



Leçon inaugurale

CHAIRE « RECHERCHE EN PREVENTION DES CANCERS » INCA/IReSP/EHESP

5 janvier 2016



Madame la présidente, Madame la directrice, Monsieur le directeur, c'est pour moi un honneur d'avoir été choisie pour porter cette Chaire de Recherche en prévention des cancers et de pouvoir le faire au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en santé Publique.

Un honneur, mais aussi un challenge car son objet porte sur une priorité mondiale et nationale de santé – le cancer - et son sujet représente un défi - la prévention. En effet, la prévention est un sujet difficile, polémique, polysémique, qui a besoin à la fois de l'assise de la recherche et de la foi de ceux qui ont à la mettre en œuvre. Je sais donc les attentes derrière la création de cette Chaire.

De plus, cette Chaire a pour objet de développer la recherche interventionnelle, un type de recherche en essor en France. Un type de recherche, là encore, qui doit trouver ses marques. J'aurais l'occasion d'y revenir.

Pour comprendre les enjeux auxquels cette chaire aura à faire face, rappelons le constat.

Celui de l'épidémie du cancer

Rappelons que les cancers constituent la principale cause de morbi-mortalité dans le monde.

En 2012, on estimait à 14 millions le nombre de nouveaux cas dans le monde, à 8,2 millions le nombre de décès. On prévoit une augmentation de 70% de nouveaux cas dans les deux prochaines décennies, portant alors la charge à 22 millions.

Le cancer n'est plus l'apanage des pays riches. 60% des nouveaux cancers surviennent en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et latine. Ces régions représentent 70% des décès par cancer, une double peine pour des pays déjà confrontés à la très grande pauvreté et aux maladies transmissibles qui l'accompagnent.

En France, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancer à 355 000 en 2012 (200 000 hommes et 155 000 femmes) et le nombre de décès à 148 000 (85 000 hommes et 63 000 femmes).

Pour les hommes, le cancer du poumon est de loin le plus meurtrier (21 300 décès estimés en 2012), devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Pour les femmes, c'est le cancer du sein, avec 11 900 décès, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal.

Ces chiffres nous informent de l'ampleur. Pour saisir l'urgence, regardons les causes.

Nous les connaissons.

Ce sont les interactions entre les facteurs génétiques et des agents extérieurs : Des cancérogènes physiques - comme le rayonnement ultraviolet et les radiations ionisantes – chimiques - comme l'amiante, les composants de la fumée du tabac, l'aflatoxine (contaminant des denrées alimentaires) ou l'arsenic (polluant de l'eau de boisson) - ou encore, biologiques comme les virus, les bactéries ou les parasites.

Nous savons aussi que le vieillissement est responsable de l'apparition des cancers. L'augmentation spectaculaire de l'incidence avec l'âge nous le démontre. L'accumulation des risques de cancers spécifiques tout au long de la vie, conjuguée au fait que les mécanismes de réparation tendent à perdre de leur efficacité avec l'âge, nous l'explique.

Nous savons aussi que l'on pourrait éviter 40 % des cancers par des modifications de nos modes de vie et dans notre environnement.

Je parle d'actions sur le tabagisme - responsable de plus de 20% de la mortalité par cancer et de 70% des décès par cancer du poumon -; la surcharge pondérale ou l'obésité; la consommation insuffisante de fruits et légumes; le manque d'exercice physique (sédentarité); la consommation d'alcool; les infections à HPV, à HBV; les rayonnements ionisants et non ionisants; la pollution de l'air des villes ou dans les habitations.

De très nombreux cancers sont donc évitables.

Or, nous savons aussi quelles sont les solutions à notre main.

Tout d'abord, la prévention dite primaire.

Il s'agit d'éviter les facteurs de risque que je viens d'évoquer, vacciner contre le virus du papillome humain (HPV) et celui de l'hépatite B (HBV). Il s'agit aussi de lutter contre les risques professionnels et de réduire l'exposition aux rayonnements.

C'est aussi développer une prévention secondaire, adaptée, spécifique. Le dépistage.

Il s'agit de favoriser le diagnostic précoce, par le repérage des premiers signes et symptômes. Il s'agit aussi de mettre en place une politique de repérage des personnes présentant des anomalies évocatrices d'un cancer ou d'un stade précancéreux, afin de les orienter le plus rapidement possible vers le diagnostic puis, le traitement. Ces programmes organisés de dépistage sont efficaces pour les cancers fréquents, disposant d'un test économique, au coût abordable, acceptable et accessible pour la majorité de la population exposée. Pour certains types de cancers - comme le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, colo-rectal ou de la cavité buccale - les taux de guérison sont plus élevés et les séquelles moins importantes s'ils sont décelés et traités précocement.

Tout ça, on le sait.

C'est pour tout ce que l'on ne sait pas que la Recherche est précieuse.

C'est précisément pour permettre de découvrir ou d'approfondir tout ce qu'on ne sait pas que le plan cancer III - 2014/2019 - a fait de la Recherche et de la Prévention une priorité.

Et c'est une priorité qui prend racine dans une double difficulté : trouver les moyens d'améliorer et de protéger la santé, tout en réduisant les inégalités.

Et je m'arrêterai quelques minutes sur ce sujet tant la France n'est pas exemplaire. Et tant, par conséquent, il colore nos enjeux en termes de politiques publiques. Mais aussi, nos enjeux en termes de recherche.

Rappelons que les inégalités sociales de santé sont multifactorielles, expliquées par deux phénomènes.

La « sélection par la santé » en premier lieu. C'est le fait que les comportements à risque et une mauvaise santé peuvent avoir un effet négatif sur la trajectoire sociale des personnes.

S'ajoute à cela le deuxième phénomène, la « causalité sociale ». C'est le fait que les conditions de vie et de travail défavorables peuvent induire ou aggraver des comportements défavorables à la santé et plus largement la santé. Ainsi, on observe que l'augmentation du risque de mauvaise santé et de comportements à risques est dépendante des caractéristiques de l'environnement social, influencées en partie par la situation sociale et économique. Ces caractéristiques sont l'isolement relationnel et le défaut de soutien social, les contraintes organisationnelles au travail ou les expériences de vie négatives.

S'ajoute à cela que ces inégalités se transmettent, de génération en génération... entraînant, à leur tour, des conséquences professionnelles, scolaires, économiques, génératrices de nouvelles inégalités sur les générations qui suivent.

Si la « sélection par la santé » joue probablement un rôle important dans les inégalités sociales en matière de consommation d'alcool, la « causalité sociale » semble être l'explication principale des inégalités sociales en matière de tabagisme, de surpoids, et de sédentarité. Le tout constituant un cercle vicieux. Ainsi, des recherches examinent, par exemple, le lien entre les événements pendant le développement fœtal, la petite enfance et la survenue des cancers à l'âge adulte (cohorte britannique 1958).

La question des inégalités nous oblige donc à envisager les leviers préventifs non plus seulement en ciblant les comportements préventifs, mais en agissant, très en amont, sur l'ensemble des déterminants impliqués dans ces phénomènes qu'ils soient dans ou en dehors du système de santé. Ce sont, les conditions matérielles de vie comme le revenu, le logement, l'accès aux loisirs ; la politique périnatale et de soutien à la parentalité ; la qualité de l'environnement physique ; et, enfin, les déterminants psycho-sociaux influençant la susceptibilité aux maladies et la capacité à les combattre. Et ces derniers dépendent justement du soutien social reçu, de la place dans la hiérarchie et des événements survenus depuis l'enfance évoqués précédemment.

La recherche interventionnelle – la science des solutions

Le problème posé à la recherche en prévention est donc complexe.

Il nous oblige à une recherche d'excellence, s'appuyant sur les meilleures avancées dans de nombreux domaines.

Il nous oblige aussi à une recherche intégrée aux leviers de l'action publique pour être véritablement utile.

La réponse tient donc à une recherche multiple, croisant les disciplines et orientée vers l'action.

Selon la définition du Projet européen SPHERE, la recherche en santé publique se définit comme une recherche qui vise à comprendre l'influence des déterminants génétiques, environnementaux ou sociaux sur la santé des populations et à identifier des interventions efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé.

Plus précisément, elle se définit comme portant sur l'état de santé et ses déterminants, les interventions innovantes, notamment en promotion de la santé, en prévention ou dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie, les innovations en matière d'organisation des services de

santé, des services sociaux et médico-sociaux, les politiques publiques de santé ou encore, des aspects théoriques ou méthodologiques.

C'est une recherche qui se développe donc en trois dimensions.

Une dimension d'abord fondamentale - aussi bien dans le domaine de la biologie que des sciences humaines et sociales - qui vise à mieux comprendre les mécanismes déterminants de la santé et leurs médiateurs, incluant la biologie (comme pour les addictions), la personne et l'environnement, ainsi que l'analyse des interactions entre ces différents niveaux. C'est, selon la chercheuse Louise Potvin, la « science des problèmes ».

La deuxième dimension est métrologique ou expologique. Elle vise la mesure des comportements - comme le comportement alimentaire, l'activité physique ou la sédentarité -, la mesure des environnements ou espaces de vie dans lesquels les comportements s'inscrivent - avec l'apport de la géographie, de l'urbanisme, de la sociologie - ou encore, l'étude des relations entre ces environnements et les changements de comportement.

Enfin la troisième est interventionnelle. Et c'est dans celle-ci que s'inscrit la Chaire.

La recherche interventionnelle vise à produire des connaissances sur les interventions qu'elles soient actions, programmes ou politiques. Ses objets de recherche portent alors sur les effets des interventions, les processus, la compréhension des mécanismes contribuant aux résultats, notamment ceux liés à l'intervention et à son contexte, ses modalités d'implantation – c'est la recherche en implémentation -, mais c'est aussi l'étude de la dimension médico-économique de ces interventions, jusqu'à l'étude de leur dissémination, à travers l'analyse des facteurs liés à leur adoption par les praticiens et décideurs et des modalités favorisant ce transfert.

La recherche interventionnelle, c'est alors, toujours selon Louise Potvin, la « science des solutions ».

La recherche interventionnelle représente donc un défi à la fois conceptuel et méthodologique, tant les interventions sont complexes, multi-composantes, en interaction avec leur contexte.

Plus encore, parce qu'elle se conçoit dans une perspective d'action et d'aide à la décision, elle se veut utile. Le chercheur n'est alors plus simplement observateur neutre et distant de son objet d'étude mais acteur du système de santé, de transfert et d'influence.

Il s'agit pour lui de comprendre ce qui fonctionne, comment ça fonctionne, à quelles conditions, avec quelle utilisation possible. Et cette utilisation doit être pérenne, efficiente, acceptable et soutenable dans le temps et dans le contexte décisionnel. Ce type de recherche nécessite de développer des modèles et outils d'évaluation plus adaptés que ceux dérivés de la recherche clinique pour produire cette connaissance plus transposable, plus appropriable par les praticiens et les décideurs. Dans ce cadre d'ailleurs, la collaboration entre chercheurs et praticiens devient un principe clef de la démarche de recherche.

Nous avons donc d'un côté la nécessité d'une recherche d'excellence en prévention, soutenue par des enjeux de santé qui répondent à une situation épidémique mondiale et nationale, complexe et multi-leviers.

De l'autre côté, nous avons un paradigme de recherche nouveau en France, s'inscrivant dans des réformes de pensées à la fois conceptuelle et méthodologique.

Les défis de la recherche en prévention des cancers

Cette recherche en prévention des cancers devient donc une recherche faite de défis. J'en distinguerai trois. Celui de la démonstration. Celui des méthodes. Celui de l'utilité.

1 - Le 1^{er} est celui de la démonstration.

Je ne vous apprends rien....La prévention est insuffisamment reconnue dans les politiques publiques. Des doutes persistent sur son efficacité.

Pourtant des données existent....Je vous laisse apprécier sur l'écran quelques illustrations, morceaux choisis de la littérature, sur l'hypertension artérielle, sur l'alcool, le tabac... qui démontrent pleinement l'efficacité, l'efficience, voire, la rentabilité de la prévention.

Mais il est vrai qu'elles sont peu nombreuses, peu contextualisées, pas toujours étayées d'arguments économiques pourtant majeurs dans les processus décisionnels publics, et n'explorent pas toujours la très grande diversité des interventions qui existent en réalité dans la pratique.

Renforcer cette démonstration, c'est l'objet de ce 1^{er} défi.

Il comprend 4 enjeux :

a – Le premier est d'expérimenter et de documenter de nouvelles stratégies

Nous devons proposer et expérimenter de nouveaux ressorts, auprès de différents publics, dans différentes situations, intégrés dans différents contextes. Prenons l'exemple du tabac, rien que l'étude des effets de la CCLAT (Convention Cadre de Lutte AntiTabac) est un programme scientifique interventionnel en soi. L'étude des effets de son application en France représente un enjeu majeur d'appui à l'action publique, alors même que les mesures peinent à passer dans la loi de modernisation du système de santé. Il peut s'agir de tester l'impact des mesures anti-marketing, de l'effet des avertissements sanitaires, de la mise en œuvre du paquet neutre – qui vient de passer les fourches caudines de notre parlement -, de la vente « sous le comptoir », des campagnes viraleset d'autres sujets encore. Sur chaque déterminant du cancer, de multiples leviers réglementaires, informationnels, environnementaux, sont possibles et propices aux études d'efficacité en contexte français.

b – Le deuxième enjeu est de réinterroger l'efficacité de stratégies déjà étudiées avec de nouvelles méthodes

La littérature fait état de nombreuses études d'efficacité des interventions en prévention. Des résultats souvent contredits- il est difficile d'obtenir des consensus -, et souvent très peu expliqués. A-t-on exploré pourquoi ces actions étaient efficaces ou ne l'étaient pas ? Prenons l'exemple de l'alcool et des travaux conduits par Babor et ses collègues en 2010. Ces auteurs ont effectué une comparaison internationale des politiques de prévention en matière d'alcool et les ont répertoriées et caractérisées selon leur efficacité, par comparaison de la force la preuve. Ils ont souligné l'absence de succès de stratégies axées sur l'éducation et la persuasion ...

Doit-on conclure que l'éducation pour la santé ne fonctionne pas ? Ou peut-être, peut-on expliquer la non efficacité de ces interventions à travers la complexité de leurs mécanismes, laquelle induit celle de leur mise en œuvre et donc de leurs effets ? Une étude réalisée en France sur les stratégies de prévention éducatives nutritionnelles en établissement scolaire a montré l'inefficacité de l'éducation par rapport aux stratégies environnementales et de dépistage...jusqu'à ce qu'on démontre, par une méthode qualitative, qu'elle était liée à une mauvaise délivrance des séances éducatives de la part des intervenants.

c – Le troisième enjeu est celui des stratégies transfuges d'autres secteurs

Inspirées d'autres domaines, de nouvelles stratégies imprègnent le secteur de la prévention, sans toujours être évaluées avec rigueur. Emergent notamment celles qui visent non plus à modifier les valeurs ou les connaissances, mais les trajectoires de comportements. C'est par exemple la communication engageante qui associe communication persuasive et engagement comportemental. Ce sont les thérapies brèves. Ou encore, les stratégies modifiant l'architecture des choix, comme le nudge ou les méthodes incitatives. Il y a également toutes les stratégies relevant de l'économie des interactions sociales s'appuyant sur l'effet de pair et le leadership. Il y a aussi toutes les stratégies manipulant l'émotion ou utilisant l'effet de menace. Les campagnes de prévention agissant sur le registre de la peur en sont un exemple. Au-delà des polémiques, elles mériteraient d'être vraiment étudiées dans le contexte culturel français. Tant les conditions d'efficacité que les effets collatéraux de ces stratégies dans le domaine de la santé restent à explorer.

d– Enfin le 4^{ème} enjeu est celui de l'écologie d'intervention. Dépassez le cadre comportementaliste de la prévention pour explorer le potentiel de la promotion de la santé.

Vous n'ignorez pas l'arbre des déterminants. Vous n'ignorez pas le poids des facteurs environnementaux et sociaux dans l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé ou à risque. Je l'ai évoqué tout à l'heure. Vous n'ignorez pas la tension qu'il y a entre efficacité et équité en santé. Vous n'ignorez pas que chacun d'entre nous ne réagit pas de la même manière car il est unique, constitué de sa génétique, son milieu social, son environnement physique et sa capacité psycho-sociale à se situer dans tout cela. Vous n'ignorez donc pas que le véritable enjeu pour la santé réside dans les déterminants sociaux et l'approche écologique de l'intervention en santé. Le 4^{ème} enjeu est donc de développer une recherche en prévention qui s'intéresse aux environnements, aux conditions sociales dans lesquels s'instaurent les comportements. De montrer comment les stratégies écologiques impactent bien plus la santé que ne le feront jamais les stratégies informatives ou éducatives. Y compris sur le plan médico-économique. Cela induit, en recherche, de renforcer notre capacité à travailler en interdisciplinarité, pour pouvoir aborder les nombreuses difficultés méthodologiques, voire épistémologiques, qui se poseront à nous pour évaluer l'efficacité de ces approches.

2 - Ces questions nous amènent au 2nd défi, celui de la méthode.

Nous l'avons vu précédemment, la recherche interventionnelle en prévention n'est pas sans soulever de véritables gageures.

Premièrement, comment appliquer des standards méthodologiques alors qu'ils ne sont pratiquement jamais applicables en prévention ? Par exemple, comment randomiser si c'est une loi

que l'on évalue ? Comment procéder au double aveugle dans une intervention éducative ou informative ?

Deuxièmement, pourquoi, s'ils sont applicables, utiliser des standards méthodologiques alors qu'ils contraignent l'exploration des conditions d'efficacité et donc la transférabilité ? En d'autres termes, si les conditions contextuelles de l'intervention sont un déterminant ou cofacteur du résultat, comment interpréter ce qui fonctionne réellement dans des conditions expérimentales effaçant le rôle du contexte ? Quel sens a une intervention efficace dans des conditions qui ne sont jamais rencontrées dans la réalité ?

Ce défi concerne donc nos choix méthodologiques, leur intégration avec les conditions réelles dans lesquelles les interventions expérimentées auront à être disséminées.

Les travaux réalisés par le Medical Research Council sur l'évaluation des interventions complexes sont, en ce sens, précieux. Selon eux, la complexité d'une intervention de santé réside dans les composantes de l'intervention et leurs interactions. Comprendre et évaluer cette complexité nécessite une bonne compréhension théorique de la chaîne de causalité, des leviers d'action et une certaine adaptabilité des interventions au contexte. La standardisation est donc difficilement possible. Cela nécessite aussi - parce que les comportements sont complexes et non linéaires - de multiples critères de jugement. De plus, le manque de résultat - nous l'avons souligné tout à l'heure - peut refléter l'échec de la mise en œuvre et non l'inefficacité. Enfin, s'ajoute à cela que la complexité réside dans des interactions qui, si elles ne sont pas étudiées précisément, nuisent à la transférabilité des interventions...et donc à leur utilité pour l'action publique.

Pour toutes ces raisons, on comprend que, dans ce 2ème défi, la recherche devra alors s'étudier elle-même. Interroger ses propres outils, son propre paradigme, en adaptant les méthodes standards - l'essai notamment - ou en les complétant par des méthodes mixtes d'évaluation. L'apport des méthodologies appliquées en sciences humaines est considérable pour la santé publique. Les courants de recherche l'ayant intégré, comme l'évaluation réaliste, étudient les interactions entre intervention, contexte et résultats, et non plus seulement le résultat. Ils sont encore marginaux mais constituent des pistes indéniables. Je vous invite à ce sujet à lire les travaux de Chen, certes subversifs, qui bousculent le modèle campbellien, positionnant les études de pertinence et de faisabilité tout comme les études d'efficacité en conditions réelles bien en amont des essais expérimentaux.

En réalité, ces méthodes alternatives permettent d'ouvrir la boîte noire des interventions. Ne plus seulement comprendre ce qui fonctionne, mais comment et dans quelles conditions ça fonctionne, pour soutenir la dissémination et l'adaptation des interventions. Désenclaver l'évidence. Or, seule l'évaluation des processus - méprisée très longtemps par la recherche - peut répondre à ces questions. Elle s'intéresse à la fidélité et la qualité de la mise en œuvre de l'intervention, aux mécanismes reliant actions et résultats et à la capacité du contexte à influencer le tout.

Pour comprendre cela, encore faut-il avoir clarifié le modèle logique des interventions, la théorie incarnée si je reprends la sémantique de Pawson et Tilley. C'est à dire, la représentation configurationnelle des composantes de l'intervention, la façon dont elles interagissent pour produire le changement, les résultats à court, moyen et à long terme, et les ressources et structures en place pour assurer la mise en œuvre. Et c'est là, qu'en tant que chercheurs en prévention, nous devons

reconsidérer nos manières de faire. Nos modèles logiques sont ceux développés par la sociologie, la psychologie sociale et plus récemment, la socio-écologie. Ils sont nombreux. Les travaux de Rachel Davis et Susan Michie ont permis de clarifier les modèles susceptibles de fonder les interventions en santé publique. 82 existeraient. Mais d'autres travaux, par exemple ceux de Gourlan, montrent que de très nombreux essais interventionnels ne se basent sur aucune théorie d'intervention. Et que parmi ceux qui se basent dessus, certains ne sont pas toujours les plus efficaces ou même évalués du point de vue de leur efficacité. Ces quelques illustrations soulignent à quel point nous devons nous réapproprié, en recherche interventionnelle, ce que la recherche fondamentale nous a enseigné. Sans cela nous ne comprendrons pas ce que nous expérimentons. Nous ne comprendrons pas pourquoi ça marche ou non, ni comment nous pouvons disséminer nos interventions.

Pour répondre à ce deuxième défi, il nous faut donc interroger la validité des outils d'évaluation que nous utilisons, expérimenter des méthodes mixtes d'investigation et d'analyse, caractériser davantage nos modèles et leur transférabilité. Cela a des conséquences sur notre conception même de la recherche. Car elle nécessite de nous appuyer sur les praticiens. Nous ne pouvons seuls définir nos théories d'interventions et les éléments contextuels qui les conditionnent. Cette recherche en prévention des cancers se doit donc d'être collaborative et intégrée aux dispositifs dans lesquels les interventions seront disséminées.

3 - Ce constat nous amène au 3^{ème} défi, celui de l'utilité des résultats produits par la recherche.

Nous avons annoncé, au début de ce propos, les enjeux sanitaires et sociaux liés à la prévention des cancers.

Pour nos gouvernants, c'est une urgence. Une responsabilité. Pour nous, chercheurs en santé publique, c'est une obligation citoyenne que nos objets de recherche puissent contribuer à répondre à ces enjeux. C'est une obligation de montrer ce qui est efficace. Mais aussi, de souligner ce qui est délétère. C'est notre rôle de guider, d'informer, de soutenir les décisions. Mais pour cela, nous devons les comprendre. Comprendre comment elles se prennent et comment les influencer.

C'est le 3^{ème} défi, celui de la compréhension des paramètres décisionnels et de l'expérimentation des stratégies de transfert de connaissances afin que les décisions publiques, les politiques de santé, les actions de terrain soient informées par la science.

Or il existe de nombreux obstacles à l'utilisation des données de la science dans la décision et la pratique. Ils sont bien documentés par les sciences politiques, la sociologie de l'action publique, et depuis plus récemment par le domaine de la santé publique. Comme l'écrivait Gourney en 1963, le choix « est rarement le fait d'un homme ou d'un collège, qui, à un moment déterminé, se prononcerait de manière irrévocable entre plusieurs orientations ; il est le plus souvent constitué par une succession de décisions partielles, plus ou moins cohérentes, auxquelles ont pris part de multiples acteurs. ». La décision dépend donc de divers acteurs et organisations inscrits dans un processus de négociation aboutissant, selon le contexte, à différentes finalités. Ainsi, les décideurs et les praticiens étayent leurs décisions par de multiples paramètres scientifiques ou non, qu'ils considèrent de valence égale.

Si nous ne comprenons pas cela, nous n'influencerons rien.

Parce qu'il y a absence de linéarité entre la production et l'utilisation des connaissances, il nous revient de comprendre comment ces paramètres agissent et trouver les leviers les plus efficaces pour favoriser l'utilisation des données scientifiques, contexte décisionnel par contexte décisionnel. C'est l'objet des travaux de recherche sur le transfert de connaissances (TC). Objet de recherche sous développé en France. Et objet de ce 3^{ème} défi.

Nous devons d'abord nous interroger sur les paramètres qui entrent en jeu dans les choix décisionnels. De leur pertinence. De leur poids dans la décision. Mais aussi, de l'utilité qu'ils peuvent avoir à freiner certaines décisions. En effet, l'utilisation des connaissances est un phénomène dynamique et imprévisible. Certains sujets sont laissés dans l'ombre, confinés à des arènes de spécialistes, n'aboutissant pas, ou très lentement, à des mesures de protection de la population. Je pense aux sujets environnementaux ou de santé au travail. Les cas de l'amiante ou des perturbateurs endocriniens en sont des exemples. D'autres deviennent problèmes de santé publique ou priorités stratégiques alors que la science, seule, ne les légitimerait pas. Ces phénomènes illustrent à quel point de nombreux paramètres, autres que le caractère probant d'une intervention ou d'une donnée, interviennent. Ces paramètres ont trait aux caractéristiques propres des connaissances, comme leur nature, leur qualité, leur compréhensibilité, leur opportunité.....et d'autres encore. Une recommandation, trop complexe, trop nuancée, peu étayée, polémique....a moins de chance d'être utilisée. Ils ont trait aussi aux caractéristiques des acteurs en situation de décision, leurs caractéristiques personnelles, leurs croyances, leurs valeurs, leur perception de l'efficacité de la recommandation, leur appréciation de sa faisabilité ou de son acceptabilité. Ainsi, une recommandation en décalage avec ce qui fonde le système de pensée du décideur, induisant plus d'incertitudes que d'assurance, a moins de chance là encore d'être utilisée. Enfin, le contexte organisationnel des chercheurs, des praticiens et des décideurs joue aussi. Les freins, les incitatifs, le contexte social ou politique, la position dans la hiérarchie, les modèles décisionnels, le leadership, les effets de coalitions sont autant d'influents. Une connaissance qui arrive dans un système qui n'est pas organisé, pas prêt à l'intégrer, se verra là encore moins utilisée.

L'influence de ces paramètres est variable selon les sujets et leur impact sur la société. Ce qui peut être perçu comme valable du point de vue de la santé pour l'un, ne l'est pas pour l'autre. Ce qui peut être valable n'est parfois pas souhaitable, non plus. Pas souhaitable car produisant des effets délétères sur un autre secteur – je pense aux tensions entre écologie et santé, entre économie et santé -, ou pas souhaitable pour d'autres raisons comme l'éthique. Or, en prévention, l'éthique doit accompagner tant la recherche que l'action. En effet, les conséquences humaines et sociales du cancer constituent des justifications d'interventions normatives, parfois intrusives ou répressives sur les comportements. Mais jusqu'où s'autoriser à aller ? Quelle est la légitimité d'interventions coercitives, réduisant la liberté individuelle ? Alors que l'autonomie et la liberté constituent une forme de bien être, si l'on s'affranchit dans cette définition du modèle bio-médical. Quelle est la légitimité des interventions manipulant les émotions, utilisant la menace ou la stigmatisation, menées au nom de la santé collective ? Comment s'organise-t-on à l'échelle de la société pour réguler l'utilisation de leviers manipulateurs au nom de la protection de la population dont les normes sont définies par des cercles restreints ? Ces questions sont d'autant plus importantes en prévention que ces stratégies s'adressent à des personnes non malades et qui ne le seront peut-être jamais. Ces questions sont fondamentales aussi car elles rejoignent des choix sociétaux - existants ou possibles – mais qui, dans tous les cas, doivent être explicites. Or, nous ne nous les posons pas

toujours. Que ce soit dans nos travaux de recherche. Ou lorsque nous laissons utiliser parfois, dans la conception de nos politiques, des stratégies sans en avoir étudié toutes les implications.

Enfin, nous devons étudier comment favoriser justement l'utilisation des meilleures connaissances disponibles – y compris celles que je viens d'évoquer - dans la décision publique et la pratique de terrain. Le transfert de connaissances c'est l'ensemble des processus permettant une utilisation des meilleures connaissances disponibles dans l'exercice de la décision en santé. Le processus n'est pas simple, car il vise la convergence de deux mondes qui se côtoient peu : le monde de la recherche et celui de la pratique. Deux mondes aux ambitions, à la temporalité, aux codes de communication différents. Les rapprocher est la condition sine qua non pour favoriser d'une part, l'utilisation de la science dans la décision publique et la pratique de terrain et d'autre part, l'émergence d'une recherche directement utile, en phase avec les enjeux auxquels la société est confrontée. A la complexité de ces enjeux. Or, si des travaux existent sur l'efficacité des stratégies de transfert de connaissances, la littérature nous montre qu'elle est complètement dépendante de leur contextualisation. En cela, ces stratégies ne sont pas transférables d'une communauté de pratiques à l'autre. Chacune d'elles peut, en elle-même ou conjuguée à d'autres, favoriser une forme d'utilisation des connaissances ou l'inverse. Cela tient au contexte dans lequel elles s'insèrent. Pour les implanter avec justesse, il nous faut alors les analyser, contexte par contexte, afin de proposer les organisations les plus appropriées à l'exercice de l'action publique. Dans les associations, dans les ARS, dans les ministères, dans les maisons pluri-professionnelles de santé, dans les hôpitaux, à l'école...à tous les niveaux où la prévention des cancers s'exerce, quelle que soit la forme de sa mise en œuvre, il s'agit d'identifier la meilleure manière de favoriser l'utilisation des données produites par la recherche. Il s'agit d'expérimenter, de tester, de valider puis d'implémenter différentes démarches de transfert de connaissances, à l'image de ce qui se fait dans d'autres pays.

Il s'agit donc, pour répondre à ce 3^{ème} défi, de soulever et d'aborder avec transparence tout ce qui fera de la recherche interventionnelle une recherche utile, utilisable et utilisée.

Quel rôle pour la Chaire ?

Les réflexions que je partage aujourd'hui avec vous sont celles auxquelles devra répondre la Chaire de Recherche en prévention des cancers.

Certes, nous ne répondrons pas à tout. Mais notre rôle sera de contribuer à la science des solutions. D'abord sur le plan des connaissances mais aussi, sur le plan du renforcement des politiques publiques.

Il s'agira pour nous de contribuer à répondre aux défis énoncés :

- en étant systématiquement en lien avec des chercheurs et des réseaux de chercheurs développant ces questions à l'étranger ;
- en s'appuyant sur notre Comité scientifique, pour contribuer à valoriser l'importance des enjeux scientifiques et sociaux dans le domaine ;
- en s'appuyant sur les réseaux de praticiens et de décideurs afin de développer une recherche intégrée et opérationnelle pour eux ;

- en favorisant l'émergence de projets académiques collectifs et de haut niveau, thématiques, conceptuels et méthodologiques ;
- en valorisant les productions scientifiques par des publications académiques et professionnelles;
- en formant des chercheurs sur ces questions.

Il s'agira aussi de renforcer l'action publique dans le domaine en contribuant à

- améliorer les dialogues entre chercheurs, praticiens, décideurs pour les aider à se comprendre et à travailler ensemble ;
- favoriser la formation initiale et continue dans le domaine ;
- proposer de nouvelles stratégies d'interventions ou éclairer sous différents angles les décisions en matière de prévention des cancers.

Enfin, il s'agira pour nous, de proposer tout notre appui aux dispositifs émergents de transfert de connaissances, qu'ils soient menés par les agences sanitaires comme l'Institut National du Cancer ou l'Agence Nationale de Santé Publique, sous la forme de consortium comme l'initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision (INSPIRe-ID) ou, porté par Aviesan et l'Inserm dans le cadre des dispositifs régionaux de recherche collaborative entre acteurs, décideurs et praticiens.

De plus, parce que, vous l'avez compris, nous travaillons sur un domaine sensible, intime, celui des comportements, parce que nous travaillons sur des populations qui expriment par leurs comportements toute leur liberté, leur diversité, et souvent leur vulnérabilité, nous veillerons dans le programme scientifique de la Chaire à documenter les stratégies de prévention de manière suffisamment fine afin qu'elles puissent soutenir une décision publique qui s'inscrive dans une logique de protection et non de conviction, d'empowerment et non de contrainte, de bienfaisance et d'autonomie.

Pour tout cela, et c'est sur cet aspect que je souhaite conclure, la recherche en prévention des cancers, au-delà de cet état des lieux et compte tenu du thème et des enjeux que je viens d'évoquer, a besoin des analyses, de l'expression des contraintes et des priorités portés par ceux qui utilisent ses travaux. C'est en ce sens, que j'ai fait le choix de poursuivre cette journée en laissant la parole à ces acteurs au cours de la table ronde qui suit. Elle permettra notamment d'exprimer et de rendre compte du regard précieux qu'ils peuvent apporter sur ce sujet.

Je vous remercie de votre attention.