

APPEL A PROJETS 2010

Recherche interventionnelle visant la réduction des inégalités sociales face au cancer

Phase unique : lettre d'intention détaillée



Thème transversal : « prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer »

Actions 1.1 ; 2.1 ; 2.2 ; 3.2 ; 4.2 ; 5.3 ; 14.2

Date limite d'envoi des dossiers : 15 JUIN 2010

SOMMAIRE

I. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS (AAP)	3
II. JUSTIFICATION, CHAMP ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS	3
III. PROCEDURE DE SELECTION DES PROJETS	6
IV. MODALITES DE PARTICIPATION	7
V. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION DES PROJETS	8
VI. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT	9
VII. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS	9
VIII. MODALITES DE SOUMISSION	9
IX. PUBLICATION DES RESULTATS	10
X. CONTACT	10

I. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS (AAP)

Le plan Cancer 2009-2013 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).

Dans le cadre de la mesure 2 du plan, « comprendre par la recherche les inégalités face au cancer », l'Institut National du Cancer (INCa) encourage la mobilisation des chercheurs de toutes disciplines en particulier ceux en Sciences Humaines et Sociales, Epidémiologie et Santé Publique (SHS-E-SP) afin de développer et évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités.

Cet AAP de recherche interventionnelle¹ vient compléter l'AAP en SHS-E-SP publié en septembre 2009 qui incluait la recherche sur les déterminants des inégalités. Il pourrait être supporté par le septième programme-cadre de recherche et de développement technologique de l'Union Européenne (7^e PC)². Dans ce cas, l'INCa accompagnera dans leurs démarches les équipes de recherche dont le projet sélectionné aurait le potentiel à participer au programme spécifique « Coopération » du 7^e PC, ligne d'action « Développer des méthodologies pour réduire les inégalités de santé ».

Parallèlement à cet appel destiné aux chercheurs, l'INCa lance deux appels à projets:

- pour soutenir des actions ciblées sur l'aide aux malades atteints de cancer qui sont face à des situations de fragilité sociale, familiale, économique ou de précarité, que ce soit pendant et/ou après leur maladie, en direction des associations.
- pour soutenir des actions menées pour améliorer le dépistage, la détection précoce et la prévention des cancers.

II. JUSTIFICATION, CHAMP ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS

Dans tous les pays quel que soit le revenu national, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne.³ Ces différences systématiques d'état de santé socialement construites, sont injustes mais modifiables pour la plupart d'entre elles.

En France, malgré un système de santé performant et un système d'assurance maladie universelle, l'accès à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge sont également liés au statut socio-économique.⁴

Des travaux concernant différentes localisations de cancer ont montré, dans les catégories socialement les plus vulnérables, une incidence plus importante, un diagnostic plus tardif, des traitements souvent de moins bonne qualité et moins bien suivis, avec fréquemment une combinaison de tous ces éléments.⁵

¹ Cf. définition page 5 d'après : Institut de la santé publique et des populations. Rapport de l'atelier sur l'initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC), <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33515.html>

² Septième Programme-Cadre de recherche et développement technologique (7^e PC), Union Européenne. http://ec.europa.eu/research/fp7/pdf/fp7-brochure_fr.pdf

³ Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008.

⁴ Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport du Haut Conseil de la Santé publique, Décembre 2009.

⁵ Inégalités face au cancer: un diagnostic nécessaire. Jean-Paul Moatti, Chantal Casès et Lucile Olier. Extrait de "La Vie deux ans après le diagnostic de cancer" coordonné par Anne-Gaëlle Le Corrolier-Soriano, Laëtitia Malavolti, Catherine Mermilliod. Etudes et Statistiques. La Documentation Française. Paris, 2008.

Le constat que les différences de santé persistent après prise en compte des facteurs de risque individuels classiques, à fait évoquer les « causes sociales fondamentales » de ces inégalités.⁶

Les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples :

- les facteurs socio-économiques : accès à l'éducation, revenu, conditions de vie dans l'enfance, accès à l'emploi, conditions de travail, conditions de vie et environnement, intégration sociale ;
- les comportements « individuels » ou causes proximales des inégalités de santé, qui s'inscrivent dans un contexte micro- et macro-social (« causes fondamentales ») favorisant ou non;
- le système de soins : accès primaire, accès secondaire, coordination du parcours de soins et continuité des soins entre institutions hospitalières et médecine ambulatoire, prévention.

Ces déterminants s'accumulent, s'enchaînent et interagissent au cours de la vie.⁷ Les inégalités sociales et territoriales de santé sont également étroitement liées.⁸ Un travail de caractérisation socio-économique et culturel des territoires, à une échelle géographique suffisamment fine, est primordial afin de mieux identifier et comprendre les inégalités sociales de santé, dans la mesure où une grande partie des interventions sur l'environnement ou la santé se déroulent à ces niveaux.⁹

La lutte contre les inégalités sociales de santé représente un défi pour la santé publique. Très peu de connaissances sont disponibles dans la littérature, particulièrement en France, concernant les stratégies d'intervention les plus adaptées à la réduction des inégalités sociales de santé, a fortiori face au cancer.

La Commission des Déterminants sociaux de la santé, OMS¹⁰ encourage les organismes de financement des travaux de recherche à consacrer un budget particulier à la production et à l'échange au niveau mondial de données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, y compris la recherche sur les interventions en équité en santé. La lutte contre les inégalités de santé est l'une des priorités de la stratégie de l'Union Européenne (UE) en matière de santé pour la période 2008-2013,¹¹ qui prévoit d'accorder une place importante à la recherche et à la diffusion de pratiques exemplaires utiles aux agences de l'UE dans le contexte de la lutte contre les inégalités de santé.¹² Le Haut Conseil de la Santé Publique⁹ recommande de favoriser la recherche, notamment interdisciplinaire utilisant conjointement des données qualitatives et quantitatives, sur les méthodes d'évaluation des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Les interventions de santé publique, sous forme de pratiques, de programmes, d'approches de distribution des ressources en santé publique, visent à modifier la distribution des risques associés à des populations ou à des communautés entières en mettant l'accent sur les facteurs communautaires et sociétaux (individuels, sociaux, culturels, économiques et environnementaux,

⁶ Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Epidemiology and social determinants of health inequalities. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2003; 51: 381-401.

⁷ Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inequalities in health: from the epidemiologic model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2009; 57: 429-35.

⁸ Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: INPES, coll. Varia, 2008: 208p.

⁹ Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport du Haut Conseil de la Santé publique, Décembre 2009.

¹⁰ Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008.

¹¹ Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Solidarity in Health Reducing Health Inequalities in the EU. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

¹² European Directory of Good Practices to reduce health inequalities. <http://www.health-inequalities.eu/?uid=ffa8d14be92e0a8d6198c61dcaf053b6&id=main2>

ainsi que leur interaction) qui expliquent la répartition différentielle du risque au sein d'une société.¹³

La recherche interventionnelle en santé publique peut être comprise comme l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions stratégiques et programmatiques, qui sont pratiquées au sein ou hors du secteur de la santé et qui ont la capacité d'influer sur la santé à l'échelle des populations.¹⁴

Dans ce contexte l'INCa souhaite soutenir des projets de recherche interventionnelle sur des pratiques, programmes, ou approches de distribution des ressources en santé publique :

- en prévention primaire, secondaire ou tertiaire,¹⁵
- encourageant le partenariat entre équipes de chercheurs de disciplines multiples (épidémiologie, biostatistiques, sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, économie, géographie, éthique, droit, etc.), biologie) et acteurs de terrain (personnel médical, paramédical, social, réseaux de soins, associations, etc.), créant ainsi des possibilités d'échange et d'approches complémentaires,
- se situant plus à l'échelle du programme que de l'action elle-même ou de la politique de santé publique,
- ayant le potentiel de réduire l'inéquité face au cancer (interventions en direction des populations vulnérables et/ou interventions dirigées sur l'environnement structurel et social des individus).

Finalité et objectifs spécifiques de l'appel à projets:

Elaborer et mettre en place des interventions ayant pour but l'amélioration des stratégies de prévention primaire, de la participation au dépistage, de l'accès primaire et secondaire au système de soins (ex : accompagnement des patients afin de gérer efficacement leur parcours de soins) et évaluer l'impact de ces interventions sur la réduction des inégalités sociales face au cancer d'un point de vue médical et économique. Et plus spécifiquement :

- Soutenir et accélérer l'application de la recherche sur les interventions, leurs systèmes de mise en œuvre et leurs évaluations, sous formes de pratiques, de programmes et de politiques visant à réduire les inégalités sociales face au cancer.
- Examiner comment les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé publique peuvent accentuer ou atténuer les effets de ces interventions sur les inégalités sociales face au cancer (soutenir la recherche contribuant à la compréhension des processus d'expansion des interventions, stimuler la recherche sur les possibilités de mise en œuvre intersectorielle des interventions).
- Promouvoir l'élaboration de théories et de méthodes pour le développement, l'analyse et l'évaluation des interventions en santé publique et des systèmes de leur mise en œuvre. Par exemple :
 - o Conceptualisation de nouvelles interventions,

¹³ Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Canadian journal of public health. 2009; 100: 18-14.

¹⁴ Institut de la santé publique et des populations. Rapport de l'atelier sur l'initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC), <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33515.html>

¹⁵ La prévention primaire vise à réduire le risque de survenue de la maladie, la prévention secondaire vise à réduire la durée d'évolution de la maladie (dépistage), et la prévention tertiaire tente de diminuer les conséquences de la maladie et des soins (amélioration de la qualité de vie pour les survivants du cancer).

- Méthodes d'évaluation des interventions complexes : approches expérimentales ou quasi-expérimentales, modèles multi-niveaux, complémentarité des méthodes quantitatives et qualitatives, modèles conceptuels de changements au niveau communautaire, théories intégratives expliquant comment l'expansion d'une intervention se déroule à la fois verticalement (entre les niveaux du système) et horizontalement (entre les secteurs), etc.,
 - Méthodes d'analyse spatiale : Systèmes d' Information Géographiques relatifs à la distribution spatiale et l'accessibilité des centres de santé, aux variations dans l'espace et le temps des caractéristiques de la population et de son milieu, visant à définir les bases de la référence spatiale, à analyser différents scénarii décisionnels en fonction des informations obtenues, etc.,
 - Stratégies d'intervention favorisant la communication sociale, l'évaluation et la prise en compte de l'acceptabilité de l'intervention par les populations cibles.
- Favoriser l'élaboration et le développement de cadres d'éthique pour les interventions en santé publique.
 - Evaluer l'efficacité (rapport coût/efficacité ou coût/utilité) de ces interventions.

III. PROCEDURE DE SELECTION DES PROJETS

Cet Appel à Projets de recherche interventionnelle sera renouvelé tous les ans pendant au moins la durée du plan Cancer, jusqu'en 2013. Sa vocation est d'encourager le développement de travaux multidisciplinaires mobilisant de manière stable les chercheurs sur cette thématique.

L'INCa veut favoriser l'émergence d'équipes souhaitant développer des projets de recherche interventionnelle et les aider à construire les projets qui auront été sélectionnés. La sélection de la première vague de projets sera faite sur lettre d'intention détaillée.

Sélection des projets en deux étapes :

1. Présélection des projets à partir d'une lettre d'intention détaillée :
 - Les porteurs de projets doivent envoyer le document en utilisant le formulaire spécifique (cf. lettre d'intention) et le renvoyer directement à l'INCa, par courrier électronique uniquement, avec copie au Cancéropôle de référence¹⁶.
 - Un comité scientifique pluridisciplinaire d'experts nationaux et internationaux examinera les lettres d'intention détaillées afin d'évaluer l'originalité, la qualité scientifique, et la pertinence des projets proposés par rapport aux objectifs de recherche de cet appel.
 - Les équipes présélectionnées en juin 2010 seront invitées à présenter oralement leur projet-lettre d'intention au comité scientifique à l'occasion d'un séminaire organisé en septembre 2010. La vocation de ce séminaire est de permettre aux porteurs de projets de bénéficier de l'appui méthodologique et de la critique du comité scientifique pluridisciplinaire afin de mieux construire leur projet, mais également d'être un lieu d'échange entre chercheurs de disciplines multiples éclairant les visions

¹⁶ Les Cancéropôles ont pour vocation de coordonner les efforts en matière de recherche, depuis la recherche en amont jusqu'à l'innovation, ils doivent être informés des projets déposés dans le cadre de leur domaine d'action (voir adresse infra).

de chacun. Le comité scientifique pluridisciplinaire accompagnera jusqu'à la fin 2010 les équipes présélectionnées afin de les aider à finaliser leur projet.

2. Validation du projet finalisé. Seuls les coordonnateurs présélectionnés lors de la 1^{ère} étape seront invités à soumettre leur projet finalisé à l'INCa. La version définitive des projets sera validée début 2011 par le comité scientifique pluridisciplinaire qui statuera sur l'opportunité du financement et le montant accordé.

IV. MODALITES DE PARTICIPATION

4.1 Durée des projets finalisés

Les projets finalisés ont une durée de 24, 36 ou 48 mois. Cette durée devra être adaptée au plan de travail et au calendrier proposé (cf. point 5.1.2).

4.2 Equipes éligibles

- Il est souhaitable que les projets - lettres d'intention associent au moins deux équipes de spécialité différente.

Origine des équipes :

- Les équipes appartiennent aux organismes suivants :
 - Organismes publics de recherche (université, EPST, EPIC, ...),
 - Organisations à but non lucratif (associations, fondations, ...),
 - Etablissements de santé.
- La participation d'équipes étrangères est possible dans la mesure où celles-ci assurent leur propre financement dans le projet.

Coordonnateur :

- Pour chaque projet - lettre d'intention soumis, les équipes participantes désigneront un coordonnateur scientifique et un organisme gestionnaire, destinataire des financements. En plus de son rôle scientifique et technique, le coordonnateur est responsable de la mise en place des modalités de la collaboration entre les équipes participant au projet, de la production des documents requis (rapports et bilans scientifiques), de la tenue des réunions, de l'avancement et de la communication des résultats.

Organisme gestionnaire :

- L'organisme gestionnaire est contractuellement responsable devant l'INCa de l'avancement du projet finalisé, de la transmission de l'ensemble des rapports scientifiques et financiers prévus dans la convention, et du reversement des fonds aux équipes participantes.
- Dans la mesure où le projet finalisé implique plusieurs équipes appartenant à des organismes différents, et chaque équipe bénéficiant d'une partie des fonds attribués, l'organisme gestionnaire, signataire de la convention doit être doté d'un comptable public.
- En terme de participation effective des équipes, au moins un acteur dans chaque équipe consacrera la majorité de son activité au projet finalisé. Le coordonnateur du projet finalisé doit être impliqué au moins à 30% de son temps dans le projet.

V. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION DES PROJETS

Après vérification des critères d'éligibilité, les projets - lettres d'intention sont soumis à la procédure d'évaluation telle que décrite au Chapitre III.

Les membres du comité scientifique pluridisciplinaire ne peuvent être porteurs de projets.

5.1 Critères d'éligibilité du projet (lettre d'intention détaillée)

Pour être éligible, le projet - lettre d'intention doit satisfaire aux conditions suivantes:

1. La lettre d'intention détaillée, rédigée en français et en anglais, dûment complétée, y compris le Curriculum Vitae du coordonnateur, doit respecter les modalités de soumission figurant au § 7 et 8 ;
2. Un calendrier prévisionnel des étapes-clés devra être présenté.

5.2 Critères d'évaluation du projet (lettre d'intention détaillée)

Intérêt et qualité scientifique du projet:

- Pertinence et originalité du projet de recherche interventionnelle, impact potentiel scientifique, organisationnel, économique, dans la prise en charge des patients visant la réduction des inégalités sociales face au cancer ;
- Clarté des objectifs ;
- Positionnement du projet dans le contexte national et international.

Coordonnateur et équipes participantes :

- Potentiel des équipes à construire et développer un réseau de recherche interventionnelle multi- et interdisciplinaire (chercheurs et acteurs de terrain) ;
- Complémentarité et/ou pluridisciplinarité des différentes équipes associées au projet ;
- Niveau d'excellence du coordonnateur dans sa discipline. Pour les jeunes coordonnateurs le niveau d'expérience et de formation sera pris en compte ;
- Niveau d'excellence des responsables et des équipes participants au projet.

Méthodologie et faisabilité

- Pertinence méthodologique (méthode expérimentale, quasi-expérimentale, autre) ;
- Environnement du projet (ressources humaines, structure d'accueil, base de données descriptives, données cliniques respectant les règles éthiques en vigueur,...) ;
- Crédibilité du calendrier prévisionnel du projet ;
- Crédibilité du budget prévisionnel du projet.

Innovation et développement

- Caractère innovant (stratégie, concept, technologie, etc.) ;
- Structuration de réseaux ;
- Potentiel des résultats de la recherche à être extrapolés à d'autres populations partageant les mêmes caractéristiques socio-économiques.

Aspects réglementaires et éthiques

- Promoteur de l'étude, consultation d'un Comité de Protection des Personnes (CPP), avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), etc.

VI. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT

6.1 Aide aux projets - lettres d'intention présélectionnés

L'INCa ne prévoit pas de financer les projets - lettres d'intention en cours d'élaboration. Dans certains cas, l'INCa pourra apporter une aide à la coordination (organisation de réunions, déplacements,...).

6.2 Financement des projets finalisés

Le financement est attribué pour la durée du projet finalisé (24, 36 ou 48 mois).

Le budget définitif du projet pourra financer :

- de l'équipement,¹⁷
- du fonctionnement,
- du personnel,¹⁸

Les postes budgétaires sont fongibles pendant l'exécution du projet finalisé.

Les frais de gestion s'élèvent au maximum à 4% du montant du financement alloué par l'INCa. Les dépenses doivent être payées pendant la durée contractuelle du projet finalisé. Toute dépense effectuée au-delà des dates contractuelles sera rejetée.

Le financement attribué à chaque projet finalisé sera apporté sous forme d'une subvention dans le cadre d'une convention entre l'INCa et l'organisme gestionnaire désigné.

VII. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS

Date de lancement de l'AAP : **23 avril 2010**

Etape 1 : Lettre d'intention détaillée

Date limite d'envoi à l'INCa sous format électronique : **15 juin 2010**

Date prévisionnelle de réunion du Comité scientifique pluridisciplinaire : **fin juin 2010**

Date prévisionnelle d'envoi des résultats aux coordonateurs : **juillet 2010**

Séminaire de présentation des projets présélectionnés en septembre 2010.

Etape 2 : Validation des projets finalisés

Date prévisionnelle de réunion du Comité scientifique pluridisciplinaire : **février 2011**

VIII. MODALITES DE SOUMISSION

La lettre d'intention, rédigée en français et en anglais, formulaire disponible sur le site de l'INCa, est à envoyer par courrier électronique directement à l'INCa ainsi qu'au Cancéropôle de référence.

¹⁷ Est considéré comme entrant dans la rubrique équipement tout matériel dépassant 500 Euros.

¹⁸ Pouvant être du personnel permanent, à l'exclusion des fonctionnaires d'état, hospitaliers ou territoriaux : le temps affecté au projet doit pouvoir être justifié.

Le nom du document envoyé par courriel, au format Word exclusivement, doit impérativement se présenter sous la forme suivante :

Nom de l'appel_initiale du Cancéropôle de référence en capitale_nom du coordonnateur.doc

Exemple : RI_ISS_GO_nom du coordonnateur.doc

Et envoyer à :
RI_ISS2010@institutcancer.fr

www.canceropole-gso.org

www.canceropole-grandouest.com

www.canceropole-clara.com

www.canceropole-paca.com

www.canceropole-idf.fr

www.canceropole-nordouest.org

www.canceropole-ge.org

Attention pas de format PDF

IX. PUBLICATION DES RESULTATS

Présélection des lettres d'intention :

Tous les coordonnateurs seront informés par l'INCa de la présélection ou non de leur projet-lettre d'intention. Une copie sera adressée au Cancéropôle de référence.

Validation des projets finalisés :

Les résultats seront publiés sur le site Internet de l'INCa.

Ils seront communiqués par écrit au coordonnateur du projet et une copie sera adressée aux Cancéropôles ainsi qu'aux représentants légaux des établissements gestionnaires des fonds.

X. CONTACT

Pour toute information de nature scientifique ou administrative contacter :

Nathalie LEONE

Projets en Epidémiologie, Santé Publique
nleone@institutcancer.fr

Norbert AMSELLEM

Projets en Sciences Humaines et Sociales
namsellem@institutcancer.fr