

Appel à projets 2013

Recherche interventionnelle en santé de populations visant :

- la réduction des inégalités sociales
- les modifications des comportements



Actions 2.1 ; 2.2 ; 3.2 ; 14.2

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 »

Attention sélection des projets en deux étapes :

- 1 *Lettre d'intention : -date limite : 22 novembre 2012*
- 2 *Dossier présélectionné : -date limite : 25 mars 2013*

Soumission en ligne: <http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/ri13>

SOMMAIRE

1	Contexte et objectifs de l'appel à projets.....	3
1.1	Contexte.....	3
1.2	Objectifs :.....	3
2	Champs de l'appel.....	4
2.1	Réduction des inégalités sociales de santé.....	4
2.2	Modification des comportements.....	6
3	Procédure de présélection et de sélection des projets	8
3.1	Procédure de présélection et de sélection	8
3.2	Processus d'évaluation.....	8
4	Modalités de participation	9
4.1	Durée des projets finalisés	9
4.2	Equipes éligibles.....	9
4.3	Coordonnateur :.....	10
4.4	Organisme bénéficiaire de la subvention :	10
5	Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets	10
5.1	Critères d'éligibilité des projets	10
5.2	Critères d'évaluation	11
5.2.1	Lettres d'intention :.....	11
5.2.2	Projet finalisé	11
6	Dispositions générales.....	13
6.1	Financement.....	13
6.2	Publication et communication	13
6.3	Potentiel de valorisation des projets.....	13
7	Calendrier de l'appel à Projets.....	14
8	Modalités de soumission.....	15
8.1	Lettre d'intention.....	15
8.2	Dossier de candidature présélectionné	15
9	Publications des résultats	16
10	Contact.....	16

1 Contexte et objectifs de l'appel à projets

1.1 Contexte

Les interventions de santé publique, sous forme de pratiques, de programmes, de distribution des ressources en santé publique, visent à modifier la répartition des risques associés à des populations ciblées ou à des communautés entières en mettant l'accent sur les facteurs communautaires et sociétaux (individuels, sociaux, culturels, économiques et environnementaux) qui expliquent la répartition différentielle du risque au sein d'une société.¹

La recherche interventionnelle (RI) en santé publique peut être comprise comme l'utilisation des méthodes de la recherche scientifique appliquées à l'expérimentation restreinte dans une population identifiée et qui peut se traduire secondairement par une implémentation visant l'amélioration de la santé à l'échelle des populations.² C'est un processus de recherche consistant à concevoir des hypothèses d'intervention, à les appliquer, à les évaluer puis à les modifier au regard des résultats.

L'INCa veut favoriser l'émergence d'équipes souhaitant développer des projets de RI et les aider à construire les projets.

L'objectif global de l'appel à projets est de :

- favoriser l'émergence de projets de recherche interventionnelle originaux et d'excellence scientifique appliquées aux cancers ;
- encourager le partenariat entre équipes de chercheurs de disciplines multiples (épidémiologie, biostatistiques, sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, économie, géographie, éthique, droit, biologie, etc.) et acteurs de terrain (personnel médical, paramédical, social, réseaux de soins, associations, etc.), créant ainsi des possibilités d'échange et d'approches complémentaires.

1.2 Objectifs :

Les objectifs spécifiques de cet appel à projets sont :

- mobiliser la communauté des chercheurs qui explorent ces méthodes de recherche pour développer une recherche pluridisciplinaire intégrant la biologie (génétique,

¹ Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Canadian journal of public health. 2009; 100: I8-14.

² D'après la définition de l'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>

- immunologie, carcinogénèse, etc.), l'environnement, l'épidémiologie, la santé publique et les dimensions économiques, sociales, culturelles et psychologiques ;
- mettre en œuvre des interventions pour évaluer sur le terrain des actions de santé publique;
 - analyser, par la recherche, l'impact de ces politiques ou les obstacles rencontrés ;
 - promouvoir des recherches interventionnelles testant des modifications de l'environnement, des comportements individuels (alimentaire, apports médicamenteux, vaccinations, activités sportives) et collectifs (organisation du travail) ;
 - étendre en population les mesures ayant un impact avéré.

2 Champs de l'appel

Cet appel à projets vise deux domaines de la recherche interventionnelle en santé :

- réduction des inégalités sociales de santé,
- modification des comportements des populations.

Il convient de bien prendre en compte les aspects éthiques qu'engendre ce type d'interventions, notamment pour bien en mesurer l'acceptabilité en « vraie » grandeur.

2.1 Réduction des inégalités sociales de santé

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.

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.

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

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

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 et s'enchaînent 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

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.

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.

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

2.2 Modification des comportements

Lors de sa réunion d'octobre 2011, le Comité Scientifique International de l'INCa a formulé le souhait que l'INCa se dote d'une stratégie de programmation de la recherche en prévention des cancers axée sur les changements des comportements liés à la santé. Les thèmes évoqués ci-après reprennent les principales recommandations du rapport, relatives à la recherche interventionnelle.

A- TABAC –modifier les comportements tabagiques

En France, la consommation tabagique progresse, en particulier parmi la population jeune, malgré les efforts qui sont mis en place pour lutter contre cette consommation. La France reste peu présente dans les travaux académiques développés sur ces thèmes. Le développement de recherches sur ces sujets permettrait certainement d'améliorer l'impact et la portée des politiques antitabac mises en place pour réduire la prévalence dans un contexte culturel différent du contexte anglo-saxon.

Plusieurs pistes de recherche mériteraient d'être développées dans un contexte français :

- **Interventions de « dé-marketing » autour de l'emballage des produits du tabac :**

Avertissements sanitaires, paquet de cigarettes neutre standardisé et des cigarettes neutres, vente « sous le comptoir » (non visible)

- **Intervention sur les films, les magazines et le net :**

Création d'un sigle spécifique sur les films trop enfumés, diffusion de messages de santé publique les sites sociaux, marketing viral antitabac.

- **Prendre exemple sur l'alcool.**

Les stratégies d'interventions internationalement reconnues comme efficaces pour lutter contre les effets dommageables de l'alcool, sont elles transposables au tabac ?

Les méthodes et mesures utilisées pour tester l'impact du marketing / « démarketing » des produits du tabac devront être variées, afin d'améliorer la validité des résultats : méthodes qualitatives, quantitatives, expérimentations, effets des stimuli sur les réactions affectives, cognitives, conatives et sur les réactions physiologiques, mesures implicites, etc.

B – Nutrition - modifier les comportements de nutritionnels

Les résultats des études épidémiologiques, cliniques et expérimentales mettent en évidence l'existence de facteurs nutritionnels qui influencent le risque de divers cancers. Ainsi, des relations convaincantes ou probables ont conduit à des recommandations pour la prévention primaire des cancers, notamment le surpoids et l'obésité. En effet, les études épidémiologiques montrent qu'une augmentation de la corpulence est associée à une augmentation du risque de plusieurs cancers : œsophage, endomètre, rein, côlon-rectum, pancréas, sein (après la ménopause) et vésicule biliaire.

Des interventions sur la nutrition peuvent être efficaces pour la réduction des inégalités sociales de santé. Sont-elles reproductibles sur d'autres cibles, en population générale ?

C – Dépistage - accroître le recours au dépistage

L'état des lieux actuel ouvre des perspectives de méthodes plus économes en moyens et en temps pour changer des comportements. Depuis longtemps, les modèles de choix de comportement issus de la théorie de la décision préconisent de réformer les comportements en transformant les valeurs et les savoirs. Une nouvelle approche tente de modifier les trajectoires de comportement par des thérapies brèves initiées par l'École de Palo Alto, méthodes plus rapides et plus simples que celles visant à transformer l'individu. Dans une certaine mesure, la communication engageante et aussi le « nudging » relèvent de courants analogues, leur objectif étant de modifier la trajectoire d'un comportement.

De grandes campagnes de dépistages sont mises en place par l'INCa (Octobre Rose pour le cancer du sein, Mars bleu pour la cancer colorectal). Si les messages sont bien reçus, les comportements de dépistage ont plus de mal à se mettre en place. Quelles interventions peuvent être mises en place pour accroître encore plus l'efficacité de ces campagnes, en agissant à quel niveau (en amont sur le message, en aval sur l'accompagnement au dépistage, ...)?

Attention :

- Ne sont pas considérés dans le champ de cet appel à projets :
 - la constitution de cohortes, d'enquêtes ou d'observations ne comprenant pas explicitement la formulation d'une question de recherche interventionnelle ;
 - les projets tournés vers la mise en œuvre d'actions de santé publique et ne comprenant pas explicitement la formulation d'une question de recherche interventionnelle sont invitées à déposer dans le cadre de l'appel à projets de santé publique (<http://www.e-cancer.fr/aap/sp>).

3 Procédure de présélection et de sélection des projets

Pour mener à bien l'évaluation, l'INCa s'appuie sur un comité d'évaluation (CE) scientifique international dont les membres, reconnus pour leur expertise scientifique et médicale dans le domaine de la recherche, sont rapporteurs des lettres d'intention et des projets finalisés.

3.1 Procédure de présélection et de sélection

Phase 1 : lettre d'intention

- Soumission électronique de la lettre d'intention détaillée à l'aide du formulaire spécifique (cf. lettre d'intention) ;
- Présélection des lettres d'intention par le comité d'évaluation.

Phase 2 : séminaire

- Présentation orale des lettres d'intention retenues à l'occasion d'un séminaire ;
La vocation de ce séminaire est de permettre aux équipes porteuses de projets de bénéficier d'un appui méthodologique afin de mieux construire leur projet. Cette rencontre permettra un échange entre chercheurs de disciplines multiples éclairant les visions de chacun.

Phase 3 : projets finalisés (pour les lettres d'intention présélectionnées)

- Soumission électronique du projet finalisé (dossier scientifique, financier et administratif) ;
- Evaluation des projets finalisés ;
- Publication de la liste des projets retenus par la présidence de l'INCa sur la proposition du comité d'évaluation.

3.2 Processus d'évaluation

Les principales étapes de la procédure sont les suivantes :

- Examen de l'éligibilité : l'INCa vérifie l'éligibilité du projet par rapport aux critères énoncés ;
- Evaluation des lettres d'intention : les membres du CE évaluent les lettres d'intention (LI), deux rapporteurs sont désignés par LI ;
- Classement et présélection des LI : les membres du CE discutent collégalement de la qualité des projets et établissent un classement des LI;
- Information des coordonnateurs : les porteurs dont les LI sont présélectionnées sont informés et soumettent une version complète de leur projet finalisé ;

- Evaluation des dossiers finalisés :
 - expertise externe : des experts extérieurs, internationaux et français, sont sollicités pour fournir un rapport d'évaluation des projets finalisés, deux experts sont désignés pour chaque projet,
 - évaluation par le CE :
 - les membres du CE évaluent les projets en tenant compte des expertises externes
 - le CE discute collégalement de la qualité des projets,
 - le CE propose une liste des projets à financer par les partenaires ;
- Résultats : décision de l'INCa et publication des résultats.

Les rapporteurs et experts extérieurs s'engagent à respecter les dispositions de la charte de déontologie de l'INCa, ils s'engagent à déclarer tout conflit d'intérêt. L'INCa dispose d'une procédure d'analyse et de publication des liens d'intérêts disponible sur le site web : <http://www.e-cancer.fr/deontologie-et-declarations-publiques-dinterets>. La composition du CE est publiée à l'issue du processus d'évaluation de l'appel à projets.

4 Modalités de participation

4.1 Durée des projets finalisés

Les projets finalisés ont une durée de 24 ou 36 mois. La durée devra être adaptée au plan de travail du projet et au calendrier proposé.

4.2 Equipes éligibles

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

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

4.3 Coordonnateur :

Le coordonnateur du projet devra exercer dans le secteur institutionnel et en France.

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.

En raison de l'investissement personnel nécessaire pour faire aboutir un projet le coordonnateur ne peut assurer la coordination simultanée de plus de 3 projets financés par l'INCa.

Le coordonnateur du projet finalisé doit être impliqué au moins à 30% de son temps dans le projet. En termes de participation effective des équipes, au moins un acteur dans chaque équipe consacrera la majorité de son activité au projet finalisé. Le temps d'implication de chaque participant au projet (en équivalent temps plein) sera clairement indiqué.

4.4 Organisme bénéficiaire de la subvention :

Les équipes participantes désigneront un organisme bénéficiaire de la subvention.

- Dans la mesure où le projet 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.
- L'organisme bénéficiaire est responsable devant l'INCa de l'avancement du projet, de la transmission de l'ensemble des rapports scientifiques et financiers et du reversement des fonds aux équipes participantes,

Attention : Pour les projets dont le coordonnateur relève de la Région Ile-de-France, le bénéficiaire de la subvention sera le GIP Cancéropôle Ile-de-France qui assurera la répartition des fonds aux équipes bénéficiaires.

5 Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets

5.1 Critères d'éligibilité des projets

Pour être éligibles, les projets doivent satisfaire les conditions suivantes :

- 1.-** Le projet doit répondre aux objectifs et champs du présent appel ;
- 2.-** Les équipes doivent être éligibles au sens du § 4.2 ;

- 3.- La lettre d'intention sera rédigée en français et doit respecter les modalités de soumission figurant au Ch. 8;
- 4.- le dossier du projet finalisé (si présélectionné) doit être dûment complété et comprendre les documents requis, et respecter les modalités de soumission figurant au Ch. 8. L'évaluation étant internationale, le dossier devra être rédigé en anglais, la version française est facultative.
- 5.- Le coordonnateur de projet ne doit pas être membre du comité d'évaluation (CE) de cet appel à projets ;
- 6.- Le coordonnateur ne peut assurer la coordination de plus de 3 projets financés par l'INCa ;
- 7.- Les formulaires (lettres d'intention et dossiers de candidature) devront comprendre l'ensemble des informations nécessaires à l'appréciation globale de la qualité du projet y compris les analyses statistiques, les aspects logistiques lorsqu'ils sont importants pour la bonne réalisation des analyses, la justification du budget demandé (au minimum les grands types de dépenses prévues), Un calendrier prévisionnel des étapes-clés devra être présenté, etc.

Les dossiers ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité ne seront pas soumis à évaluation et ne pourront en aucun cas faire l'objet d'un financement.

5.2 Critères d'évaluation

5.2.1 Lettres d'intention :

Lors de la 1^{ère} phase du processus de sélection, les lettres d'intention sont évaluées sur les critères suivants :

- Intérêt et qualité scientifique du projet ;
- Intérêt social du projet ;
- Coordonnateur et équipes participantes ;
- Méthodologie et faisabilité ;
- Innovation et développement.

5.2.2 Projet finalisé

Les critères d'évaluation appréciés par les évaluateurs (experts externes et rapporteurs) sur les projets finalisés sont les suivants :

Qualité scientifique du projet :

- Excellence au regard de l'état de la science ;
- Positionnement du projet dans le contexte international ;
- Pertinence et originalité du projet ;
- Clarté des objectifs.

Intérêt social du projet :

- Potentiel de réalisation des objectifs ;
- Ratio coût/ bénéfice ;
- Groupe cible.

Coordonnateur et équipes participantes :

- Qualités et expérience du coordonnateur au regard des objectifs du projet. La prise de responsabilité de jeunes coordonnateurs est encouragée au regard de leur parcours et de leur projet ;
- Niveau d'excellence des équipes participant au projet et de leurs responsables ;
- Qualité du partenariat : complémentarité et/ou pluridisciplinarité des équipes associées au projet.

Méthodologie et faisabilité :

- Qualité méthodologique et pertinence des technologies envisagées ;
- Ressources humaines allouées au projet ;
- Respect des règles éthiques et des aspects réglementaires ;
- Qualité de la coordination entre les équipes candidates (planification des réunions, rédaction des rapports de suivi, communication, etc.) ;
- Adéquation et justification du financement demandé ;
- Adéquation et justification du calendrier proposé au regard des objectifs du projet.

Impact du projet :

- Impact scientifique/social et de santé publique du projet ;
- Potentiel d'utilisation ou de valorisation des résultats du projet par la communauté scientifique et la société (propriété intellectuelle, potentiel social, etc.).

6 Dispositions générales

6.1 Financement

Le financement sera attribué selon les dispositions du règlement relatif aux subventions allouées par l'INCa – n°2011-01 (cf. <http://www.e-cancer.fr/linstitut-national-du-cancer/subventions/attribuees-apresle-13072011>). L'organisme bénéficiaire, par son représentant légal, ceux des équipes participantes et le coordonnateur doivent s'engager à les respecter dans le cadre de la rubrique «engagements» du dossier de candidature.

La subvention INCa pourra financer :

- de l'équipement pour un montant inférieur à 150 K Euros TTC ;
- du fonctionnement et divers consommables ;
- des frais de personnel (le personnel permanent peut être imputé sur le budget à l'exclusion des fonctionnaires d'état, hospitaliers ou territoriaux). Le financement de post-doctorants peut être demandé ; celui de doctorants n'est en revanche pas éligible ; des frais de gestion, maximum à 4 % du montant de la subvention allouée par l'INCa.

6.2 Publication et communication

Pour chacun des projets subventionnés, le résumé sera rendu public ultérieurement, chaque coordonnateur sera contacté pour en confirmer le contenu ou proposer une version publiable.

Toute communication écrite ou orale concernant les travaux des projets subventionnés devra obligatoirement mentionner la référence de l'INCa, cette référence comportera un n° qui sera communiqué lors de l'acceptation du projet.

6.3 Potentiel de valorisation des projets

En accord avec les préconisations du Plan Cancer 2009-2013, l'INCa procédera à la détection des projets dont l'impact en termes d'innovation et de développement économique peut être anticipé. En partenariat avec les coordonnateurs et leurs structures de valorisation, une démarche de suivi et d'accompagnement sera mise en place.

Cette identification n'influence en aucun cas la procédure de sélection dans le cadre de l'appel à projets.

7 Calendrier de l'appel à Projets

Date de lancement de l'appel à projets	Octobre 2012	
Phase 1 : lettre d'intention	Soumission en ligne de la lettre d'intention	22 novembre 2012 (minuit)
	Pré sélection par le Comité d'évaluation	5 décembre 2012
	Envoi des résultats aux coordonnateurs par email	décembre 2012
Phase 2 : Séminaire obligatoire	Présentation orale des lettres d'intention	14 janvier 2013
Phase 3 : projet finalisé Ne concerne que les lettres d'intention présélectionnées en phase 1	<p>Soumission en ligne du projet finalisé ;</p> <p style="text-align: center;">Et</p> <p>Envoi papier (un original intégrant les signatures) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ courrier postal à l'INCa – AAP RI13- 52 avenue André Morizet, 92513 Boulogne- Billancourt : <p>le cachet de la poste faisant foi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ou livraison sur place aux heures de bureau à l'INCa 	25 mars 2013 (minuit)
Comité d'évaluation	mai 2013	
Publication des résultats	juin 2013	

8 Modalités de soumission

La soumission des documents pour chacune des 2 étapes de l'AAP sera réalisée en ligne en utilisant l'adresse unique pour l'appel à projets :

<http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/ri13>

Cette procédure de soumission, à partir du site de l'INCa, comprend :

- l'identification du coordonnateur (nom, prénom et e-mail),
- l'identification du projet (Cancéropôle de référence, titre, durée, montant, mots clefs et le résumé si dépôt de projet),
- le téléchargement du ou des documents demandés sous format Word et/ou Excel.

Attention : aucun document au format PDF ne sera accepté.

8.1 Lettre d'intention

La lettre d'intention doit être rédigée, en français, à partir du formulaire type, transmise uniquement par téléchargement en ligne en format word, dans le respect des délais mentionnés dans le calendrier (ch. 7).

8.2 Dossier de candidature (en cas de LI présélectionnée)

Le dossier de candidature (Cf. modèle et budget fichier Excel) doit comprendre l'ensemble des éléments requis et nécessaires à l'évaluation scientifique et technique du projet. Le dossier devra être rédigé en anglais, la version française est facultative.

Le dossier finalisé est soumis sous forme électronique (soumission en ligne) et sous forme papier, les deux formes étant identiques à l'exception des signatures, qui ne sont exigées qu'en version originale papier.

➤ Format électronique :

Le dossier complet comprend deux fichiers : un fichier Word et un fichier Excel détaillant le budget du projet. Il est transmis par téléchargement en ligne, en utilisant les codes d'accès reçus pour la soumission de la lettre d'intention.

La taille du fichier Word finalisé ne doit pas excéder 4 Mo.

➤ Format papier :

Deux exemplaires originaux du dossier dûment signés par les personnes responsables puis adressés à l'INCa dans le respect des délais mentionnés (ch. 7).

9 Publications des résultats

Ils seront communiqués par écrit au coordonnateur du projet et une copie sera adressée aux Cancéropôles ainsi qu'au représentant légal de l'établissement bénéficiaire du financement INCa.

La liste des projets financés est également publiée sur le site internet de l'Institut National du Cancer.

10 Contact

Pour toute information de nature scientifique, vous pouvez contacter :

Jean-Baptiste HERBET

Département Recherches en Sciences humaines et sociales, Épidémiologie et Santé publique

Tel : 01 41 10 15 03

E-mail : jbherbet@institutcancer.fr

Pour toute autre question, vous pouvez envoyer votre message à l'adresse suivante :

ri2013@institutcancer.fr