



APPEL A PROJETS LIBRES 2010

Projets libres

Recherche en sciences humaines et sociales, santé publique et épidémiologie

Date limite d'envoi du dossier au Cancéropôle : 27 novembre 2009

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS	3
1.1 CONTEXTE	3
1.2 OBJECTIFS	3
II. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS	4
III. MODALITES DE PARTICIPATION	4
3.1 DUREE DES PROJETS	4
3.2 EQUIPES ELIGIBLES	4
3.3 DOCTORANTS ET POST-DOCTORANTS	5
IV. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION DES PROJETS	5
4.1 CRITERES D'ELIGIBILITE DES PROJETS	5
4.2 CRITERES D'EVALUATION	6
V. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT	6
VI. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS	7
VII. MODALITES DE SOUMISSION	7
VIII. PUBLICATION DES RESULTATS	8
IX. CONTACTS	8
ANNEXE 1	9

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A PROJETS

1.1 Contexte

L'Institut National du Cancer

Institution publique autonome créée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, L'Institut National du Cancer a une vocation d'Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Il est chargé d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France, de mettre en œuvre une politique de recherche sur le cancer et de garantir aux malades l'égalité d'accès aux soins.

Il intervient notamment pour :

- Coordonner la prévention et le diagnostic précoce et impulser une dynamique sur le dépistage des cancers;
- Accompagner l'évolution du système de soins pour permettre à chaque patient un accès égal, sur tout le territoire, à une prévention, un dépistage ou des soins de qualité ;
- Stimuler une recherche innovante et compétitive en cancérologie et accélérer le transfert entre la connaissance et la pratique de soins.

Contexte de l'appel à projets

Les actions menées, dans le cadre de la politique de recherche de l'INCa , ont porté sur toutes les disciplines pouvant contribuer à la lutte contre le cancer, depuis la recherche la plus fondamentale ayant pour objet la caractérisation des mécanismes moléculaires du vivant, jusqu'aux essais cliniques de nouvelles molécules, à la santé publique, à l'épidémiologie et aux sciences humaines et sociales permettant d'analyser les pratiques et politiques de dépistage, le vécu du malade et le fonctionnement du système de santé.

1.2 Objectifs

Cet appel à projets a pour objectifs de :

- Soutenir l'identification de stratégies de prévention primaire et secondaire les plus efficaces ;
- Identifier des stratégies d'accompagnement psychosocial des patients pendant et après les traitements ;
- Favoriser l'émergence de projets originaux et d'excellence scientifique dans les différentes disciplines de sciences humaines et sociales et de santé publique / épidémiologie appliquées aux cancers;
- Accroître les collaborations entre chercheurs en SHS et santé publique d'une part et, d'autre part, cliniciens et épidémiologistes ;
- Renforcer la recherche scientifique multidisciplinaire associant autour d'une question ou d'un objectif précisément défini, les équipes, les disciplines et les moyens technologiques permettant d'y répondre efficacement;

- Contribuer au développement des projets de recherche financés antérieurement par l'INCa.

II. CHAMP DE L'APPEL A PROJETS

Il s'agit d'un appel à projets libres, dans les disciplines de SHS (anthropologie, sociologie, psychologie, économie, science politique,...) et/ou de santé publique et épidémiologie et méthodologie appliquées aux cancers.

Tous les sujets proposés spontanément par les chercheurs de ces disciplines et liés aux cancers sont recevables.

Les domaines suivants feront cependant l'objet d'une attention spécifique :

- Recherche en Sciences Humaines, Economiques et Sociales : comportements de prévention et représentations des risques ; inégalités sociales face aux cancers (**voir annexe 1**).
- Recherche en Santé Publique et Epidémiologie et Méthodologie : facteurs de risque, gestion des risques et stratégies d'intervention en prévention (**voir annexe 2**).

III. MODALITES DE PARTICIPATION

3.1 Durée des projets

Les projets peuvent avoir une durée de 24, 36, 48 ou 60 mois.

3.2 Equipes éligibles

Attention : le coordonnateur du projet ne peut être membre du Comité d'évaluation de l'appel à projets.

Les projets émanant de plusieurs équipes ou issus de disciplines distinctes et appartenant à des unités et/ou des organismes de recherche différents sont encouragés.

Les équipes appartiennent aux organismes suivants :

- Organismes publics de recherche (université, EPST, EPIC,) ;
 - Organisations à but non lucratif (associations, fondations, ...) ;
 - Etablissements de santé ;
 - Réseaux de cancérologie ;
 - Entreprises.
- La participation de partenaires industriels est possible dans la mesure où le coordonnateur de projet appartient au monde académique.
 - La participation d'équipes étrangères est possible dans la mesure où celles-ci assurent leur propre financement dans le projet.

En terme de participation effective des équipes, au moins un acteur dans chaque équipe consacrera la majorité de son activité au projet. Le coordonnateur du projet doit être impliqué au moins à 30% de son temps dans le projet.

Coordonnateur :

- Pour chaque projet soumis, les équipes participantes désigneront un coordonnateur scientifique du projet 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 de la subvention est contractuellement responsable devant l'INCa de l'avancement du projet, 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 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.

3.3 Doctorants et post-doctorants

Le financement de doctorants et de post-doctorants pourra être demandé par les équipes. En cas d'acceptation du projet, et lors de sa mise en œuvre, le CV du candidat devra être validé par l'INCa avant le recrutement.

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

Les projets sont présélectionnés sur la base des critères d'éligibilité, puis soumis à la procédure d'évaluation publiée sur le site Internet de l'INCa.

4.1 Critères d'éligibilité des projets

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

1. Le dossier doit être soumis dans les délais indiqués Ch 6, au Cancéropôle de référence ;
2. Le dossier de candidature doit être dûment complété et comprendre tous les documents requis. Il doit être adressé sous forme électronique et sous forme papier, selon les modalités figurant au Ch 7 ;
3. Le projet doit répondre aux objectifs du présent appel à projets et s'inscrire dans un des champs identifiés ;
4. Le projet doit avoir une durée conforme à la durée indiquée au Ch 3, Pt 3.1;
5. Un calendrier des étapes-clés par semestre devra être présenté. Ce calendrier sera l'élément essentiel pour le suivi des résultats.

Important : les dossiers ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité énumérés dans l'appel à projets ne seront pas soumis à avis d'expert extérieur et ne pourront en aucun cas faire l'objet d'un financement de l'INCa.

4.2 Critères d'évaluation

Intérêt et qualité scientifique du projet :

- Pertinence et originalité du projet, impact potentiel dans la prise en charge de la population,
- Clarté des objectifs,
- Positionnement du projet dans le contexte national et international.

Coordinateur et équipes participantes :

- 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, complémentarité et/ou pluridisciplinarité des différentes équipes associées au projet,
- Organisation de la collaboration entre les équipes candidates, planification de la production de documents de synthèse, de la tenue des réunions de suivi et de la mise en forme des résultats.

Méthodologie et faisabilité

- Pertinence méthodologique,
- Environnement du projet (ressources humaines, structure d'accueil, base de données descriptives, centres de ressources biologiques, ressources biologiques de qualité et associées à des données cliniques en respectant les règles éthiques en vigueur, plates formes génomiques, centre de calcul, ...),
- Crédibilité du calendrier du projet et du financement demandé.

Innovation et développement

- Caractère innovant (stratégie, concept, technologie, etc)
- Perspectives en termes de propriété intellectuelle (dépôt de brevet, etc).
- Structuration de réseaux, plateformes, centres de ressources, etc.

V. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT

Le financement est attribué pour la durée du projet de 24, 36, 48 ou 60 mois.

Les aides accordées peuvent financer :

- de l'équipement¹
- du fonctionnement
- du personnel. Le financement de doctorants et de post-doctorants pourra être demandé par les équipes.

Les postes budgétaires sont fongibles pendant l'exécution du projet. Les dépenses doivent être payées pendant la durée contractuelle du projet. Toute dépense effectuée au-delà des dates contractuelles sera rejetée.

Les frais de gestion s'élèvent au maximum à 4% du montant de la subvention alloué par l'INCa.

¹ Est considéré comme entrant dans la rubrique équipement tout matériel dépassant 500 Euros

Le financement attribué à chaque projet sera apporté sous forme d'une subvention dans le cadre d'une convention entre l'INCa et l'organisme gestionnaire désigné dans le dossier de candidature. Les modalités de versement de la subvention dépendent de la durée de la convention liée au projet.

VI. CALENDRIER DE L'APPEL A PROJETS

Date de lancement de l'appel à projets : 11 septembre 2009

Date limite d'envoi des dossiers de candidature par les coordonnateurs de projets à leur Cancéropôle de référence : 27 novembre 2009

- sous format électronique : **-27 novembre 2009** avant minuit à l'adresse électronique du Cancéropôle de référence
- ET
- Sous format papier :
 - par envoi postal à l'adresse du Cancéropôle de référence, au plus tard le 1^{er} décembre 2009, le cachet de la poste faisant foi ;
 - par livraison sur place aux heures de bureau à l'adresse du Cancéropôle de référence au plus tard le 1^{er} décembre 2009

Date prévisionnelle de réunion du comité d'évaluation : mars 2010

Date prévisionnelle de publication des résultats : mai 2010

VII. MODALITES DE SOUMISSION

Le dossier de candidature pré rempli par chaque Cancéropôle est disponible sur chaque site web du Cancéropôle de référence :

www.canceropole-gso.org
www.canceropole-lara.com
www.canceropole-idf.fr
www.canceropole-ge.org

www.canceropole-grandouest.com
www.canceropole-paca.com
www.canceropole-nordouest.org

Par ailleurs et pour information, Le dossier de candidature type est disponible sur le site de l'INCa
www.e-cancer.fr/

Rédaction des projets :

Le dossier de candidature, rédigé en français et en anglais, devra comprendre l'ensemble des éléments requis et nécessaires à l'évaluation scientifique

Le dossier est soumis sous forme électronique et sous forme papier, ils sont identiques, excepté le format électronique qui n'est pas signé.

Le coordonnateur du projet envoie au Cancéropôle son dossier de candidature en version électronique et la version papier (1 original et 1 copie) avec obligatoirement les signatures requises.

Le Cancéropôle complète le dossier (avis facultatif), le signe et l'envoie à l'Institut du Cancer.

Le nom du document envoyé par courriel, au format Word, doit impérativement se présenter selon le champ d'appel choisi, sous la forme suivante :

Pour les projets de recherche en Sciences Humaines, Economiques et Sociales :
SHS.NOM.doc (nom du coordonnateur du projet)

Pour les projets de recherche en Santé Publique et Epidémiologie:
SPE.NOM.doc (nom du coordonnateur du projet)

La taille du dossier complet ne doit pas excéder 4 Mo

VIII. PUBLICATION DES RESULTATS

Les résultats seront publiés sur le site Internet de l'Institut National du Cancer.

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.

Une convention précisant les modalités de versement de la subvention allouée ainsi que les modalités de déroulement du projet sera signée entre l'INCa et l'organisme gestionnaire des fonds.

IX. CONTACTS

Pour toute information de nature scientifique ou technique, contacter :

- **Pour les projets de recherche en Sciences Humaines et Sociales :**
SHES2010@institutcancer.fr

- **Pour les projets de recherche en Santé Publique et Epidémiologie et Méthodologie:**
SPE2010@institutcancer.fr

X. ANNEXE 1

I. Sciences Humaines, Economiques et Sociales

A. INEGALITES SOCIALES FACE AUX CANCERS

1. Contexte

Dans son rapport sur *la santé en France 2002*, le Haut Comité de la Santé Publique pointait que les inégalités sociales et spatiales de santé sont en France plus importantes que dans la plupart des pays européens. Cette tendance est confirmée par un certain nombre de travaux récents². La France se classe parmi les pays qui présentent les plus fortes inégalités sociales face à la mortalité par cancers, notamment des VADS, au détriment des catégories sociales défavorisées. De plus, dans sa note d'étape du 26 mars 2008 sur l'évaluation du plan cancer 2003-2007, le Haut Conseil de la Santé Publique relève d'importantes inégalités sociales en matière de prévention (consommation d'alcool, nutrition) et de dépistage (cancers du sein, du colon, du col de l'utérus et mélanome) et recommande la prise en compte de ces inégalités dans la formulation des objectifs du futur plan cancer. De même, prenant connaissance du rapport de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du plan cancer, la ministre de la santé déclarait le 12 juin 2008 que « le nouvel élan du plan cancer s'attachera tout particulièrement à la réduction des inégalités de santé, en lien avec la fragilité sociale et la précarité, en assurant à tous les patients l'équité d'accès à une offre de soins de qualité en toute sécurité et sur tout le territoire ». Le présent appel à projets de recherche s'inscrit dans cette perspective, en visant à mieux connaître les inégalités sociales liées au cancer afin de contribuer à l'élaboration de mesures destinées à les réduire.

2. Objectifs

La mortalité par cancer contribue sensiblement aux inégalités socioéconomiques de mortalité globale dans notre pays. Les données relatives aux disparités sociales d'incidence et de survie des cancers en France sont quant à elles partielles³ ou déjà anciennes⁴ et méritent d'être complétées par de nouvelles enquêtes. On sait par exemple que les cancers de l'œsophage ou des VADS sont plus fréquents dans les communes rurales et chez les ouvriers et employés (alors que d'autres cancers, comme le colorectal, sont plus fréquents chez les cadres, chefs d'entreprises et professions intellectuelles supérieures et dans les communes urbaines). De manière générale, les liens entre cancer et situation sociale en France

² Cf. J. Mackenbach, A. Kunst, A. Cavelaars et al., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, *The Lancet*, vol. 349, June 1997; J. Mackenbach, I. Stirbu, A-J Roskam et al, Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, *The New England Journal of Medicine*, 358: 23, June 2008; G. Menvielle, D. Luce, J-F. Chastang et al., Inégalités sociales et mortalité par cancer en France, 1975-1990, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 52, HS1, sept. 2004 ; G. Menvielle, A. Leclerc, J-F. Chastang et al., Changes in Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality Rates among French Men between 1968 and 1996, *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 11, November 2007; G. Menvielle, A. Leclerc, J-F. Chastang, D. Luce, Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle, InVS, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 33 / 2 septembre 2008.

³ Cf. par ex. C. Herbert, H. Lefèvre, M. Gignoux, G. Launoy, Influence du groupe socioprofessionnel et du lieu de résidence sur la prise en charge et la survie des cancers digestifs : étude en population – département du Calvados, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2002, vol. 50 / 3 ; J. Madelaine, A. Guizard, H. Lefèvre et al., Diagnostic, traitement et pronostic des cancers bronchiques dans le département de la Manche (1997-1999) en fonction du statut socioéconomique des malades, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2002, vol, 50 / 4.

⁴ F. Faggiano, T. Partanen, M. Kogevinas, P. Boffeta, Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality, in Kogevinas et al., *Social inequalities and Cancer*, IARC Scientific publications, n° 138, Lyon, 1997.

semblent assez peu étudiés, dans la littérature scientifique⁵. Cet appel à projets a pour objectif de favoriser le développement de ces recherches dans notre pays⁶, à l'image de leur essor à l'échelle internationale et à un niveau d'excellence comparable. Il s'adresse en priorité aux disciplines des sciences humaines, économiques et sociales, de la santé publique et de l'épidémiologie sociale. A titre indicatif, les propositions pourront s'articuler autour d'un ou de plusieurs des trois axes d'investigation suivants :

3. Champ

A titre indicatif, les projets pourront s'articuler autour d'un ou de plusieurs des trois axes d'investigation suivants :

A. Les connaissances d'ordre descriptif et la mesure des disparités sociales de santé liées au cancer:

L'existence d'un gradient social face aux principaux indicateurs de santé (mortalité et morbidité) est un phénomène ancien, documenté en France et en Grande-Bretagne depuis le début du XX^{ème} siècle et désormais universellement établi. Le fait est également bien établi, par de multiples travaux de Sciences Humaines, Economiques et Sociales, qu'au-delà des facteurs biomédicaux, les différences et les inégalités socio-économiques et socioculturelles sont génératrices d'une morbidité et d'une mortalité différentielles.

- ✓ Comment améliorer l'identification et la mesure des inégalités sociales en matière de cancers en France, aux différents moments des trajectoires de santé et de maladie (dépistages, diagnostic, traitements, expositions, conditions et modes de vie, etc.) et selon chaque localisation tumorale ?
- ✓ Quelles questions théoriques et méthodologiques engagent les débats actuels sur ces inégalités : disparités de santé et inégalités ; inégalités de santé et santé perçue /et position sociale perçue ou subjective... ; indicateurs : morbidité/incidence, mortalité, survie, pronostic, prise en charge, conséquences de la maladie, qualité de vie, participation aux dépistages...
- ✓ Quelles évolutions temporelles peut-on observer, depuis la dernière décennie ? Que peuvent nous enseigner les comparaisons internationales sur les inégalités en matière de cancer et, plus largement, de santé ? Et les comparaisons avec d'autres pathologies ?
- ✓ De même, pourront être mobilisés pour des applications à la cancérologie les travaux méthodologiques récents en matière de mesures statistiques affinées et multidimensionnelles des inégalités.

B. Les connaissances analytiques et leur contribution à l'explication et à la compréhension de ces disparités.

Des recherches plus récentes en épidémiologie sociale, encore insuffisamment développées dans notre pays et surtout insuffisamment articulées avec les problématiques de SHES, ont approfondi les processus et chaînes causales au travers desquels des déterminants économiques et sociaux sont susceptibles d'alimenter les processus pathologiques de détérioration de la santé des populations. Ces déterminants ne font pas seulement référence à des différences d'accès aux soins et d'exposition à des facteurs de comportement, de mode

⁵ A. Leclerc, G. Menvielle, D. Luce, Inégalités sociales en cancérologie, *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, n°2, 2006, p. 90. Le même constat a été fait d'une faible présence de l'épidémiologie française dans le domaine plus large des inégalités sociales de santé, cf. M. Goldberg, A. Leclerc, Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2003.

⁶ Dans le même sens et recoupant certaines dimensions du présent appel d'offres, l'INCa soutient depuis 2007 sept projets de recherche portant sur les expositions et la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle.

de vie et d'environnement nuisibles à la santé, en fonction du revenu, du genre, du niveau d'éducation, de l'origine géographique, de l'habitat et d'autres variables socio-économiques. Ils ont aussi attiré l'attention sur le fait que la position dans la hiérarchie sociale peut intrinsèquement affecter l'état de santé et ont commencé d'explorer les processus psychologiques, neurologiques, immunologiques et biologiques au travers desquels la situation sociale peut être à l'origine de diverses pathologies.

Au-delà de la simple mesure des inégalités sociales liées aux cancers, il importe donc de développer l'analyse des déterminants sociaux de ces inégalités et la compréhension des mécanismes qui en sont à l'origine (modèles explicatifs), afin de mieux identifier les pistes d'interventions et d'élaboration de politiques publiques susceptibles de réduire ces inégalités. Or la pluralité même de ces facteurs rend la compréhension de leurs articulations (leurs contributions relatives) particulièrement complexe⁷, d'autant plus que le poids de chacun de ces déterminants semble varier d'un cancer à un autre. Trois domaines de déterminants méritent de faire l'objet d'approfondissements, à la fois pour chacun d'entre eux et dans leurs rapports mutuels, ce qui devrait favoriser les coopérations interdisciplinaires :

- les appartenances sociales, milieux (/territoires - trajectoires) de vie et de travail, réseaux de sociabilité/soutien social... ;⁸
 - les expositions aux facteurs de risque : environnementaux, territoriaux et professionnels, comportementaux (modes de vie/de consommation), génétiques/familiaux... ;
 - la proximité aux structures de soin, parcours de soins, comportements de recours aux soins, modes de prise en charge médicale (établissements, filières, traitements...) ; les pratiques de santé/prévention, recours aux dépistages (individuel/organisé).
-
- ✓ Comment, par exemple, faire la part entre les facteurs socioculturels de moindre demande ou recours au dépistage précoce des catégories sociales de faible niveau éducatif et la moindre capacité du système de santé et des dispositifs de dépistage à atteindre ces catégories ?
 - ✓ Le recours plus fréquent des catégories favorisées aux examens de dépistage précoce⁹ est en effet susceptible d'accroître les inégalités de survie, les cancers diagnostiqués précocement étant souvent de meilleur pronostic. Aussi les retards au diagnostic donnent-ils lieu à la découverte de lésions cancéreuses de stade plus avancé. Des dysfonctionnements du système de soins ou des variations dans l'accès et la qualité des soins sont-ils susceptibles d'aggraver les inégalités sociales face aux cancers ?
 - ✓ Le rôle du système de santé et des soins semble assez peu pris en compte dans les recherches sur les inégalités sociales de santé et le débat sur ce rôle n'est pas encore tranché¹⁰. Quels éclairages nouveaux peuvent être apportés en la matière ? Par exemple, le dispositif d'autorisation des établissements/services de soin en

⁷ L.M. Woods, B. Rachet, M. P. Coleman, Origins of socio-economic inequalities in cancer : a review, *Annals of Oncology*, 2006, 17 : 5-19.

⁸ B. Chaix, P. Chauvin, L'apport des modèles multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature, *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 50, 2002.

⁹ H. Prouvost, G. Poirier, Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord - Pas de Calais : résultats de l'enquête Décennale Santé, France, 2002, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 23 janvier 2007, n° 2/3 ; D. Serra, H. Goulard, N. Dupont, J. Bloch, Pratique du teste de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) dans la population Française, Enquête Décennale Santé Insee, France, 2002-2003, *BEH*, InVS, 1^{er} Janvier 2008, n°1 ; *Le dépistage du cancer du col utérin en France, Etat des lieux*, INCa, collection Rapports et synthèses, septembre 2007.

¹⁰ Cf. A. Couffinhal, P. Dourgnon, P-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, J. Lavis, F. Naudin, D. Polton, Politiques de réduction des inégalités de santé : quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. 1^{ère} partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé, *Questions d'économie de la santé* (IRDES), n° 92, fév. 2005 ; P. Lombrail, Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins, *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 55, 2007.

cancérologie contribue-t-il à la réduction des inégalités sociales et socio-territoriales de santé ?

- ✓ Les recommandations de bonnes pratiques cliniques (standards et options) sont destinées à renforcer l'accès à des soins de qualité pour tous. Quels sont les écarts des pratiques aux recommandations ?
- ✓ On a pu observer récemment que l'impact de la maladie sur la vie professionnelle des patients (maintien ou retour à l'emploi) dépend pour une large part de leur situation socio-économique de départ et de leur niveau de protection dans l'emploi¹¹. La maladie cancéreuse contribue-t-elle, et dans quelle mesure, à la dégradation du statut social ou de la mobilité sociale des patients et, par là, au renforcement des inégalités socio-économiques ?
- ✓ L'enquête « ALD Cancer » de la DREES réalisée en 2004-2005 a ainsi permis de repérer certains domaines de variations potentielles et pas nécessairement justifiées des pratiques médicales en fonction des circonstances et des caractéristiques des personnes concernées¹². Quelles formes de discrimination se rencontrent vis-à-vis des personnes atteintes de cancer, que ce soit au cours de la prise en charge thérapeutique ou dans une période ultérieure ? Quels groupes sont particulièrement vulnérables à cet égard ? Quel rôle peut échoir aux soins primaires dans la réduction des inégalités sociales de santé ?

C. L'analyse des politiques de lutte contre ces inégalités et des mesures destinées à les réduire.

La mise en place de politiques de réduction des inégalités sociales de santé (et notamment, en l'occurrence, face au cancer) suppose d'identifier les disparités de santé observables et d'agir sur celles de ces disparités que l'on peut qualifier d'injustes, c'est-à-dire qualifier comme inégalités à strictement parler. Cette qualification doit elle-même faire l'objet d'un consensus politique. En outre, agir contre des inégalités suppose que celles-ci soient évitables, c'est-à-dire à la portée de politiques volontaristes et d'actions correctrices du système de soins ou de santé. Des connaissances restent encore à produire sur l'efficacité des différentes interventions possibles en la matière. De fait, ces travaux appliqués au champ des cancers pourront utilement bénéficier des avancées théoriques et méthodologiques récentes, dans la littérature de SHES, en matière de discussion des concepts d'équité et d'égalité ainsi que de théorie de la justice. Enfin cela suppose que le thème des inégalités sociales de santé reçoive une reconnaissance ainsi qu'un haut niveau de priorité par les politiques de santé publique, ce qui ne semble pas être encore véritablement le cas en France¹³, comparativement à d'autres pays d'Europe du Nord. Même si le thème apparaît explicitement dans le rapport d'objectifs en annexe de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et est directement concerné par les objectifs 33 (réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) et 34 (réduire les inégalités devant la maladie et la mort des groupes confrontés à des situations précaires), ceux-ci ne sont pas

¹¹ L. Malavolti, C. Mermilliod, Ph. Bataille et al., Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic, DREES, *Etudes et résultats*, n° 487, mai 2006.

¹² A-G. Le Corroller-Soriano, L. Malavolti, C. Mermilliod (coord.), *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Drees-Inserm, La Documentation Française, 2008.

¹³Cf. A. Couffinhal, P. Dourgnon, P-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, J. Lavis, F. Naudin, D. Polton, Politiques de réduction des inégalités de santé : quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. 2^{ème} partie : quelques expériences européennes, *Questions d'économie de la santé* (IRDES), n° 93, fév. 2005 ; Cf. aussi M. Elbaum, Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, 2007. Cf. aussi, sur les inégalités sanitaires mondiales, le récent rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la santé (présidée par M. Marmot) de l'OMS : *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 28 août 2008.

http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

plus quantifiés que les mesures visant l'équité d'accès « à l'information, aux innovations et à une prise en charge globale et personnalisée » du plan cancer de 2003.

- ✓ A quelles conditions (politiques, institutionnelles, organisationnelles, sociales, etc.) des politiques de réduction des inégalités sociales en matière de cancer peuvent-elles dès lors être élaborées et mises en œuvre ? En particulier, quelles formes de mobilisation et de coordination politiques et administratives sont requises pour mettre différentes politiques publiques (par exemple, de travail et d'emploi, de lutte contre les exclusions, de logement, de développement durable et de protection de l'environnement...) au service de la lutte contre les inégalités sociales en matière de cancer ?
- ✓ Quelles actions et quelles combinaisons d'actions au sein et hors du système de soins sont pertinentes (inégalités socio-économiques, accès aux soins, expositions aux facteurs de risque) ? Quelle évaluation peut-on faire des actions entreprises ?
- ✓ Concernant l'évolution des métiers de la cancérologie, la mise en œuvre et/ou l'expérimentation de transferts de compétences ou de délégations de tâches permettent-elles de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire ?

B. COMPORTEMENTS DE PREVENTION ET REPRESENTATIONS DES RISQUES

Les différentes stratégies de prévention des cancers (lutte contre le tabagisme, contre la consommation excessive d'alcool, contre les risques liés à l'alimentation et à la sédentarité, surveillance des expositions environnementale et professionnelle, dépistages organisés), s'appuient sur des études d'observation de comportements de santé et de modes de vie, de veille et d'évaluation épidémiologiques de l'état de santé des populations, de leurs pratiques de prévention, de leur participation aux dépistages¹⁴.

Les données descriptives ainsi recueillies sont importantes pour l'ajustement et l'amélioration continue des mesures de politique publique de prévention des cancers. Certains points appellent toutefois des approfondissements qui relèvent davantage de recherches en sciences humaines et sociales. Ainsi par exemple de la disparité des taux de couverture géographique des dépistages organisés sur tout le territoire (cancers du sein et colorectal) ; de même des inégalités sociales de participation aux dépistages (organisés et individuels) ou encore, des disparités sociales des pratiques de santé (consommations de tabac et d'alcool, pratiques alimentaires, notamment). Les Recommandations du Pr. Jean-Pierre Grünfeld pour le Plan cancer 2009-2013 soulignent d'ailleurs fortement cet aspect des enjeux de la prévention des cancers.

En regard de la représentation biomédicale des notions de risque et de facteur de risque de cancer, il convient d'explorer en profondeur la manière dont le public profane (population générale, malades atteints de cancers, sous-groupes particuliers) se représente les comportements et modes de vie ainsi qualifiés comme risques. C'est en effet sur la base d'une compréhension affinée des modes de perception et d'intégration des messages de prévention dans les divers groupes sociaux que pourront être mieux adaptées les actions publiques contribuant à la prévention primaire et secondaire des cancers.

¹⁴ Cf. par ex. F. Beck, Ph. Guilbert, A. Gautier (dir.), *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES, 2007 ; P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier, *Baromètre Cancer 2005*, Saint-Denis, INPES, 2006. (voir aussi, l'enquête Décennale Santé de l'INSEE) ; *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique : dépistage organisé du cancer colorectal en France, n°2-3, janvier 2009 ; N. Dupont, D. Serra, H. Goulard, J. Bloch, Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ?, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56, 2008 ; *Le dépistage du cancer du col utérin en France. Etat des lieux*, INCa, septembre 2007.

- ✓ Comment la population ou certains groupes s'imaginent-ils le cancer et quelles croyances entretiennent-ils sur la cancérogenèse et, plus largement, sur la santé et la prévention sanitaire ?
- ✓ Dans quelle mesure et selon quelles modalités les médias participent-ils à la construction d'une telle image de la santé ?

En outre, au-delà du niveau des discours, des représentations et des normes, il s'agit de mieux documenter les pratiques effectives ou les comportements de prévention. Les publics peuvent en effet témoigner d'un bon niveau d'information proprement dite sur les risques de cancer, sans nécessairement pour autant adopter des comportements (alimentaires, sportifs, etc...) en accord avec ces opinions, ou encore, en relativisant voire en déniaient les risques encourus.

Enfin la décision politique nécessite d'être éclairée quand aux conséquences qu'elle implique. Ainsi une politique de prévention du risque cancer a pour conséquence un allongement de la durée et de la qualité de la vie, pesant par là même notamment sur les dépenses retraites de la nation, mais aussi sur la demande de soins¹⁵.

- ✓ Quel est l'impact de long terme d'une politique volontariste de prévention des cancers sur le budget « social » de la nation, notamment le troisième risque (vieillesse), mais aussi le quatrième risque (dépendance) ?
- ✓ Quel est l'impact de long terme du vieillissement de la population sur la demande de soins en cancérologie (ville, hôpital, soins de suite et de réadaptation, ...) ?

A titre d'exemple, les pistes de questionnement suivantes pourront être explorées (liste non exhaustive):

- Cultures et différenciation sociale des pratiques de prévention : approches socio-anthropologiques des pratiques alimentaires, approches psychologiques des représentations de l'hygiène, de la santé ; croyances et modèles étiologiques profanes des cancers ;
- Principes, normes et idéologies de la prévention : quels contenus des messages, quelles interprétations par les différents acteurs, quels effets de stigmatisation de certaines campagnes, quels aspects cognitifs de la réception des messages de prévention ? Tests de prédisposition génétique et significations vécues du statut « d'être à risque »...
- Les professionnels de santé et la prévention : logiques et discours tenus aux publics, intégration des messages de prévention dans les cultures profanes, les cultures populaires ;
- Economie des pratiques et des politiques de prévention : les différents acteurs, la construction des politiques publiques, la question de la responsabilité individuelle/collective dans la gestion des risques, modélisations du coût-bénéfice des politiques de prévention des cancers...

Des études comparatives européennes sur la prévention des cancers sont vivement encouragées.

¹⁵ Cf par ex. Marie-Claude Mouquet et Philippe Oberlin *Etudes et résultats N° 654, septembre 2008, DREES* «L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 ».

II. Recherche en Santé Publique, Epidémiologie et Méthodologie

A. STRATEGIES D'INTERVENTION EN PREVENTION :

- Identification et évaluation comparative des différentes stratégies d'intervention et politiques de santé publique (nationales, européennes, internationales) dans le domaine de la prévention des cancers.

B. CANCERS ET EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES OU ENVIRONNEMENTALES :

- amélioration des connaissances sur les risques et les expositions, surveillance, observation (identification de clusters en population générale et en milieu professionnel), réduction des risques, substitution des CMR et notamment les CMR3...
- cumul des expositions ou sur expositions, expositions individuelles à des faibles doses, à des expositions prolongées et selon les périodes d'exposition ;
- inégalités face aux cancers professionnels (inégalités sociales, professionnelles, environnementales, géographiques....) ;
- suivi épidémiologique des personnes exposées, traçabilité des expositions professionnelles et suivi des travailleurs exposés (suivi post professionnel, suivi post exposition, relais médecin du travail/ médecin traitant) ; biomarqueurs (d'exposition et d'effet) et biosurveillance ;
- Prévention, reconnaissance, réparation des cancers professionnels et institutions et services de santé au travail.

C. PREVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE OU TERTIAIRE DES CANCERS :

- alimentation, activité physique, poids ou autres facteurs nutritionnels avant, pendant ou après le cancer (population générale ou populations particulières telles que les personnes à risque élevé de cancer ou les personnes ayant déjà eu un cancer) ; travaux de recherche clinique, épidémiologique (intervention, observation) ou mécanistique, biomarqueurs d'exposition ou d'effet, interaction avec d'autres facteurs, effets précoces y compris dans la vie utérine...
- consommation cumulée de tabac et d'alcool et cancers : méthodes d'évaluation des risques cumulés, organes cibles, incidence comparative/ risques pris séparément...
- risques de cancers et consommation de produits du tabac autres que la cigarette manufacturée (cigares, chicha, tabac « sans fumée », etc.) ;
- amélioration des connaissances sur les risques de seconds cancers et sur des stratégies d'intervention pour les prévenir : épidémiologie, facteurs de risques, informations (approche sociologique, onco-psychologique...) ; compliance et efficacité de protocoles de suivi des personnes à risque de seconds cancers (approche par recherche-action).

D. DEPISTAGE :

- identification des diagnostics en excès (surdiagnostic) et des conséquences (surtraitement) dans les programmes de dépistage des cancers ;

- évaluation de nouvelles stratégies de dépistage du cancer du col utérin en population générale (stratégies de recherche de l'ADN de l'HPV, acceptabilité en fonction des différentes tranches d'âge, stratégies de prise en charge des femmes ayant un test positif, assurance qualité des examens virologiques) ;
- nouveaux tests ou nouvelles stratégies de dépistage du cancer colorectal : remise du test de dépistage du cancer colorectal par d'autres professionnels de santé que le médecin généraliste ; facteurs influençant la réalisation de la coloscopie, évaluation des complications de la coloscopie dans le programme et des cancers chez les personnes non explorées après un test de dépistage positif ;
- motifs et circonstances de mise en surveillance (ACR3) dans le programme de dépistage du cancer du sein; impact de la requalification de clichés sur la poursuite de la participation au dépistage organisé ; évaluation des avantages reconnus au dépistage organisé face au dépistage individuel et impact sur le taux de participation ;
- stratégies de détection précoces des cancers de la cavité buccale ;
- niveaux de risques des cancers de la peau, facteurs différenciant les mélanomes à croissance rapide ou lente ;

E. EPIDEMIOLOGIE ET OBSERVATION DES CANCERS :

- développer des méthodologies pour améliorer la connaissance de l'épidémiologie des cancers dans les départements ne disposant pas de registres, des cancers rares, des stades au diagnostic de la maladie (notamment pour les cancers bénéficiant du dépistage organisé) ;
- identifier les facteurs explicatifs de l'évolution rapide de l'incidence de certains cancers au cours des 5 dernières années, notamment le mélanome ;
- analyser les caractéristiques des populations (sexe, âge, lieu de vie...) dont le cancer a été diagnostiqué à un stade avancé de la maladie selon le type de cancer diagnostiqué ; co-morbidités selon l'âge et les localisations cancéreuses ;
- améliorer les connaissances sur les facteurs associés aux disparités géographiques et spatiales du cancer en France (facteurs de risques, comportements environnementaux, accès ou modalités de recours aux soins, qualité de prise en charge, mobilité résidentielle de la population, inégalité socio-économiques) : inégalités de certains cancers, notamment ceux pour lesquels on constate que le risque de décès continue à augmenter ; facteurs d'inégalités dans des régions où on constate une augmentation du risque de décéder du cancer, non explicables par le simple vieillissement de la population ; facteurs d'inégalités infra régionales (disparités centre/ périphérie, disparités intra urbaines).
- mesures des fractions attribuables en France de différents cancers dus au tabac selon le sexe (incidence et décès) ;

F. METHODOLOGIE :

- Projets de recherche en méthodologie, susceptibles d'améliorer les connaissances pour la conception, la conduite, la gestion, l'analyse et l'interprétation des projets en épidémiologie clinique (dont les essais cliniques) dans le domaine des cancers. Ce champ inclut également les projets de recherche en méthodologie biostatistique.