



Appel à propositions

Phase 2 - Propositions de lancement pour les consortiums

Principes généraux

La phase 1 du Réseau des centres d'oncologie du Marathon de l'espoir (MOHCCN ou « le Réseau ») a permis de mettre en place un réseau de recherche pancanadien axé sur l'oncologie de précision au profit des patients atteints de cancer au Canada. Ce travail s'est appuyé sur la mise en place réussie de cinq consortiums régionaux couvrant l'ensemble des dix provinces, qui constituent le socle structurel de la phase 2 de l'initiative.

Le présent appel à propositions (AAP) vise à recueillir des propositions visant à soutenir les cinq consortiums du MOHCCN dans le cadre du démarrage de la Phase 2. D'autres appels à candidatures axés sur les essais cliniques, la découverte fondée sur les données (y compris les données de la Phase 1) et des projets pilotes plus ciblés, seront publiés ultérieurement, le cas échéant. Le financement est subordonné à l'approbation de la Phase 2 par le Conseil du Trésor du gouvernement du Canada et à la signature de l'accord de contribution de la Phase 2 avec le gouvernement du Canada.

Les propositions doivent être soumises par le(s) chef(s) de file du consortium au nom de celui-ci ; une seule proposition par consortium sera acceptée. Tous les membres du consortium doivent être consultés et contribuer à l'élaboration de la proposition.

L'inclusion de nouveaux membres au sein du consortium — en particulier ceux situés dans des zones rurales et éloignées ou d'autres milieux mal desservis, y compris ceux qui desservent les populations autochtones — est fortement encouragée et sera prise en compte lors de l'évaluation des propositions. Des conseils concernant les stratégies d'inclusion des communautés mal desservies peuvent être obtenus en consultant la responsable des relations avec le cadre canadien de l'IRTF, Amber Teed. Il est également attendu que **toutes les propositions prévoient la consultation de patients**, tels que les membres du Groupe de travail des patients du MOHCCN et/ou d'autres partenaires patients. Une liste des noms et affiliations des membres du consortium et des patients et autres individus consultés doit être fournie en annexe de la proposition.

Les propositions doivent clairement exposer en quoi les travaux proposés contribuent à la réalisation des objectifs généraux de la Phase 2 du MOHCCN. Après avoir établi la



faisabilité générale du profilage par séquençage du génome entier et du transcriptome (WGTS, whole-genome and transcriptome sequencing en anglais) à grande échelle, du partage fédéré des données et du recrutement prospectif de cas au cours de la Phase 1, l'objectif principal de la Phase 2 est de s'appuyer sur ces résultats pour fournir des preuves claires de la valeur de l'oncologie de précision pour les patients canadiens atteints de cancer, en s'appuyant sur des **cohortes prospectives correctement conçues de patients atteints de cancer**. Les cohortes rétrospectives lancées mais non achevées au cours de la phase 1 ne sont pas admissibles.

Toutes les propositions doivent être accompagnées d'évaluations économiques régionales régulièrement actualisées en matière de santé, ainsi que d'études de mise en œuvre appropriées portant sur les avantages, les limites, les coûts et la faisabilité des approches d'oncologie de précision dans la région.

Cohortes

Les activités de la Phase 2 doivent se concentrer sur le recrutement et la caractérisation approfondie de **cas prospectifs grâce à l'intégration du WGTS, associée à la communication des résultats aux cliniciens traitants et aux patients**, afin de guider la prise de décision clinique et d'améliorer les résultats pour les patients (comme le programme *GenerationAll*). Afin de maximiser les preuves de l'utilité de l'oncologie de précision, **la priorité doit être donnée à des cohortes bien identifiées, plus susceptibles de démontrer les avantages de l'oncologie de précision pour les patients canadiens atteints de cancer**. Il pourrait s'agir de cohortes de patients atteints de tumeurs solides ou hématologiques présentant des besoins non satisfaits, de cancers rares ou difficiles à diagnostiquer, de cancers à apparition précoce (chez les moins de 40 ans), de tumeurs associées à un risque élevé de récurrence ou de résistance au traitement, de cancers d'origine inconnue, et autres. **Une autre priorité est l'inclusion de patients issus de populations mal desservies et de celles historiquement sous-représentées dans la recherche sur le cancer, y compris, mais sans s'y limiter, les communautés rurales, éloignées et autochtones, telles que définies dans la [ligne directrice du MOHCCN sur les populations mal desservies et sous-représentées](#)**. Cela devrait se faire par le biais de consultations minutieuses et d'une manière qui respecte et profite aux communautés et aux groupes inclus dans la recherche.

Outre les données WGTS et les champs de données cliniques normalisés du MOHCCN, **l'intégration de données pathologiques numérisées** est vivement encouragée. L'intégration d'une pathologie numérique de haute qualité devrait renforcer la corrélation moléculaire-clinique, soutenir des approches analytiques avancées (y compris les analyses basées sur l'intelligence artificielle) et améliorer l'interopérabilité entre les consortiums.



La pathologie numérique devrait devenir une composante obligatoire à l'avenir ; un plan à cet effet doit être fourni.

La valeur scientifique et clinique des cohortes pourrait être encore accrue par l'intégration supplémentaire du WGTS avec : 1) des approches **multiomiques complémentaires** — telles que l'épigénomique, la protéomique, le profilage immunitaire, la métabolomique et/ou l'ADN tumoral circulant ou l'ADN acellulaire — afin de permettre une caractérisation biologique plus complète, d'améliorer la découverte de biomarqueurs et d'affiner la stratification des risques et le choix des traitements ; 2) **la communication des résultats génétiques germinaux** aux cliniciens, aux patients et à leurs familles (**programme KnowMyGenes**). Il convient de fournir des preuves démontrant que ces études complémentaires peuvent être réellement lancées au cours de la première année. Dans certains cas, seuls des travaux exploratoires pourront être menés au cours de la première année, les projets à plus grande échelle étant mieux adaptés aux années suivantes.

Toutes les études doivent viser à **produire des données génomiques, moléculaires, cliniques et sur les résultats qui soient solides, reproductibles et publiables**, en respectant les protocoles standardisés du Réseau et les cadres de contrôle qualité qui garantissent l'interopérabilité et la pertinence clinique entre les consortiums.

Bien qu'il soit reconnu que les priorités de recherche puissent différer d'un consortium à l'autre, les collaborations impliquant deux ou plusieurs consortiums pour des priorités communes, telles que des cohortes prospectives spécifiques (par exemple, *GenerationAll*) ou des sous-études KnowMyGenes, sont fortement encouragées afin de réduire les doublons, d'améliorer la coordination nationale et d'accroître la puissance statistique des études de cohorte. Ces efforts de collaboration doivent être clairement décrits et référencés dans la proposition de chaque consortium participant.

Des exemples illustratifs d'études de cohortes pertinentes sont fournis à l'annexe 1.

Importance des approches intégrées

Afin d'optimiser l'efficacité, d'optimiser l'utilisation des ressources et d'éviter les doubles emplois, les cohortes prospectives devraient également constituer la principale source de données pour soutenir la mise en pratique et les études KnowMyGenes. Cette approche intégrée nécessitera une coordination étroite, une planification commune et une communication continue entre les équipes de projet afin d'harmoniser la conception des études, l'utilisation des échantillons biologiques, la production de données et la communication des résultats.



Mise en pratique

Les propositions doivent être accompagnées d'une évaluation économique de la santé spécifique à la région et de projets de mise en œuvre traitant des avantages, des limites, des coûts et de la faisabilité de diverses stratégies d'oncologie de précision au cours des quatre prochaines années. Les étapes clés nécessaires à la mise en œuvre dans le monde réel comprendront probablement :

- **Réduction des coûts grâce à la rationalisation ou à l'utilisation de technologies alternatives**
- **L'optimisation du flux de travail, de l'acquisition des échantillons à la communication des données :**
La rationalisation du flux de travail de bout en bout — du prélèvement et de l'enregistrement des échantillons jusqu'au traitement, à l'analyse et à la communication des résultats — peut réduire les besoins en main-d'œuvre, minimiser les erreurs et raccourcir les délais d'exécution. La standardisation entre les centres, associée à l'automatisation et au suivi numérique, peut améliorer la cohérence et le débit tout en réduisant les coûts par échantillon.
- **Comparaison du WGTS avec d'autres données génomiques (par exemple, les panels génétiques, les exomes), en mettant l'accent sur les avantages et les inconvénients ainsi que sur la charge de traitement des données.**
- **Utilisation d'outils basés sur l'IA pour accélérer l'analyse des données et la production de rapports :**
Les algorithmes basés sur l'IA peuvent automatiser des tâches à forte intensité de main-d'œuvre telles que l'ingestion et l'analyse des données, la quantification des biomarqueurs, l'identification des variants et la génération de rapports cliniques. Ces outils, lorsqu'ils sont correctement conçus et testés, peuvent réduire les analyses répétitives, accroître l'efficacité et permettre au personnel spécialisé de se concentrer sur l'interprétation complexe, réduisant ainsi le coût marginal de l'analyse diagnostique.
- **Développement de pipelines d'analyse partagés et centralisés entre les établissements et les provinces :** les pipelines interopérables basés sur le cloud réduisent la duplication des efforts, peuvent permettre un contrôle qualité harmonisé et diminuer les coûts liés à la maintenance de l'infrastructure. La centralisation (par exemple, le partage des ressources de calcul, de stockage et des licences) peut favoriser les économies d'échelle tout en garantissant des performances analytiques cohérentes, ce qui profite particulièrement aux centres de petite taille ou géographiquement dispersés.



Processus de candidature et d'examen

Les questions concernant les objectifs et les intentions de l'appel à propositions, ainsi que toute autre demande de renseignements sur la nature des documents à fournir à l'appui des réponses à l'appel à propositions, peuvent être soumises au bureau du MOHCCN de l'IRTF (moh@tfri.ca) jusqu'à une semaine avant la date limite de dépôt des propositions. Certaines questions et réponses anonymisées issues de ces soumissions pourront être publiées sur le site web du MOHCCN.

Une fois l'admissibilité vérifiée, les propositions seront évaluées par le Comité consultatif scientifique externe (ESAC) du MOHCCN sur le plan scientifique et par la direction de l'IRTF sur le plan administratif, conformément aux critères énoncés à l'annexe 2. Des examens externes supplémentaires pourront être sollicités si nécessaire. Des commentaires écrits seront transmis aux consortiums, après quoi les propositions révisées seront soumises à nouveau pour un avis final. Les recommandations de financement seront transmises au Conseil du Réseau pour des commentaires supplémentaires. L'approbation du financement sera donnée par le conseil d'administration de l'IRTF.

Dates clés

2 avril 2026 : Lancement de l'appel à candidatures (RFA)

9 avril 2026 : Webinaire d'information

8 mai 2026 : Soumission des candidatures

Juin 2026 : Annonce des décisions

1er juillet 2026 : Début du financement*

*Le financement est subordonné à l'approbation par le Conseil du Trésor du gouvernement du Canada de la proposition de Phase 2 et à la signature ultérieure de l'accord de contribution de Phase 2 avec le gouvernement du Canada.



Budget

Le budget maximal alloué **par Santé Canada** pour l'ensemble du Réseau au cours de la première année est **de 20 millions de dollars**, avec une contrepartie attendue de **10 millions de dollars (soit 0,50 \$ de contrepartie pour chaque dollar de Santé Canada) de la part des consortiums. Un montant supplémentaire de 10 millions de dollars est disponible à titre de contrepartie de la Fondation Terry Fox (TFF), et sa politique d'utilisation sera communiquée ultérieurement au fur et à mesure de l'avancement du programme.** Pour la première année, nous estimons que le budget maximal par consortium provenant de Santé Canada sera de 3,2 millions de dollars, avec un engagement minimal de 1,6 million de dollars de contrepartie institutionnelle (ratio de 1:0,5), en tenant compte du fait que la première année n'est pas une année complète (début prévu le 1er juillet 2026 et fin le 31 mars 2027). Il est prévu que le financement soit largement réparti entre tous les consortiums. **Si des appels à propositions supplémentaires s'avéraient nécessaires pour soutenir des projets insuffisamment couverts par les propositions, le montant maximal disponible par consortium pourrait être réduit afin de permettre le financement de ces autres appels à propositions.**

Au cours de la première année, le financement prendra en charge jusqu'à 2 000 cas à l'échelle du Réseau, dans le cadre d'un plan global de Phase 2 portant sur 11 000 cas, pour un coût total estimé à 5 000 dollars par cas WGTS type. Des fonds supplémentaires pourraient être nécessaires pour soutenir les activités impliquant des populations mal desservies, les études longitudinales, les études multi-omiques et les études *KnowMyGenes*. Les estimations « base zéro » des coûts supplémentaires associés à ces composantes, ainsi que la ou les sources de financement proposées — en particulier la disponibilité de fonds de contrepartie régionaux — doivent être documentées. Lors de la proposition du nombre de cas, il est généralement recommandé de calculer le nombre de cas par consortium en fonction du nombre de cas traités par le consortium lors de la Phase 1. Par exemple, si un consortium a traité 20 % de l'ensemble des cas lors de la Phase 1, il est suggéré d'élaborer une proposition pour environ 400 cas au cours de la première année. Des justifications, y compris l'adhésion tardive de certains consortiums au réseau, doivent être fournies si le nombre proposé diffère de manière significative.

Bien que les projets proposés puissent être liés à des essais cliniques en cours ou à venir, le présent appel à propositions **ne financera pas** le soutien aux essais cliniques en dehors de la production de données de profilage approfondi (le WGTS et potentiellement d'autres modalités) liées à la caractérisation et au suivi des cas. Un appel à propositions distinct, consacré au soutien aux essais cliniques — et utilisant des fonds provenant en partie de la TFF — sera publié ultérieurement.



Annexe 1

Exemple de cohortes

L'inclusion des populations mal desservies et de celles historiquement sous-représentées dans la recherche sur le cancer, telles que définies dans la [ligne directrice du MOHCCN sur les populations mal desservies et sous-représentées](#), est fortement encouragée. Les équipes de recherche et les consortiums doivent réfléchir attentivement à la manière de procéder en respectant les groupes et les communautés concernés et en répondant à leurs besoins et préoccupations réels.

1. **Diagnostic, traitement et suivi en oncologie de précision des cancers présentant des besoins cliniques non satisfaits importants**, y compris les tumeurs malignes nouvellement diagnostiquées, à haut risque, rares et difficiles à traiter (telles que les cancers à apparition précoce, les cancers d'origine inconnue, les cancers associés à des virus, les cancers pédiatriques et chez les adolescents/jeunes adultes (AJA), ainsi que les maladies réfractaires ou récidivantes). Ces initiatives peuvent impliquer la collecte de données longitudinales et des plans d'essais adaptatifs pour soutenir la détection précoce, le suivi de l'interruption, de la récurrence ou de la progression de la maladie, ainsi que des interventions thérapeutiques fondées sur des données moléculaires, avec pour objectif global d'améliorer le diagnostic, le traitement et le pronostic des patients canadiens atteints de cancer.
2. **Études de cohortes longitudinales** intégrant des biopsies tissulaires et liquides en série pour évaluer l'évolution clonale, la maladie résiduelle minimale et les indicateurs précoces de récurrence, avec ou sans interventions thérapeutiques.
3. **Projets d'intégration multiomique** : cohortes impliquant l'intégration complète de multiples modalités de données moléculaires et cliniques au-delà du WGTS afin de permettre une compréhension multidimensionnelle de la biologie tumorale et de la réponse thérapeutique, et de déterminer la contribution relative et la nécessité de chaque approche omique. Exemples :
 - a) Analyses intégrées de données cliniques, WGTS, protéomiques, épigénomiques, de profilage immunitaire, métabolomiques et/ou d'ADN tumoral circulant/ADN acellulaire pour identifier des biomarqueurs prédictifs et pronostiques.
 - b) Profilage multiomique longitudinal pour étudier l'évolution de la tumeur, les mécanismes de résistance thérapeutique et la modulation immunitaire induite par le traitement.
 - c) L'intégration des données moléculaires avec la pathologie numérique, l'imagerie, la radiomique et les résultats cliniques afin de développer des biomarqueurs composites et des outils d'aide à la décision clinique.
4. **KnowMyGenes** : À l'heure actuelle, le programme *KnowMyGenes*, qui vise à étudier l'identification, la caractérisation et la prise en charge clinique des résultats génomiques



germinaux exploitables et liés au cancer héréditaire pour un maximum de 2 000 cas sur une période de quatre ans, n'a pas encore fait l'objet d'une phase pilote complète. Dans ce contexte, les projets devraient tirer parti des cas de la cohorte de référence pour mener des projets pilotes limités dans le temps et en portée, visant à établir l'approche et à fournir des preuves convaincantes de la faisabilité de *KnowMyGenes*, tout en intégrant cette activité au sein des consortiums et entre eux afin d'éviter les doubles emplois. Cette initiative devrait impliquer la communication rapide des résultats aux cliniciens, aux patients et à leurs familles, avec l'aide d'un conseiller en génétique, et contribuer à améliorer l'évaluation et la prise en charge du risque de cancer. Si le programme est mis en œuvre au-delà de ces projets pilotes, une stratégie de mise en pratique devra être élaborée avec des économistes de la santé afin d'aborder les questions d'utilité clinique, de faisabilité, de rapport coût-efficacité et d'évolutivité. Pour être efficace, cette stratégie de mise en pratique devra être coordonnée avec celle du profilage en oncologie de précision (c'est-à-dire le WGTS somatique) (voir ci-dessous), et elle variera probablement d'une province à l'autre, ce qui nécessitera une évaluation régionale ciblée.

5. **Essais de thérapie ciblée néoadjuvante** intégrant des biopsies diagnostiques appariées et des échantillons postopératoires afin d'améliorer la sélection des patients, d'affiner la stratification des traitements et d'accélérer la découverte translationnelle.
6. **Essais de fenêtre à agent unique** intégrant des biopsies appariées pré- et post-traitement, suivis d'études de thérapie combinée guidée par des biomarqueurs pour évaluer les mécanismes de réponse et de résistance.
7. **Des essais de « fenêtre d'opportunité »** intégrant des biopsies appariées et une technologie de profilage moléculaire approfondi, afin de caractériser l'adaptation tumorale, le recâblage des voies de signalisation et les vulnérabilités thérapeutiques sous la pression du traitement.



Annexe 2

Critères d'évaluation

Après la vérification des conditions d'éligibilité, les propositions seront évaluées par le Comité consultatif scientifique externe (ESAC) du MOHCCN pour leur mérite scientifique et par la direction de l'IRTF pour les considérations administratives, conformément aux critères décrits ci-dessous. Les évaluations donneront la priorité à l'excellence scientifique, à la cohérence avec les objectifs de la Phase 2, à la capacité à faire progresser l'oncologie de précision et la mise en pratique à l'échelle du Réseau, ainsi qu'à la faisabilité.

1. Adéquation avec les objectifs de la Phase 2 du MOHCCN

- Mesure dans laquelle la proposition contribue à la réalisation des principaux objectifs de la Phase 2, notamment l'analyse de cohortes cliniquement significative, la communication des résultats et la mise en pratique.
- Explication claire de la manière dont le programme proposé s'appuie sur les résultats de la Phase 1, tout en évitant les redondances.
- Contribution des cas à la Cohorte de référence et respect des critères de caractérisation établis.

2. Mérite scientifique et innovation

- Solidité et clarté des questions de recherche et des hypothèses.
- Utilisation de technologies de profilage moléculaire de pointe et intégration de données multimodales le cas échéant.
- Potentiel de production de résultats de haute qualité, publiables et cliniquement pertinents.

3. Pertinence clinique et impact

- Probabilité que les travaux proposés éclairent les soins aux patients, la prise de décision clinique et/ou les pratiques du système de santé.
- Impact prévu sur les patients atteints de cancer au Canada, en particulier dans les domaines où les besoins cliniques ne sont pas satisfaits.

4. Collaboration et coordination nationale

- Solidité et faisabilité des collaborations entre consortiums et/ou entre établissements.



- Contribution à la coordination nationale, à la prévention des chevauchements et à l'augmentation de la puissance statistique.
- Plans clairs pour le partage des connaissances, la coordination et la communication au sein du réseau.

5. Équité, diversité, inclusion et accès

- Prise en compte explicite de l'accès équitable et de l'inclusion des populations mal desservies et sous-représentées dans la recherche en génomique du cancer, y compris, mais sans s'y limiter, les communautés rurales, éloignées et autochtones, telles que définies par [la ligne directrice du MOHCCN sur les populations mal desservies et sous-représentées](#).
- Pertinence des stratégies d'engagement, y compris des approches tenant compte des spécificités culturelles et des partenariats communautaires, le cas échéant.
- Potentiel de réduction des disparités dans l'accès à l'oncologie de précision.

6. Faisabilité, livrables et gestion

- Réalisme et clarté des livrables et des étapes clés de la première année, y compris les résultats attendus à 3 et 9 mois.
- Solidité du plan de suivi et d'atténuation des risques.
- Pertinence des calendriers et de l'intégration entre les projets.

7. Qualité de l'équipe et gouvernance

- Expertise, expérience et complémentarité de l'équipe proposée.
- Efficacité de la gouvernance, du leadership et des structures décisionnelles du consortium.
- Intégration au sein du MOHCCN au sens large et plans de croissance stratégique des partenariats.

8. Justification du budget et rapport qualité-prix

- Adéquation du budget avec les activités et les livrables proposés.
- Adéquation des efforts du personnel et de l'allocation des ressources.
- Preuves d'une utilisation efficace des fonds et d'une approche de budgétisation à base zéro.