première cause de mortalité en Seine Saint Denis, 32% des décès, soit 2737 sur 8000 par an, devant les maladies cardio vasculaires, mais ici l'espérance de vie d'un homme est inférieure à deux ans à celle d'un habitant du département voisin de Seine et Marne et les femmes y meurent davantage de cancers du sein et du poumon que dans le reste de la France ».

Ajoutons à ces quelques statistiques le texte qui est actuellement sur le portail internet de l'ARS et qui titre : « *Le 93, îlot de précarité, oublié de la santé : avec 19,8% de familles monoparentales (vs 15,8% et 13,1% respectivement en IdF et pour la France), 33% d'enfants vivant dans un foyer pauvre vs 19% en IdF), des taux de décès prématuré très supérieurs à la moyenne d'IdF, un taux de mortalité infantile de 5,4/1000 à comparer à 3,6/1000 pour la moyenne nationale, des taux de mortalité par cancer plus élevés (en particulier du poumon), le département 93 est bien laissé pour compte, à la fois en matière de travail/revenus et d'accès aux soins de santé. Enfin, c'est dans le 93, qu'on constate la plus forte résurgence de tuberculose (incidence de 14,3/100.000 vs 5,4/100.000 pour la France entière) et la plus forte prévalence du diabète.*

Espérance de vie, de fortes inégalités : avant même d'aborder les inégalités d'un département à l'autre, un chiffre attire l'attention, le taux de mortalité infantile en Ile de France soit 3,9/1000 supérieur à la moyenne nationale (3,6/100). En revanche, l'espérance de vie reste globalement supérieure en

IdF à la moyenne nationale. Les résidents de Seine-Saint-Denis vivront deux années de moins, en moyenne, que leurs voisins des Yvelines. Cela, en raison d'un taux de mortalité infantile (enfants décédés avant l'âge de 1 an) très élevé. Les habitants de l'Essonne se suicideront 5 fois plus que dans le Val de Marne. Un indicateur très basique du mal de vivre. En bref, on vit moins longtemps en Seine-et-Marne (77) que dans les Hauts-de-Seine, en Seine-Saint-Denis (93) qu'à Paris. »

Source ARS Ile de France

Dans ce type de contexte, le traitement anti-tumoral seul, aussi performant soit-il, ne suffit pas à donner au patient les meilleures chances de préserver son état de santé à long terme.

En effet, si la survie spécifique dans nombre de cancers a considérablement augmenté (sein et prostate mais aussi dans une moindre mesure colon), il est désormais admis que l'état de santé et la qualité de vie des patients en rémission prolongé après un cancer demeure significativement inférieur à celui de la population générale. Cela est en partie lié aux effets secondaires des traitements, notamment la chimiothérapie : fatigue chronique, troubles cognitifs et dépression. Cependant, il faut également souligner que la sédentarité est un facteur de risque commun à de nombreux cancers ainsi qu'au diabète et aux pathologies cardio-vasculaires. Les populations les moins éduquées étant plus particulièrement touchées par ces dernières, il s'agit donc d'une véritable double peine qui frappe les membres les plus vulnérables de notre société. Dans la mesure où les traitements médicaux du cancer sont souvent susceptibles d'aggraver un surpoids ou un syndrome métabolique, on serait même tenté de parler de triple peine !

Quoi qu'il en soit, de nombreuses interventions conduites dans les pays développés montrent qu'il est possible de modifier l'état de santé de ces patients sur le long terme grâce à des interventions portant sur le mode de vie (nutrition et activité physique). L'effet de ces interventions sur la mortalité globale est étayé

par de nombreuses publications, certaines suggérant même un effet sur la survie spécifique ou la survenue de seconds cancers.

Notre expérience, et les échanges avec les autres acteurs du département en matière d'éducation à la santé, nous ont appris qu'il est très difficile de suivre, d'accompagner les personnes de ce territoire avec les moyens « classiques » d'éducation à la santé telles que des consultations diététiques simples. Par ailleurs la plupart des essais d'intervention ayant produit des résultats significatifs ont fait appel à des prises en charges personnalisées, multidisciplinaires et intensives.

L'année 2010 fut donc pour le réseau Oncologie 93 l'année de réalisations de nouveaux supports et outils, innovants concernant l'alimentation, conçus pour les personnes malades et leurs proches mais aussi et surtout, réalisés avec les usagers et les malades inclus au sein du réseau.

Le projet PAPILLES comporte trois axes

- un livret à l'intention des personnes touchées par la maladie et/ ou la précarité
- les ateliers cuisine d'Oncologie 93 : « ça papote autour de la popote »
- les fiches cuisine « revue de popotes »

Pierre CHAUVIN

Médecin et épidémiologiste, Pierre CHAUVIN est Directeur de recherche en épidémiologie sociale à l'INSERM. Il dirige depuis 2001 l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3), dans l'UMRS 707 (INSERM-UPMC). Ses travaux concernent depuis 1997 les inégalités de santé et les déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins en milieu urbain, notamment dans l'agglomération parisienne, en conjuguant des recherches en population générale et d'autres dans des populations précaires. Les recherches de l'équipe DS3 sont volontiers pluridisciplinaires, associant épidémiologie, sociologie et géographie dans des perspectives communes de santé publique et l'utilisation de méthodes statistiques.

Pierre CHAUVIN est membre du Conseil scientifique de plusieurs organismes de recherche (INED, AC18 de l'ANRS) ou de santé publique (InVS, ORS Ile-de-France). Il est également membre du Haut Conseil de la Santé Publique et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Ile-de-France.

RÉSUMÉ

Difficultés et enseignements d'un essai d'intervention médicale auprès de bénéficiaires d'un dispositif social : l'exemple de l'essai multicentrique PRESAJE en cours dans des Missions locales d'insertion

Le projet PresaJe est destiné à lutter contre le non recours aux soins des jeunes sans qualification et à démontrer l'impact d'interventions socio sanitaires sur leur trajectoire d'insertion. Le programme teste l'efficacité de deux types d'interventions. La première consiste en une prise en charge systématique par une assistante sociale destinée à ouvrir et/ou maximiser les droits sociaux des jeunes, notamment concernant leur couverture maladie et à leur fournir toutes les informations sur le système de sécurité sociale. La deuxième consiste, en plus de l'intervention précédente, à faire bénéficier les jeunes d'une consultation

systématique de médecine sociale (et d'une orientation dans le système de soins de droit commun). Il s'agit d'un essai d'intervention randomisé (comparant trois cohortes : une pour chacune des interventions testées et une cohorte témoin), multicentrique (à Toulouse, Sénart, Clichy sous Bois, Reims et Poitiers), conduit auprès d'un échantillon aléatoire de la population des jeunes de 16 à 25 ans s'adressant pour la première fois à une des 5 missions locales associées au projet. L'inclusion des 1 800 jeunes prévus est en cours, chaque participant étant ensuite suivi un an. Ce projet, soutenu par le Fonds d'expérimentation de la Jeunesse, associe des chercheurs du CREST (INSEE) et de l'UMRS 707 (INSERM-UPMC) aux missions locales partenaires. La présentation rapportera les principaux enseignements issus du montage et de la réalisation d'un tel projet, d'un point de vue méthodologique et pragmatique.

Session 2

11 h 00 *Recherche interventionnelle, travail et aide complémentaire santé*

Modérateur

Pierre DUCIMETIÈRE, Directeur de recherche honoraire Inserm.

Spécialiste de méthodologie épidémiologique, il s'est beaucoup intéressé aux questions de prévention des maladies chroniques dans la population, tout particulièrement dans le domaine cardiovasculaire. Il a reçu en 2007 le Prix d'Honneur de l'Inserm pour l'ensemble de ses travaux.

Dominique LHUILIER, Professeure Emérite des Universités-CNAM ; Centre de Recherche sur le Travail et le Développement ; Paris

RÉSUMÉ

Recherche-action en psychosociologie du travail : principes méthodologiques et applications dans le champ de la santé publique (VIH et cancers).

L'orientation présentée s'inscrit dans la tradition de la recherche-action qui articule un double projet de connaissance et de changement, un projet « répondant à la fois aux préoccupations pratiques d'acteurs se trouvant en situation problématique et au développement des sciences sociales par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable » (Rapport, 1973). Le processus de production de connaissances et

la contribution qu'en retirent les sujets sont deux effets mutuellement dépendants de la recherche-action. Ce qui engage à un type de relation de coopération entre chercheurs et sujets, au fondement duquel se trouvent la demande, la construction du dispositif de recherche, le choix des méthodes d'investigation, les modalités de la co-analyse et de la valorisation sociale des résultats de la RA.

La présentation de deux recherches actions dans le champ de la santé (VIH et cancer) permettra de préciser la place accordée aux activités de travail dans cette orientation épistémologique et éthique.

Florence JUSOT, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) & IRDES, Paris

Florence JUSOT est maître de conférences en sciences économiques à l'Université Paris-Dauphine, chercheur au LEDA-LEGOS (Laboratoire d'économie et gestion des organisations de santé) et chercheur associé à l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé et à l'Institut National d'Études Démographiques. Ses recherches portent sur les inégalités sociales de santé.

Elle est par ailleurs membre du conseil d'administration du Collège des Économistes de la Santé.

RÉSUMÉ

Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille

L'Aide Complémentaire Santé (ACS), ou « chèque santé », a été mise en place en 2005 pour inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé grâce à une subvention. Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cet état de fait : (1) Le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier ; (2) Le montant de l'aide est insuffisant, la complémentaire resterait trop chère même après déduction de l'aide.

Afin de tester la validité de ces deux hypothèses, une expérimentation sociale contrôlée a été mise en place par l'université Paris-Dauphine à Lille auprès d'un échantillon de 4209 assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources. Trois groupes d'assurés ont été aléatoirement constitués : le premier groupe s'est vu proposer le montant d'ACS

en vigueur, le deuxième groupe a reçu une proposition d'aide majorée et le troisième groupe a reçu en plus d'une proposition d'aide majorée, une invitation à une réunion d'information sur le dispositif.

La comparaison entre les groupes du nombre de dossiers de demande d'ACS et du nombre d'ACS accordées montre de manière robuste que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Toutefois, l'ACS reste un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17% des assurés ont fait une demande d'ACS. Seuls 9% des assurés invités à participer à une réunion d'information y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés, annulant ainsi l'effet de la majoration du chèque. Enfin, seuls 55% des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. La difficulté à cibler la population éligible et l'incertitude importante sur l'éligibilité qui en résulte sont certainement des freins s'ajoutant à la complexité des démarches.

Session 3

11 h 00 *Recherche interventionnelle et dépistage*

Modérateur

Pierre CHAUVIN

Directeur de recherche INSERM, UPMC UMRS 707, Paris

Véronique CHRISTOPHE, Université Lille 3, URECA EA 1059, VILLENEUVE-D'ASCQ

Véronique CHRISTOPHE est Professeur de Psychologie Sociale et de la Santé au sein de l'Unité de Recherche en Sciences Cognitives et Affectives (URECA EA 1059) de l'Université Lille 3. Elle est également membre du Comité de Pilotage Scientifique et co-cordinatrice de l'axe «Cancers, Individu et Société» du Cancéropôle Nord-Ouest.

Ses travaux de recherche sont principalement axés sur les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux impliqués dans la régulation des émotions, et ce principalement dans le domaine de la prévention et de la prise en charge globale des pathologies cancéreuses.

Lydia GUITTET, AHU (Assistants Hospitaliers Universitaires), évaluations et recherches en épidémiologie, ERI 3 INSERM, CHU de Caen.

RÉSUMÉ

L'accompagnateur au dépistage pour réduire les inégalités sociales. Essai d'intervention en santé publique. Approche multidisciplinaire.

Contexte scientifique

Les différences de participation aux campagnes de dépistage représentent certainement un des mécanismes principaux des inégalités sociales de survie des patients atteints de cancer colorectal. En France, les programmes nationaux de dépistage organisé n'ont pas encore intégré d'actions spécifiques propres à réduire le gradient social d'accès au dépistage. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de l'intégration d'un accompagnateur (équivalent français du « Patient Navigator » américain) au sein des programmes locaux de dépistage sur la réduction des différences sociales et géographiques dans la participation au dépistage du cancer colorectal. Les objectifs secondaires sont d'explorer les mécanismes d'ordre cognitifs, comportementaux, relationnels et émotionnels sur lesquels peut se fonder l'action de l'Accompagnateur du Dépistage et aussi d'estimer le coût d'une telle action.

Descriptif du projet

Il s'agit d'une étude d'intervention à unité de randomisation collective multicentrique conduit dans 5 départements du Cancéropôle Nord-Ouest (Orne, Nord, Oise, Somme, Aisne) en deux groupes parallèles, stratifié sur le type d'IRIS (Îlot regroupé pour l'Information Statistique) : 1/ un groupe témoin, dans lequel les stratégies d'invitation des patients au dépistage et de remise des tests ne seront pas modifiées par rapport à l'organisation déjà en vigueur et correspondront aux directives du cahier des charges national ; 2/ un groupe intervention, dans lequel l'action de l'accompagnateur au dépistage sera ajouté au dispositif déjà en vigueur. En moyenne, 2 500 sujets par bras (intervention/ témoin) seront inclus dans chaque département. Les accompagnateurs du dépistage (AD) seront recrutés parmi des cadres de santé ou des assistant(e)s sociaux(ales) pour une durée de 2 ans. L'AD ne se substituera pas au médecin généraliste, mais assurera l'information et la distribution du test si celles-ci ne peuvent pas être assurées par le médecin généraliste. L'AD cherchera à avoir un contact personnalisé avec chacune des personnes de l'échantillon qui lui aura été

assigné afin d'identifier les obstacles (psychologiques, culturels, financiers, techniques,...) et d'y pallier. L'évaluation de l'action se fera au bout de 2 ans sur le taux de participation obtenu dans les différents groupes. De manière individuelle, la probabilité de participer au dépistage sera modélisée en fonction de l'affectation (bras intervention AD+ ou au bras contrôle AD-) et de l'environnement social et géographique en utilisant un modèle multi-niveaux. Dans une deuxième étape, nous tenterons d'analyser les effets de l'action de l'AD au moyen d'un auto-questionnaire distribué par la poste à un échantillon représentatif de 1 200 personnes dans chaque bras (AD+ et AD-). L'évaluation économique portera sur les différences de participation et le coût différentiel d'organisation du dépistage entre le groupe intervention (AD+) et le groupe témoin (AD-) dans des IRIS urbains riches, des IRIS urbains pauvres, des IRIS ruraux riches et des IRIS ruraux pauvres.

Résultats attendus

Le projet a pour objectif de réduire les inégalités sociales d'accès au dépistage du cancer colorectal en proposant un accompagnement personnalisé aux personnes les plus démunies. Au-delà de la réduction du gradient social de participation, il s'agit aussi d'améliorer la prise en charge globale et humanisée des usagers. La multidisciplinarité des approches permettra de fournir une évaluation globale de ce nouveau dispositif. La finalité de cette approche est de fournir aux décideurs en santé publique tous les éléments, y compris les aspects financiers, qui contribueront à la réflexion sur l'élargissement de ce dispositif à l'échelon national.

Marie SUZAN-MONTI

Chargée de recherches au CNRS, docteur es Sciences, spécialité Immunologie. Parcours de recherche fondamentale au sein du Centre d'Immunologie de Marseille-Luminy. Ré-orientation vers la virologie et parcours de recherche fondamentale dans différentes équipes INSERM travaillant sur le VIH et les modèles animaux de l'infection à VIH.

Actuellement en poste au sein de l'équipe « Maladies transmissibles, systèmes de santé, sociétés » dans l'unité INSERM UMR912 SE4S « Sciences Economiques & Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés » (UMR INSERM/IRD/Universités Aix-Marseille), dirigée par le Pr Jean-Paul MOATTI.

Engagement associatif dans AIDES depuis 2002.

RÉSUMÉ

Le partenariat entre chercheurs et acteurs de terrain pour le dépistage du VIH : l'exemple du protocole de recherche ANRS-DRAG

La pandémie à VIH/SIDA qui se développe depuis le début des années 1980 est, par bien des aspects, novatrice que ce soit dans les disciplines de la recherche fondamentale, de la recherche clinique, de la recherche en sciences sociales. Néanmoins le véritable changement apporté par cette infection concerne la place dévolue aux patients eux-mêmes qui sont devenus au fil du temps des experts de leur maladie et qui ont développé un savoir profane qui trouve aujourd'hui sa reconnaissance de différentes façons mais en particulier par leur participation en tant qu'acteurs à part entière dans le développement du champ de la recherche interventionnelle. Un des exemples discuté au cours de ce séminaire sera celui de la recherche interventionnelle sur le dépistage du VIH/SIDA, illustré par le protocole ANRS-DRAG qui s'est déroulé de 2010 à 2011 dans trois grandes villes françaises : Paris, Marseille et Nice. Cette recherche pluridisciplinaire a été conçue et réalisée par une équipe associant des acteurs de l'association AIDES, des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), des chercheurs en sciences sociales de l'INSERM, des chercheurs en virologie du Lady Davis Institute au Québec.

L'objectif principal de cette recherche était de mettre en place et d'évaluer un dispositif de tests de dépistage du VIH à résultat rapide, accompagné d'un counseling

réalisé par une association communautaire afin de montrer dans quelle mesure ce type de dispositif de dépistage permet d'attirer une population qui prend des risques répétés, qui souhaite avoir des recours répétés au dépistage et bénéficier d'un counseling plus adapté à ses pratiques.

Le second objectif visait à comparer un dispositif de dépistage avec des tests à résultats rapides, effectué par des membres d'une association communautaire, avec un dépistage classique effectué par les équipes des CDAG.

Le dernier objectif de la recherche concernait la faisabilité et l'analyse d'implantation de cette pratique de dépistage innovante à l'aide des tests à résultats rapides par un dispositif peu médicalisé et cela afin de déterminer les conditions optimales d'une potentielle transposition, à l'aide notamment, d'un guide d'implantation.

Le processus de co-construction et de co-réalisation du protocole a permis, dans un dialogue permanent, à chacun des acteurs scientifiques, médicaux et associatifs de trouver leur place entière dans cette recherche. De nombreux obstacles, générés par l'originalité de la composition de l'équipe de recherche et des intervenants de terrain, ont ainsi dû être résolus avant d'entrer dans la phase de réalisation. Même si les analyses des résultats produits par cette recherche ne sont pas encore terminées, elle a d'ores et déjà abouti à un nouveau cadre réglementaire de pratiques nouvelles en santé publique (arrêté ministériel du 9 novembre 2010).

Jean-Marie Le GALL, Association AIDES

Engagement associatif à AIDES comme volontaire depuis 1992 puis comme salarié en 2002. Responsable depuis 2007 de la mission Innovation Recherche Évaluation (MIRE) pour l'association AIDES. Ce secteur porte des projets de recherche dans le champ de prévention (dépistage, réduction des risques liés à l'injection) et sur les besoins des personnes vivant avec le VIH. Ces projets sont développés en France avec l'ANRS ou dans des partenariats européens. Notre priorité est de co-construire des projets pluridisciplinaires associant des acteurs académiques et communautaires et permettant d'avoir un impact concret sur la façon de penser et d'agir face aux nouveaux enjeux de l'épidémie à VIH.

RÉSUMÉ

En recherche interventionnelle, les acteurs communautaires sont-ils les acteurs de l'intervention et/ou acteurs de la recherche? Comment faire converger les démarches?

La prééminence des recherches cliniques et thérapeutiques sur le VIH/sida laisse actuellement la place au développement de recherches en prévention. Dans ce contexte l'association AIDES, partenaire consultatif dans le champ de la recherche clinique et acteur de prévention depuis plus de 20 ans, a été amenée en 2008 à concevoir et mettre en œuvre deux recherches interventionnelles sur le thème du dépistage, ANRS COMTEST et ANRS DRAG avec le soutien de chercheurs de l'agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS).

Les objectifs de ces recherches étaient de :

- modéliser une intervention avec un nouveau dispositif médical (les tests rapides d'orientation diagnostique)
- tester la faisabilité et la qualité d'une intervention réalisée par une nouvelle catégorie d'intervenants

(dépistage rapide réalisée par des intervenants non-médicaux).

- mesurer l'acceptabilité de cette offre et son impact en termes de santé publique (population rejointe et bénéfice comparé avec d'autres offres de dépistages existantes)
- produire des résultats de recherche pouvant asseoir le cadre réglementaire de pratiques nouvelles en santé publique (arrêté ministériel du 9 novembre 2010).

Ces recherches ont associé les militants de terrain porteurs de l'intervention à la construction et l'analyse de la recherche sur le modèle de la recherche communautaire ou participative. Ce partenariat pluridisciplinaire a nourri et enrichi le projet, tant sur le côté recherche que sur le côté intervention mais n'a pas été sans poser quelques questions et problèmes.

Le processus de recherche a fait coexister et dialoguer non seulement deux cultures (académique et communautaire) mais aussi deux démarches différentes. D'un côté, les acteurs communautaires existent par

le fait d'agir, d'avoir une prise sur une réalité et leur engagement dans l'action est sous-tendu par la forte conviction que ce qu'ils font est utile pour eux et pour leur groupe d'appartenance. De l'autre côté, les chercheurs bâtissent une méthodologie de recherche à partir d'une hypothèse qui suppose une démarche de doute sur le résultat final qui sera observé. Pour le chercheur, que l'hypothèse soit infirmée ou confirmée est déjà un résultat intéressant en soi, cela produit un savoir solide sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Pour l'acteur de terrain, une recherche qui ne conduit pas à un « résultat positif » en termes d'intervention validée ou de transformation sociale réussie est plutôt envisagée comme un échec occultant souvent les savoirs tirés du processus ou les résultats inattendus.

Faire converger ces démarches est un objectif essentiel à la réussite de ce type de recherche. Dépasser les différences suppose des processus d'acculturation réciproque, une prise en compte des particularités des démarches de chacun et un partage des places.

Sur ce dernier point, nos expériences passées et en cours nous montrent qu'il est possible pour le chercheur de diminuer sa distance vis à vis de l'objet de l'intervention et qu'en échange les acteurs de l'intervention sont prêts à s'engager dans la logique de doute inhérente à la recherche. Le travail de médiation, nécessaire et parfois difficile, pour maintenir la convergence des démarches est par ailleurs récompensé par le fait qu'à terme il garantit que la recherche aura porté sur une intervention ancrée dans la vraie vie et sans doute plus facilement transposable.

Session 4

14h30 *Recherche interventionnelle et comportement*

Modérateur

Serge BRIANÇON

Médecin de santé publique, épidémiologiste, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier.

Directeur de l'École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Nancy-Université, Chef du Service Épidémiologie et Évaluation Cliniques au CHU de Nancy, il anime une équipe de recherche sur les déterminants de la santé perçue dans une perspective d'évaluation de la prévention et des soins dans les maladies chroniques.

Hélène BIHAN

Médecin en Endocrinologie-Diabétologie depuis 2003, Praticien Hospitalo Universitaire depuis 2007 à l'Hôpital Avicenne. Soignant au quotidien des patients de faible niveau socioéconomique, Hélène BIHAN a pris conscience que cette condition peut être un frein à la prise en charge d'une maladie chronique telle que le diabète et autres pathologies liées à l'alimentation (obésité, dyslipidémie). En 2007, Hélène BIHAN a débuté un travail de recherche au sein de l'UREN sous la direction du Pr HERCBERG pour s'interroger sur les liens entre la précarité et l'alimentation. Cette réflexion a abouti à une étude d'intervention nutritionnelle auprès de personnes défavorisées, en utilisant des chèques comme moyens de majorer la consommation de fruits et légumes. Ayant soutenu sa thèse en Épidémiologie, Hélène BIHAN compte poursuivre ses recherches comme MCU-PH dans ce domaine.

RÉSUMÉ

Facteurs sociodémographiques et attitudes envers l'alimentation associés à la consommation de fruits et légumes dans une population à faible revenus

Des chèques fruits et légumes : impact d'une étude d'intervention sur la consommation de fruits et légumes chez des personnes précaires

Hélène Bihan^{1*}, Caroline Méjean¹, Katia Castetbon², Henri Faure³, Véronique Ducros³, Pilar Galan¹, Hervé Le Clésiau⁴, Sandrine Péneau¹, Serge Hercberg¹.

Introduction et But de l'étude

L'éducation nutritionnelle et les chèques alimentaires font partie des moyens mis en œuvre par les politiques de santé pour augmenter la consommation de fruits et légumes dans les populations défavorisées. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de chèques destinés à l'achat de fruits et légumes frais sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel d'une population précaire de Seine-Saint-Denis.

Matériel et Méthodes

L'étude d'intervention en population précaire, recrutée dans un centre d'examens de santé de Bobigny, porte sur 295 sujets randomisés en deux groupes : un groupe recevant des conseils diététiques seuls, un groupe bénéficiant des conseils diététiques et de chèques

échangeables uniquement contre des fruits et légumes frais (de 10 à 40 euros / mois selon la composition du ménage). Les données recueillies comportent des auto-questionnaires (données socioéconomiques, facteurs déterminants de la consommation alimentaire, questionnaire fréquentiel alimentaire), un examen clinique et un bilan biologique dont des dosages (vitaminiques C, carotène). Des modèles de régression logistique et linéaire multivariés ont été utilisés pour déterminer les profils, notamment socioéconomiques, des faibles consommateurs de fruits et légumes à l'inclusion mais aussi pour évaluer l'impact des chèques sur la consommation de fruits et légumes et l'état nutritionnel après 3 mois d'intervention.

Résultats

La consommation moyenne est de 2,07 portions de fruits et légumes par jour à l'inclusion ; un tiers de personnes déclarent ne pas manger quotidiennement de fruits et légumes. L'aspect financier ressort comme un frein majeur. Pour les 135 volontaires revus à 3 mois, la consommation moyenne de fruits et de légumes a augmenté de manière significative dans les deux groupes (Le pourcentage de très petits consommateurs diminue significativement dans le groupe chèque. Les taux sanguins de vitamine C et -carotène demeurent inchangés.

¹ UMR U557 INSERM F-93017 Bobigny; U1125 INRA, F-93017 Bobigny; F-93017 Bobigny; Université Paris 13, F-93017 Bobigny; Centre de Recherche en Nutrition Humaine IdF, F-93017 Bobigny, France

² Unité de Surveillance et d'Épidémiologie Nutritionnelle, Institut de Veille Sanitaire InVS; Université Paris 13, Centre de Recherche en Nutrition Humaine IdF, F-93017 Bobigny, France

³ Département de Biologie Intégrée, Pavillon B, CHU BP 217, 38043 Grenoble cedex

⁴ Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis, Bobigny, France

Consommation de fruits et légumes	Inclusion			À 3 mois		
	Groupe Conseils	Groupe Chèques	P ⁱ	Groupe Conseils	Groupe Chèques	P ⁱ
Nombre de portions/jour	1.89 ± 1.35	2.19 ± 1.61	0.24	2.51 ± 1.44	2.93 ± 1.40	0.09
Pourcentage de très faibles consommateurs	37.1	21.9	0.053	25.8	5.5	< 0.001

Conclusion

Cette première étude européenne souligne la très faible consommation de fruits et légumes dans une population défavorisée, mais l'efficacité d'une éducation nutritionnelle et/ou de chèques pour augmenter cette consommation. Les chèques, distribués sur une courte période, pourraient servir de compléments à d'autres stratégies (éducationnelles, de politiques de prix).

Béatrice FERVERS

Le Docteur Béatrice FERVERS (MD, PhD, HDR), oncologue, dirige l'Unité Cancer et Environnement au Centre Léon Bérard à Lyon. Cette Unité, créée en 2009, vise à améliorer la prise en charge des facteurs environnementaux et nutritionnels en lien avec certains cancers et à développer une recherche interdisciplinaire dans ce domaine. L'Unité participe à l'expérimentation des centres inter-établissement de soins, de recherche clinique et d'éducation à la santé environnement (Programme National Santé Environnement 2009-2014). Béatrice FERVERS coordonne l'axe « Environnement, Nutrition et Cancer » du Cancéropôle Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes (CLARA). Elle est membre du Comité d'Éthique du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et fait partie du Groupe Régional Santé Environnement Rhône-Alpes (GRSE, collège expert). Béatrice FERVERS est conseiller externe du Programme « NHS Evidence » du National Institute for Health and Clinical excellence (NICE, Royaume Uni).

RÉSUMÉ

Prise en charge du risque de surpoids ou d'obésité par un programme d'activité physique adaptée, chez des patientes atteintes de cancer du sein traitées par chimiothérapie adjuvante

Le cancer du sein représente le cancer le plus fréquent chez la femme. La prise de poids, le surpoids et l'obésité ont également été montrés comme étant des facteurs pronostiques du cancer du sein, étant associés à une réduction de la survie après le diagnostic du cancer. Au Centre Léon Bérard (CLB), dans une cohorte de 272 patientes suivies pour un cancer du sein non métastatique entre 2004 et 2006, 26% des patientes étaient en surpoids et 15% étaient obèses. Parmi ces patientes, 52% ont pris du poids entre le début et la fin de la chimiothérapie adjuvante et 60% ont pris du poids 1 an suivant le début de la chimiothérapie ; en particulier, 1 femme sur 7 a pris en 1 an plus de 10% de son poids initial.

Il a été montré qu'une activité physique régulière associée à une alimentation riche en fruits et légumes augmentait de façon significative la survie après cancer du sein. Cependant, seulement 36% des patientes de

la cohorte du CLB respectaient les recommandations du Programme National Nutrition Santé, en matière d'activité physique, de consommation de fruits et légumes et de consommation de céréales ou de pain.

En réponse à ces constats, le présent projet vise à prendre en charge le risque de surpoids ou d'obésité chez des patientes atteintes d'un premier cancer du sein et traitées par chimiothérapie adjuvante. L'objectif est d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme nutritionnel (diététique et activité physique adaptée) en termes humains, matériels et financiers, ainsi que d'évaluer l'opportunité des interventions, c'est-à-dire sa capacité de répondre aux attentes et besoins des patientes et des soignants. L'évaluation de la transposition des données de la recherche internationale dans ce domaine au contexte français, assureront que les actions développées le seront sur la base des données actuelles de la science et favoriseront l'atteinte des objectifs, à savoir de réduire le risque de surpoids et d'obésité et, par ce moyen, de réduire le risque de rechute après cancer du sein.

15h45 TABLE RONDE

Recherche interventionnelle en santé de populations en France

Modérateur

Antoine FLAHAULT

Ancien interne de santé publique, docteur en médecine, docteur en biomathématiques, professeur de santé publique de l'université Paris Descartes et praticien hospitalier à l'Hôtel Dieu de Paris, il a été chef du département de santé publique de l'hôpital Tenon à Paris, a dirigé l'équipe de recherche « Sentinelles » de l'Inserm-UPMC (UMR-S 707) et le centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance électronique des maladies. Il a coordonné un programme de recherche qui associait la surveillance des maladies, l'épidémiologie prévisionnelle et la modélisation mathématique. Il a développé avec l'OMS le système mondial de surveillance de la grippe (FluNet). Il a été chargé de constituer en 2006 une cellule interdisciplinaire de coordination des recherches sur le chikungunya, et depuis le 28 novembre 2007, une cellule sur la recherche et la veille sur les maladies émergentes dans la région Antilles Guyane. Chargé initialement de l'administration provisoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, il est nommé depuis le 1^{er} janvier 2008, directeur de cet établissement, devenu membre fondateur de Sorbonne Paris Cité en 2009. Il a été élu président de l'Association des Écoles Européennes de Santé Publique (ASPHER, Bruxelles) en janvier 2009. Il est élu membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine depuis décembre 2009.

Philippe AMIEL, Directeur URSHS, Sociologue, Cancéropôle IDF- IGR - Institut de cancérologie Gustave-Roussy – Groupement d'enseignement et recherche « Cancer, Santé, Société » (Gericss) Paris Ouest Nanterre/IGR

Après une première carrière de linguiste lexicographe, il a dirigé des sociétés d'études, et des programmes de recherche en sciences sociales.

À partir de différents travaux sur l'expérimentation biomédicale, il développe une activité de recherche et d'enseignement en sociologie et droit de la santé. Docteur en droit, professeur des universités associé à l'Université Paris 8 de 2003 à 2009, il y crée, et dirige de 2003 à 2007, le DESS puis le master professionnel de droit des établissements de santé. Parallèlement, il enseigne la sociologie et, notamment, l'ethnométhodologie à laquelle il a consacré un ouvrage.

Depuis 2005, il est directeur de l'Unité de recherche en sciences humaines et sociales (URSHS) de l'Institut de cancérologie Gustave-Roussy ; ses travaux portent particulièrement sur le droit et la sociologie de la recherche biomédicale, et sur la prise en charge des malades du cancer, des anciens malades et de leurs proches.

À partir de 2007, il coordonne également le programme « Cancer et Société », axe de recherche no7 du Cancéropôle Île-de-France.

Serge BRIANÇON, Médecin de santé publique, épidémiologiste, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directeur de l'École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Nancy-Université, Chef du Service Épidémiologie et Évaluation Cliniques au CHU de Nancy, il anime une équipe de recherche sur les déterminants de la santé perçue dans une perspective d'évaluation de la prévention et des soins dans les maladies chroniques.

Sarah DAUCHY

Sarah DAUCHY est psychiatre et responsable depuis 2007 du Département Interdisciplinaire de Soins de Support de l'Institut Gustave Roussy. Après quelques années consacrées à la psychiatrie d'urgence et à la psychiatrie judiciaire elle débute en 1996 une activité de psychiatrie de liaison en soins palliatifs et douleur à l'Hôtel-Dieu de Paris. Elle rejoint par la suite l'IGR pour prendre la responsabilité de l'Unité de Psycho-Oncologie de l'Institut, avant d'élargir son activité à l'ensemble de la dynamique des Soins de Support.

À l'IGR, elle a notamment, avec son équipe, contribué à l'amélioration de la dynamique palliative (structuration d'une équipe mobile et d'un hôpital de jour de soins palliatifs), ainsi qu'à la structuration d'une équipe de recherche en psycho-oncologie.

Sarah DAUCHY est depuis plusieurs années administrateur de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), dont elle a été élue présidente en 2010. Elle est membre des conseils scientifiques de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et de l'Association Francophone de Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

Pierre DUCIMETIÈRE, Directeur de recherche honoraire Inserm.

Spécialiste de méthodologie épidémiologique, il s'est beaucoup intéressé aux questions de prévention des maladies chroniques dans la population, tout particulièrement dans le domaine cardiovasculaire. Il a reçu en 2007 le Prix d'Honneur de l'Inserm pour l'ensemble de ses travaux.

ALAIN FONTAINE, Médecin de santé publique, Doctor of Public Health (Health Policy and Administration, UNC at Chapel Hill) : actuellement chargé de mission « recherche et politique de santé », au sein de la Mission Stratégie et Recherche rattachée au Directeur général de la santé.

La Mission Stratégie et Recherche a notamment pour missions d'apporter un appui méthodologique aux autres unités de la DGS afin d'améliorer l'utilisation des connaissances scientifiques dans le développement de la politique et des programmes de santé, et de travailler en concertation avec la communauté scientifique et les différents porteurs d'enjeux pour développer la base de connaissances nécessaires pour éclairer la politique de santé et le débat public.

Thierry LANG

Docteur en médecine en 1978, Thierry LANG obtient en 1984 une spécialité en pneumologie et en 1993 son doctorat de l'Université Paris XI avec la spécialité Santé Publique. Il devient en 1988 maître de conférences des universités et praticien hospitalier. En 1999, il est coordinateur scientifique du département des maladies chroniques et des traumatismes à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Depuis l'an 2000, il est Professeur des universités-praticien hospitalier au département d'Épidémiologie au CHU Toulouse Purpan et depuis 2005 responsable du Master 2 Recherche « Épidémiologie Clinique ».

Enfin, il dirige depuis 2003 l'équipe 5 de l'UMR Inserm-UPS et depuis 2007, l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) et est devenu en 2008 membre du HCSP, président du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé et vice-président de l'Association des épidémiologistes de langue française.

Alfred SPIRA

Alfred SPIRA est professeur de Santé Publique et d'Épidémiologie à la Faculté de Médecine de Bicêtre, Université de Paris Sud. Rédacteur en chef de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, il a été élu en 2010 à l'Académie Nationale de Médecine (membre correspondant, résidant). Docteur en médecine et en épidémiologie, il est très intéressé par le développement des sciences sociales et comportementales.

Directeur de l'Unité Inserm de recherche en Santé Publique de 1986 à 2000, il dirige depuis 2007 l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), groupement d'intérêts scientifiques dont l'objectif est la mutualisation des compétences et des moyens pour la recherche en Santé Publique (www.iresp.net). Il est conseillé en Santé Publique de la Mutualité française.

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Une agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie

L'Institut National du Cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, pour coordonner les actions de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, il fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France autour d'une double ambition : contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Son programme de travail s'inscrit dans les axes du nouveau Plan cancer 2009-2013 : l'Institut participe au comité de pilotage en charge de la mise en œuvre du plan et en assure le suivi.

L'Institut National du Cancer agit pour :

- mieux prévenir les cancers ;
- diagnostiquer plus tôt les cancers ;
- garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité et rendre plus accessibles innovations et progrès ;
- apporter une information adaptée aux populations, aux patients et aux professionnels ;
- rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer, traiter les cancers.

L'INCa exerce deux métiers de base :

- le développement d'expertises dans le domaine des cancers ;
- la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.

UNE AGENCE D'EXPERTISE

L'Institut National du Cancer est le référent en matière de pathologies cancéreuses au sein des entités publiques de l'État ou relevant de l'État. Il doit donc apporter son expertise en cancérologie tant aux administrations de l'État, aux caisses d'assurance maladie, qu'aux autres agences ou aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST).

L'INCa développe l'expertise à travers la production, la coproduction ou la participation à différents types de documents normatifs :

- expertises collectives ;
- conseils aux patients ;
- critères d'agrément ;
- textes réglementaires et circulaires administratives (ex : cahier des charges pour le dépistage organisé du cancer colorectal, dispositif réglementaire en matière d'autorisation des établissements de santé, circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie).

UNE AGENCE D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

En matière de programmation scientifique, de financement et d'évaluation de projets, l'INCa est l'agence d'objectifs et moyens dédiée à la cancérologie.

L'INCa consacre la moitié de ses crédits (environ 50 M€) à la recherche.

Il lance deux vagues d'appels à projets par an concernant certaines pathologies (formes précoces du cancer

colorectal...), certains domaines (de la génomique à la qualité de vie des malades...), d'autres étant des appels à projets libres. Il reçoit plusieurs centaines de projets par an, et en sélectionne environ 30%.

L'Institut lance aussi des appels à projet conjoints avec les grandes associations caritatives : en 2009 sur le PAIR prostate avec l'ARC et la Ligue nationale contre le cancer.

L'Institut gère, par ailleurs, pour le compte de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), le « PHRC Cancer » (programme hospitalier de recherche clinique) soit 15 M€ sur crédits Assurance maladie. L'INCa évalue et sélectionne les projets dont le financement est assuré par la DHOS.

UN TRAVAIL EN PARTENARIAT

L'INCa travaille en partenariat avec les autres entités publiques et privées.

Il signe à ce titre des conventions et accords-cadres avec les autres institutions pour rassembler les compétences (méthodologie et expertise) autour de projets communs, tels que la publication de guides pour les médecins traitants et les patients ou l'accompagnement des progrès technologiques et organisationnels destinés à améliorer la qualité des prises en charge et de l'information.

L'Institut National du Cancer rassemble en son sein de très nombreux acteurs qui ont un rôle déterminant sur la décision des actions et dans leur mise en œuvre effective.

LES MISSIONS DE L'INSTITUT FIXÉES PAR LA LOI DU 9 AOÛT 2004

Juridiquement l'INCa est un groupement d'intérêt public (GIP) auquel la loi du 9 août 2004 a fixé huit missions :

- l'observation et l'évaluation de la lutte contre le cancer ;
- la définition de bonnes pratiques et des conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge des malades ;
- l'information du public et des professionnels ;
- la réalisation de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie ;
- la participation à la formation des professionnels ;
- la mise en œuvre et le financement d'actions de recherche et de développement en cancérologie ;
- le développement d'actions communes entre opérateurs publics et privés ;
- la participation à des actions européennes et internationales.

Institut National du Cancer

52, avenue André Morizet

92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00 — Fax. : +33 (1) 41 10 50 20

www.e-cancer.fr

