

APPEL À PROJETS 2024

Amélioration du parcours de santé face au cancer des personnes en grande précarité

PRÉCARITÉ 24

DATE LIMITE DE SOUMISSION DES PROJETS : **18 juin 2024 – 16h00**

Soumission en ligne du dossier électronique :

<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-en-cours/PRECARITE2024>

SOMMAIRE

1-	Contexte de l'accès à la santé des personnes en grande précarité.....	3
2-	Objectifs et champs d'application de l'appel à projets.....	8
2.1	Objectifs	8
2.2	Champs d'application.....	10
2.3	Exclusions	11
3-	Modalités de participation.....	11
3.1	Durée des projets	11
3.2	Soutien financier	11
3.3	Structures concernées et bénéficiaires de la subvention	11
3.4	Coordination.....	11
4-	Processus de sélection et d'évaluation des projets.....	12
4.1	Processus de sélection	12
4.2	Critères de recevabilité et d'éligibilité	12
4.2.1	Critères de recevabilité : délai et complétude	12
4.2.2	Critères d'éligibilité des projets.....	13
4.2.3	Critères d'évaluation	13
5-	Dispositions générales	13
5.1	Financement.....	13
5.2	Dépenses éligibles	14
5.3	Publication et communication	14
6-	Calendrier	14
7-	Modalités de soumission	14
7.1	Modalités de soumission : portail PROJETS.....	14
7.2	Dossier de candidature :	15
8-	Publication des résultats	15
9-	Contacts.....	16

1- Contexte de l'accès à la santé des personnes en grande précarité

Face aux cancers, les inégalités persistent. Leur réduction demeure au cœur de la politique de lutte contre les cancers. Il s'agit de porter une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, en luttant contre les pertes de chance dès l'entrée dans le parcours, en garantissant un égal accès aux soins, à l'innovation et aux essais cliniques, et en évitant que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les difficultés des personnes malades. En outre, le combat contre les inégalités de santé est aussi un enjeu majeur en matière de prévention et de dépistage.

Appréhender de façon exhaustive, univoque, la grande précarité est une gageure tant le phénomène est multidimensionnel et les données incomplètes. En France, la grande précarité s'approche souvent au travers de sa dimension financière, dans un déplacement du concept de grande précarité à celui d'extrême pauvreté, avec le souhait de pouvoir identifier les personnes auxquelles la société souhaite venir en aide par une mesure socio-administrative du niveau de vie. Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté monétaire, fixé par l'INSEE à 60 % du niveau de vie médian, est ainsi un indicateur suivi de façon régulière. Certaines personnes pauvres disposent cependant de niveaux de vie bien inférieurs. Si la « grande pauvreté » n'est pas définie par des critères officiels, un rapport de l'INSEE estimait en 2015 que les personnes dont le niveau de vie se situe en deçà de 40 % du niveau de vie médian peuvent être considérées en situation de pauvreté monétaire extrême¹. En 2020, 3,2 % de la population vit sous ce seuil, soit 2,1 millions de personnes vivant avec moins de 752 € par mois pour une personne seule, selon les données de l'INSEE. Au seuil de 50 % du niveau de vie médian, 7,6 % de la population, soit 4,8 millions de personnes, vivent avec moins de 940 € par mois pour une personne seule². L'intensité de la pauvreté, qui mesure le niveau de vie des plus pauvres par rapport au seuil de pauvreté, permet par ailleurs d'apprécier la diversité des situations des ménages pauvres. Elle est en France d'environ 20 %, ce qui signifie que la moitié des personnes en situation de pauvreté disposent de revenus inférieurs de 20 % au seuil de pauvreté³.

Cependant, cette approche de l'extrême pauvreté, au-delà du fait qu'elle n'intègre pas par définition les personnes absentes des bases statistiques dont une partie connaît les formes les plus extrêmes de la pauvreté, en limite la compréhension du fait de la non-prise en compte de sa dimension multifactorielle. ATD Quart Monde, synthétisant les « Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme » du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, définit l'extrême pauvreté « par l'exclusion sociale et une somme d'insécurité dans différents domaines : manque de papiers d'identité, logement précaire, nourriture insuffisante, et les difficultés d'accès aux services de santé

¹ Lelièvre, m. (dir.), Arnold, c., Calvo, m., et al., (2015, juillet). minima sociaux et prestations sociales, ménages aux revenus modestes et redistribution. Paris, France : DRESS, coll. études et statistiques.

² « La pauvreté se stabilise en France », 14 octobre 2022 - INSEE – données 2020 – © observatoire des inégalités, https://www.inegalites.fr/evolution_pauvrete_annuelle

³ Etat des lieux de la pauvreté en France, 2 novembre 2022, OXFAM France, <https://www.oxfamfrance.org/inegalites-et-justice-fiscale/pauvrete-inegalites-france/>

et à l'éducation. Ce sont ces insécurités qui tendent à isoler les individus du reste de la société. Leur accumulation crée un cycle de pauvreté extrême qui peut se transmettre d'une génération à l'autre »⁴.

Dans son acception la plus large, la grande précarité correspond ainsi une situation de précarité qui touche durablement plusieurs domaines de l'existence (logement, emploi, santé...), à tel point qu'il est difficile d'en sortir par soi-même. C'est cette définition qui est retenue pour cet appel à projets.

Au-delà des chiffres se cachent donc des réalités, des situations de vie diverses impliquant des populations qui se caractérisent par leur occupation précaire d'un logement, leur situation familiale, leur âge ou sexe, leur statut professionnel, des situations défavorables qui se cumulent entre elles et engendrent un accroissement de l'extrême pauvreté.

➤ **Le logement**

Le logement s'avère être le premier déterminant de la grande précarité. Ainsi, ce n'est pas « l'accès à l'emploi qui est la principale cause de la grande pauvreté. C'est cette barrière que constitue le mal-logement et le risque de passer du mal-logement à l'extrême mal-logement »⁵.

En matière d'habitat précaire, des enquêtes de la Fondation Abbé Pierre estiment que 4 millions de personnes sont mal logées, sans domicile ou sans abri. En France, une personne est dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation (places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires), pour des durées allant d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou mois⁶. Dans sa dernière Etude nationale maraudes⁷, la Fédération nationale des SAMU sociaux identifie cinq populations rencontrées lors des maraudes : 78 % des personnes sont isolées, 9 % sont en couple avec enfants, 6 % sont des personnes isolées avec enfants, 5 % des couples sans enfant et 2 % sont des mineurs non accompagnés.

Etre sans domicile fixe ou en mal-logement impacte fortement non seulement la santé, l'espérance de vie d'une personne sans domicile fixe est de 49 ans contre 77 ans en population générale, mais aussi leurs capacités à bénéficier d'un parcours efficient face à la maladie.

➤ **Caractéristiques socio-démographiques**

Si elles sont peu visibles dans la rue, les femmes représentent la majorité des personnes pauvres en France (53 % des personnes dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté monétaire en 2019 selon l'INSEE). La situation est pire pour les mères sans emploi, pour lesquelles le taux de pauvreté grimpe à 70 %. La

4 Qu'est-ce que l'extrême pauvreté ? ATD-quartmonde – 5 mars 2019 - <https://www.atd-quartmonde.org/quest-ce-que-l-extreme-pauvrete/>

5 Audition de Jérôme Vignon, président de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) - lutter contre la grande pauvreté - Rapport du CESE

6 Insee-Méthodes n°116, 2006 - 1ère partie : Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête : Cécile Brousse

7 Fédération nationale des samu sociaux, en partenariat avec la FAS, Etude sur les maraudes 2023.

pauvreté touche aussi plus durement les femmes seules, qui sont 2,5 fois plus nombreuses à être pauvres que les hommes seuls.

Plus globalement, **au niveau familial**, la pauvreté extrême se rencontre davantage chez les personnes isolées et les familles monoparentales. Près de 29 % des personnes les plus pauvres vivent seules, contre 20 % de l'ensemble de la population. Une sur six vit dans une famille monoparentale, soit deux fois plus qu'en population générale, et **une famille monoparentale** sur trois est pauvre. Dans plus de 80 % des familles monoparentales, le parent est une femme. Près de 3 millions d'enfants sont pauvres en France, soit un enfant sur cinq.

La grande pauvreté touche fortement les jeunes adultes de moins de 25 ans. Ils représentent un peu plus d'un quart des adultes pauvres au seuil de 40 %, contre 10 % de la population adulte. Lorsqu'ils ne sont pas étudiants, ils sont souvent sans travail et, ayant peu cotisé, peu couverts par l'assurance chômage. Par ailleurs, ils vivent majoritairement chez leurs parents et fréquemment dans des familles monoparentales ou nombreuses, très présentes dans le bas de l'échelle des niveaux de vie⁸.

La pauvreté touche plus fortement les personnes sans emploi. Ainsi, près de 40 % des personnes au chômage sont pauvres. Mais l'emploi ne protège pas complètement de la pauvreté, voire pour les cas les plus extrêmes de la grande pauvreté. Ainsi, 2 millions de personnes qui travaillent sont pauvres en France, soit 8 % des travailleurs et travailleuses.

➤ **L'Etat de santé des personnes en situation d'extrême pauvreté**

L'état de santé des personnes en situation d'extrême pauvreté se démarque non pas par l'existence de pathologies particulières, mais par une épidémiologie spécifique des pathologies⁹. Il se caractérise par :

- Une santé mentale mise à l'épreuve avec notamment des cas de dépressions, schizophrénies, démences en lien potentiellement avec une dépendance alcoolo-tabagique ;
- Les problématiques de dépendance se traduisent par des états de santé fortement dégradés, avec une prévalence élevée de bronchopneumopathie chronique obstructive ou d'éthylisme chronique et aigu, qui augmentent respectivement le risque de cancer bronchique et hépato-digestif ;
- Des maladies métaboliques et nutritionnelles, telles que le diabète et l'obésité, associées à une alimentation déséquilibrée ;
- Des pathologies infectieuses, telles que l'hépatite C, le VIH et d'autres infections transmises par voies sexuelle et sanguine notamment, qui sont des facteurs de risque de cancer du col de l'utérus, du foie, de la sphère ORL, entre autres ;

⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-sans-domicile-et-les-personnes-vivant-avec-moins-de-660-euros-par-mois-un>

⁹ Olivier CHA, La santé des sans-abri, *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 2013, 197, no2, 277-291, séance du 5 février 2013

- Une traumatologie importante chez les personnes vivant à la rue, liée à la violence de leur environnement de vie.

Diagnostiquées plus tardivement du fait de l'absence de suivi médical, ces pathologies sont prises en soins à un stade plus avancé que dans la population générale. Les personnes diagnostiquées sont aussi souvent polypathologiques : parmi la patientèle des centres de soins gratuits, la moitié présente au moins quatre problèmes diagnostiqués et 20 % en ont au moins huit.¹⁰

Les personnes sans domicile ont un profil de morbi-mortalité par cancer spécifique : que ce soit chez les hommes ou les femmes, les cancers des bronches et du poumon sont les plus fréquents en termes d'incidence et de décès par cancer. Les cas et les décès liés aux cancers de l'oropharynx et du foie sont survenus plus fréquemment chez les hommes sans domicile, et l'épidémiologie des cancers chez les femmes sans domicile se caractérise par une sur-incidence et une sur-mortalité liées au cancer du col de l'utérus¹¹.

Cette situation épidémiologique reflète, d'une part, les facteurs de risque auxquels ces personnes sont exposées, et d'autre part, leurs relations, ou absence de relation, avec le système de santé, y compris dans sa dimension préventive.

La consommation d'alcool et de tabac constitue le facteur de risque de cancer le plus présent chez les personnes sans-abris : « Les études concordent quant à la prévalence et la mortalité attribuables élevées d'abus de tabac, d'alcool et de substances dans cette population. Le tabagisme, y compris chez les femmes, est quatre fois plus fréquent que dans la population générale »¹². L'addiction à l'alcool est également très présente, 27 % des personnes sans-abri sont dépendantes de l'alcool.

De nombreux acteurs institutionnels et associatifs interviennent dans le champ de l'addiction : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), les Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, apportent des solutions d'accompagnement, qui doivent s'articuler avec l'ensemble des acteurs médicaux et médico-sociaux participant au parcours de santé des personnes ciblées.

L'accès à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière sont nécessaires pour limiter les facteurs de risque de cancer, notamment l'obésité. Or la précarité de logement, quelle qu'en soit sa forme s'accompagne souvent d'une insécurité alimentaire et renforce les difficultés d'accès à des repas équilibrés : selon l'Agence nouvelle des solidarités actives, 96 % des hébergés franciliens arrivés en France depuis moins d'un an sont en insécurité alimentaire,

¹⁰ La précarité entrave le droit d'accès à la santé des personnes sans-abri, <https://www.dansmarue.net/la-precarite-entrave-le-droit-a-la-sante>

¹¹ T. P. Baggett, Y. Chang, B. Porneala, M. Bharel, D. E. Singer, N. Rigotti, « Disparities in Cancer Incidence, Stage, and Mortality at Boston Health Care for the Homeless Program », *Am J Prev Med.* 2015 Nov. 49 (5) : 694-702.

¹² Y Jackson, T. Willemin, P. Bodenmann, « Santé et soins des personnes sans abri », *revue médicale suisse*, 2016 (12)

un quart des enfants est obèse, soit 10 points de plus que dans la population générale, et un tiers des mères, contre 15 % en population générale¹³. Les familles hébergées à l'hôtel, par exemple, présentent des problématiques spécifiques liées aux conditions d'accueil à l'hôtel : difficulté à conserver des aliments frais et à cuisiner en l'absence d'accès à une cuisine. Le financement par l'Etat de tiers lieux avec cuisines partagées, de lieux de restauration mobiles ou de restaurants solidaires pour les familles hébergées à l'hôtel, les projets associatifs aidant à l'apprentissage de la cuisine par micro-onde, par exemple, ou certains dispositifs d'aide alimentaire, favorisent l'accès à une alimentation variée. Pour autant, ces initiatives sont encore peu nombreuses et l'aide alimentaire, parce qu'elle privilégie les aliments non périssables, ne favorise pas toujours des repas équilibrés.

Le non-recours aux droits est le premier frein à l'accès au système de santé. Il est notamment lié à la précarité du logement, une domiciliation étant systématiquement nécessaire pour activer les droits. Même si des dispositifs domiciliations sont proposés, leur mobilisation n'est pas aisée. L'Académie de médecine considère qu'en France, en 2017, plus de cinq millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé. Il s'agit des « sans-papiers » non-bénéficiaires de l'AME et des personnes éligibles à la PUMa qui n'y recourent pas. Les chiffres sur la couverture sociale des personnes en situation d'extrême pauvreté proviennent d'études portant souvent sur une sous-population spécifique, cependant, ils mettent tous en avant un faible niveau de couverture sociale (12 % des sans domicile fixe n'ont pas de couverture sociale, 82 % des réfugiés consultant en centre d'accès aux soins et d'orientation (CASO) ayant droit à une couverture maladie ne font pas valoir leur droit¹⁴). Il est à noter que les ouvertures de droits reposent souvent sur des procédures dématérialisées face auxquels les populations les plus précaires sont particulièrement démunies qui souvent renoncent à des aides du fait de leurs difficultés face au numérique.

Le non-recours aux soins des personnes en situation d'extrême pauvreté est également lié selon les données de l'Agence nouvelle des solidarités actives à des difficultés financières (37 % des cas) du fait du reste à charge notamment, à la méconnaissance des droits et des structures (23 %), à des difficultés administratives (16 %), à la barrière linguistique (13%) et à des expériences difficiles dans le système de soins, telles que le refus de soins par certains professionnels de santé ou des pratiques discriminatoires¹².

Concernant le recours effectif aux soins, la situation est très variable selon la situation individuelle, notamment en matière de logement. Si plus des trois quarts (80,8 %) des personnes sans logement d'Ile-de-France ont consulté un médecin dans les douze derniers mois¹⁵, celles hébergées en hôtel et dans le

¹³ ANSA. Comment mieux prendre en charge les personnes sans domicile ? 2016 N°18

¹⁴ Académie nationale de médecine. Rapport : Précarité, pauvreté et santé. 2017

Médecins du monde. Rapport 2006 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecin du monde. 2007 ? cités par La précarité entrave le droit d'accès à la santé des personnes sans-abri, <https://www.dansmarue.net/la-precarite-entrave-le-droit-a-la-sante>

¹⁵ Sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm), *la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* - Premiers résultats Rapport final - Janvier 2010

dispositif d'insertion ont significativement plus recours aux soins dans les douze derniers mois (respectivement 88,1 % et 89,9 %) que celles prises en charge dans le dispositif d'urgence (72,2 %)¹⁶.

Des dispositifs ont été mis en place pour répondre à ces problématiques d'accès et de continuité des soins : centres d'accès aux soins et d'orientation (CASO), permanences d'accès aux soins de santé (PASS), lits haltes soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisé (LAM) et appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ces structures permettent un accompagnement médical et sont aussi des lieux ressources pour les personnes dans l'acquisition de leurs droits.

La population des migrants est confrontée à l'ensemble des problématiques évoquées, mais de façon beaucoup plus intense, au point que « l'état de santé de ces derniers, souvent meilleur que celui des habitants du pays dans lequel ils s'installent, se dégradent rapidement »¹⁷. Au-delà d'une problématique de droits, l'accès et le recours aux soins témoignent de la situation d'isolement, de perte d'identité que les personnes en migration vivent lors de l'arrivée dans un pays qui n'est pas toujours en capacité de leur éviter des situations de stigmatisation du fait de leur origine. Ce sentiment d'isolement est d'autant plus ressenti que lors d'une prise en charge, le décalage culturel, la maîtrise toute relative de la langue se confrontent à la nécessaire compréhension de la maladie et de ses traitements, qui dans le cas du cancer, maladie unique dont l'expression, la prise en soins dépendent de la localisation et du stade de la maladie. La traduction au-delà des mots, la médiation, l'accompagnement à l'expression face à la maladie et aux professionnels de santé sont autant d'outils mobilisable pour faciliter l'accès à l'information mais surtout son intégration.

2- Objectifs et champs d'application de l'appel à projets

2.1 Objectifs

Dans ce contexte, l'Institut national du cancer lance un appel à projets destiné à identifier des dispositifs et outils ayant pour objectif d'améliorer le parcours de santé des personnes en grande précarité face aux cancers, dont la transférabilité doit être étudiée¹⁸. Il peut également s'agir d'interventions développées sur d'autres domaines d'intervention, dont l'efficacité doit être dans le champ de la lutte contre le cancer.

¹⁶ Anne LEGAL, *Le recours aux prestations et services de protection sociale des personnes sans domicile (DREES)*, Lelièvre, M. (dir.), Arnold, C., Calvo, M., et al., (2015, juillet). Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2015. Paris, France : DREES, coll. Études et statistiques.

¹⁷ Didier Fassin « La « santé des migrants » : notes pour une généalogie », *la santé en action : Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, n°455, Mars 2021.

¹⁸ On entend ici par transférabilité « la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte », Linda Cambon, Laetitia Minary, Valéry Ridde, François Alla, « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE » *Santé Publique* 2014/6 (Vol. 26), pages 783 à 786

Au cours de la dernière décennie, des initiatives ont été menées en vue de contribuer à la réduction des pertes de chance des personnes en grande précarité face aux cancers, que ce soit en matière de prévention, primaire et secondaire, d'accompagnement dans les soins ou lors du retour à domicile après la phase aigüe des traitements. Dès lors qu'elles ont démontré leur efficacité et/ou leur impact, il convient de permettre la diffusion de ces actions innovantes.

Le changement d'échelle renvoie à l'idée d'élargissement ou renforcement des impacts sociaux des innovations s'appuyant sur le principe qu'un « bon » projet ne doit pas rester confidentiel mais qu'il faut permettre à une population plus importante de bénéficier de ses impacts positifs. Pour cela, trois séquences sont à l'œuvre : le développement d'un projet initial par un porteur opérationnel, sa reprise, au niveau national ou local, par les acteurs publics dans une démarche de généralisation ou quasi-généralisation, et l'engagement de nouveaux porteurs de projets, dans une logique d'essaimage¹⁹.

Cet appel à projets a pour objectif de promouvoir ces orientations. Les projets pourront prendre les formes suivantes :

- 1.- Actions de modélisation d'un concept, d'un savoir-faire, d'un dispositif, afin de favoriser son changement d'échelle ;
- 2.- Actions de production d'outils, de boîte à outils, de contenu pédagogique ;
- 3.- Actions de capitalisation et de partage d'expériences.

Les actions concernées devront avoir fait la preuve de leur efficacité et de leur impact et porter un potentiel de répliquabilité dans d'autres territoires ou d'autres contextes d'intervention. **L'accent sera mis sur l'identification des conditions de faisabilité, d'efficacité et de transférabilité des actions auprès des personnes concernées. Les projets doivent mettre en exergue la logique d'action, les critères d'évaluation de l'efficacité de l'action ainsi que ceux évaluant la transférabilité**²⁰. Ils s'inscriront dans une démarche d'apport de connaissances sur les conditions de faisabilité et d'efficacité de la mise en œuvre des interventions.

Les interventions proposant **des modalités innovantes et des actions coordonnées** seront privilégiées. Celles-ci doivent s'inscrire dans une dynamique partenariale et territoriale, incluant l'ensemble des acteurs impliqués : associations, structures et professionnels médico-sociaux, structures et professionnels de la santé, collectivités territoriales...

Les projets susceptibles d'être retenus dans le cadre du présent appel à projets devront, par ailleurs, proposer une ou plusieurs interventions en faveur d'une ou plusieurs populations concernées par le champ de l'appel à projets. Les projets proposés doivent assurer, dans leur gouvernance, **la représentation des**

¹⁹ Commissariat général à l'égalité des territoires, *Accompagnement au changement d'échelle des projets locaux socialement innovants. Analyse des rôles de l'acteur public*. Novembre 2017

²⁰ A cet égard, les méthodes de la recherche interventionnelle en santé publique pourront être privilégiées dans la réflexion sur le changement d'échelle de chaque intervention. Voir notamment " Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE " (<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>)

personnes en grande précarité, tant dans l'expression des besoins que dans l'élaboration des actions et la réflexion sur le changement d'échelle.

2.2 Champs d'application

Les projets porteront sur des **interventions relatives aux domaines du parcours**, et notamment à l'annonce de la maladie, à la mise en place et au suivi du traitement en priorité, mais aussi sur des **actions d'éducation à la santé, de prévention primaire des facteurs de risque (dont alcool, tabac, nutrition), de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique du patient** en tenant compte des recommandations émises par la Haute autorité de santé (HAS) pour améliorer l'accompagnement médico-social ²¹ des personnes, considérée dans leurs globalité et singularité, au plus près de leurs besoins et en leur permettant d'être acteur de leur accompagnement :

- Repérage, orientation, sensibilisation, information des personnes pouvant ou devant être accompagnées face au cancer sur le parcours de santé, en matière de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique, dans une logique d'« aller vers » :
 - Adaptation des modalités d'intervention pour être au plus proche des personnes ciblées ;
 - Modalité de mobilisation des relais, notamment médico-sociaux.
- Accompagnements et améliorations de l'accès aux soins tout au long du parcours de soins pour s'assurer que les personnes ne subissent pas de perte de chance :
 - Information adaptée lors de l'annonce de la maladie, de la mise en place du traitement, prise en compte des fragilités, programmes de prévention tertiaire et d'éducation thérapeutique ;
 - Adaptation des lieux et de l'accès aux équipements (lieux de soins, hébergement, répit...).
- Coordination entre les acteurs médicaux et médico-sociaux qui accompagnent des personnes en grande précarité aux différents temps du parcours de santé :
 - Transversalité entre les champs sanitaire, social et médico-social ;
 - Collaboration et coopération entre les professionnels de santé, de l'action sociale et médico-sociale et les acteurs de la promotion de la santé ;
 - Développement d'outils connectés, de partage d'information.
- Accompagnement des personnes à l'autonomie en santé :
 - **Approches** : renforcement des « capacités » et capacités d'agir, promotion de la santé, éducation à la santé, éducation thérapeutique, réhabilitation, « prendre soin », engagement, littératie en santé ;

²¹ Haute autorité de santé, LHSS, LAM et ACT : *l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours*, décembre 2020

- **Valeurs** : respect de la volonté de la personne et de ses libertés de choix, confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences, reconnaissance de l'expérience des personnes en santé, notamment celle des patients.

2.3 Exclusions

Sont exclus du champ de l'appel à projets :

- les actions, dispositifs, outils relatifs aux démarches d'accès aux droits stricto sensu ;
- les projets d'analyses de données médico-administratives sur cette population ;
- les projets de recherche y compris interventionnelle (différents appels à projets sont proposés par l'Institut national du cancer au sein desquels ces projets sont éligibles) ;
- la formation continue des professionnels stricto sensu.

3- Modalités de participation

3.1 Durée des projets

Le financement porte sur une durée de 18 mois.

3.2 Soutien financier

La subvention demandée ne doit pas dépasser 60 000 Euros.

3.3 Structures concernées et bénéficiaires de la subvention

Cet appel à projets s'adresse à l'ensemble des organismes publics ou privés à but lucratif ou non lucratif œuvrant dans les domaines de la prévention, du dépistage des cancers, du soin, de l'assistance ou dans l'accompagnement des personnes en grande précarité. Les collectivités territoriales sont également éligibles.

Les services déconcentrés de l'État ne sont pas éligibles.

3.4 Coordination

Le coordonnateur du projet sera rattaché à l'organisme bénéficiaire de la subvention. Il est responsable de la mise en œuvre du projet, de la production des documents requis (rapports et bilans scientifiques), de la tenue des réunions, de l'avancement du projet et de la communication relative à sa mise en œuvre.

4- Processus de sélection et d'évaluation des projets

4.1 Processus de sélection

Pour mener à bien l'évaluation, l'INCa s'appuie sur un comité d'évaluation (CE) dont les membres, reconnus pour leur expertise, sont rapporteurs des projets soumis.

Les membres du comité d'évaluation ne pourront pas être porteurs de projets.

Avant d'accéder à l'évaluation les rapporteurs s'engagent sur le portail PROJETS (validation par clic²²) à :

- Respecter les dispositions déontologiques de l'Institut, consultables à l'adresse suivante: <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Deontologie-et-transparence-DPI/Acteurs-de-l-evaluation-de-projet> ;
- Conserver confidentiels les documents ou informations auxquels ils auront accès ;
- Déclarer les liens d'intérêts directs ou indirects qu'ils pourraient avoir avec les projets à évaluer.

La composition du CE est publiée à l'issue du processus d'évaluation de l'appel à projets.

Les principales étapes de la procédure de sélection des dossiers de candidature sont les suivantes :

- soumission électronique du dossier de candidature (complétude du formulaire en ligne, description du projet et annexe financière) ;
- vérification des critères de recevabilité et d'éligibilité ;
- évaluation des projets : les membres du Comité d'évaluation (CE) évaluent les projets (trois rapporteurs par projet) et discutent collégialement de la qualité des projets ;
- proposition par le CE d'une liste des projets à financer ;
- décision de l'INCa et publication des résultats.

4.2 Critères de recevabilité et d'éligibilité

4.2.1 Critères de recevabilité : délai et complétude

Le dossier de candidature est composé d'un formulaire à compléter en ligne et de deux documents à déposer en plus : description du projet et annexe financière. Les documents doivent être intégralement complétés sous peine de non recevabilité.

22 Signature par validation par clic qui, en application des conditions générales d'utilisation du Portail PROJETS, a la même valeur qu'une signature manuscrite et engage juridiquement le signataire.

4.2.2 Critères d'éligibilité des projets

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

- le projet doit répondre aux objectifs et champs du présent appel à projets ;
- le projet doit être précisément exposé quant à son contexte, son pilotage, sa mise en œuvre, ses résultats attendus et son évaluation et son financement selon le modèle transmis;
- le coordonnateur de projet ne doit pas être membre du comité d'évaluation (CE) de cet appel à projets ;
- le coordonnateur ne peut assurer la coordination de plus de trois projets financés par l'INCa.
- le projet doit être d'intérêt général, et ne doit pas s'inscrire dans une finalité lucrative (commercialisation, perception de redevance 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.

4.2.3 Critères d'évaluation

Les dossiers satisfaisant aux critères d'éligibilité seront évalués à partir des critères généraux suivants :

- Qualité du projet ;
- Faisabilité et méthodologie ;
- Impact du projet ;
- Evaluation de santé publique.

5- Dispositions générales

5.1 Financement

Le financement sera attribué selon les dispositions du Règlement des subventions n°2021-01 relatif aux subventions allouées par l'Institut national du cancer, consultable sur ce lien « [règlement des subventions](#) ».

Les participants au projet (coordonnateur, responsable d'équipes participantes et représentant légal de l'organisme bénéficiaire de la subvention) devront s'engager à respecter ce règlement de la façon suivante :

- Le coordonnateur du projet s'engage directement sur le portail PROJETS dans la rubrique « engagement » du dossier de candidature (signature par validation par clic²³) ;
- Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire de la subvention devra compléter et signer (manuscrit) le formulaire « engagement »

²³ Signature par validation par clic qui, en application des conditions générales d'utilisation du Portail PROJETS, a la même valeur qu'une signature manuscrite et vaut engagement juridique de respecter le règlement

téléchargeable sur le portail PROJETS. Le coordonnateur du projet devra ensuite déposer tous les formulaires scannés dans la rubrique « engagement » du dossier de candidature sur le portail PROJETS.

5.2 Dépenses éligibles

Les dépenses sont éligibles dans la mesure où elles sont nécessaires à la mise en œuvre du projet. Elles doivent donc s'inscrire en conformité avec les objectifs poursuivis par le projet et participer à l'atteinte de ces derniers, pendant toute la durée du projet.

Les dépenses éligibles à la subvention figurent dans le Règlement des subventions n°2021-01 de l'Institut (lien de consultation [règlement des subventions](#)) aux articles suivants :

- article 5.4.1 s'agissant des dépenses de personnels ;
- article 5.4.2 s'agissant des dépenses de fonctionnement ;
- article 5.4.3 s'agissant des dépenses d'équipement et d'investissement ;
- article 5.4.4 s'agissant des frais de gestion.

5.3 Publication et communication

Toute communication écrite ou orale concernant les travaux des projets subventionnés devra obligatoirement mentionner l'identifiant unique (communiqué à partir du portail PROJETS) et être accompagné du logo de l'Institut national du cancer.

6- Calendrier

Date de lancement de l'appel à projets	Mars 2024
Date limite de soumission du dossier de candidature	18 juin 2024 16h00
Comité d'évaluation	Octobre 2024
Publication des résultats	Novembre 2024

7- Modalités de soumission

7.1 Modalités de soumission : portail PROJETS

La soumission des projets s'effectue directement à partir du portail PROJETS : <https://projets.e-cancer.fr>

Création/activation de compte : pour vous connecter, utilisez votre adresse email de référence en tant qu'identifiant sur la page d'accueil du portail PROJETS.

- Si vous n'êtes pas encore inscrit, créez votre compte et complétez vos identité et profil professionnel.
- Si vous êtes déjà enregistré un message vous signale que votre adresse email existe déjà. Il vous suffit alors de cliquer sur "Mot de passe oublié" et de suivre les indications.
- Enfin, si vous pensiez être déjà inscrit et que votre adresse email n'est pas reconnue, contactez-nous à l'adresse :

assistanceprojets@institutcancer.fr

Dépôt du dossier de candidature : tout dossier de candidature doit **être déposé au nom et coordonnées du coordonnateur exclusivement**. Un dossier déposé sous un autre nom/adresse mail ne sera **pas recevable**.

7.2 Dossier de candidature :

Chaque dossier de candidature est soumis par une **seule** personne.

Le candidat accède à son compte dans le portail PROJETS :

- Il complète les données demandées en ligne (rubriques complémentaires) ;
- Il dépose les documents requis pour la soumission :
 - descriptif du projet dans la rubrique « Présentation du projet » ;
 - budget prévisionnel dans la rubrique « "annexe financière – budget prévisionnel" ;
 - Il est possible d'ajouter des pièces jointes complémentaires au dossier, dans le volet « Description du projet », aux rubriques « Pièces jointes complémentaires ». Attention : le numéro de dossier reçu lors du dépôt du projet doit figurer sur chaque document.

Validation/soumission :

La validation définitive impose une relecture de la complétion des données. Puis, le **clic « soumission définitive »** génère un email accusant réception et confirmant le dépôt du dossier.

Attention :

- Veuillez vérifier si vous avez reçu cet email (vérifier dans les indésirables ou le cas échéant, dans votre système de protection ;
- Aucun dossier ne sera accepté passer l'heure et date de clôture si le bouton « soumission définitive » n'a pas été actionné.
- Une fois validé, vous ne pourrez plus revenir sur les éléments de votre dossier.

8- Publication des résultats

Les résultats seront communiqués aux porteurs de projets. La liste des projets financés sera publiée sur e-cancer.fr, le site internet de l'Institut National du Cancer.

9- Contacts

Vous pouvez nous contacter pour toute information :

➤ **relative aux projets eux-mêmes :**

Hélène Vandewalle,

Mission Appui à la stratégie et partenariats

Tel : 01 41 10 15 30

E-mail : hvandewalle@institutcancer.fr

➤ **de nature administrative :**

aap-SP-info@institutcancer.fr

➤ **d'ordre technique sur le portail PROJETS :**

assistanceprojets@institutcancer.fr