AAP 2021 ReSP –IR - AURA

Recherche en Soins Primaires

**- Dossier de Candidature -**

**Date limite de dépôt : 27 septembre 2021 – 12h00**

**par mail auprès de votre DRCI de rattachement cf. liste contacts ci-dessous:**

**Instructions :**

1- Constitution du dossier :

* Le dossier doit être déposé complet **(le dossier scientifique ne doit pas dépasser 10 pages)**

Doit-être soumis au format PDF, le format et les consignes de préparation doivent être respectés (Calibri taille 11)

En annexes :

* Le protocole complet du projet (trame pouvant être proposée par votre DRCI de rattachement)
* Tableau de recensement des centres associés
* Le budget selon le modèle joint
* Le CV du porteur de projet
* Le CV du méthodologiste ou biostatisticien

2- Rappel des consignes :

* Portage : Les projets doivent associer au minimum
  + un porteur de projet acteur en soins primaires
  + un acteur d'une autre structure de recherche
  + un établissement public de santé, ou CLCC de la région AURA, doté d’une DRCI pour la gestion des fonds
* La durée maximale du projet est limitée à 36 mois
* Le montant du financement demandé ne doit pas excéder 300 K€
* Les centres associés doivent se situer à 90% dans la région AURA, 10% d’entre eux pouvant relever de départements limitrophes.

**Contacts GIRCI :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospices Civils de Lyon** | * Martine MICHON : [martine.michon@chu-lyon.fr](mailto:martine.michon@chu-lyon.fr) * Delphine TEPPE : [delphine.teppe-croitoru@chu-lyon.fr](mailto:delphine.teppe-croitoru@chu-lyon.fr) |
| **CHU de Saint Etienne** | * Corinne SABOT : [drci@chu-st-etienne.fr](mailto:drci@chu-st-etienne.fr) |
| **CHU de Clermont Ferrand** | * Lise LACLAUTRE : [llaclautre\_perrier@chu-clermontferrand.fr](mailto:llaclautre_perrier@chu-clermontferrand.fr) * Gérald GOUBY : [ggouby@chu-clermontferrand.fr](mailto:ggouby@chu-clermontferrand.fr) * [drci@chu-clermontferrand.fr](mailto:drci@chu-clermontferrand.fr) |
| **CHU de Grenoble** | * [AccueilRecherche@chu-grenoble.fr](mailto:AccueilRecherche@chu-grenoble.fr) |
| **Centre de Lutte Contre le Cancer CLB** | * Anne-Claire CADORE : [AnneClaire.CADORE@lyon.unicancer.fr](mailto:AnneClaire.CADORE@lyon.unicancer.fr) |
| **Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin** | * Isabelle TINET : [Isabelle.TINET@clermont.unicancer.fr](mailto:Isabelle.TINET@clermont.unicancer.fr) |

# Dossier :

|  |  |
| --- | --- |
| **Acronyme du projet** |  |
| **Titre du projet** |  |

**Coordonnateur Scientifique du Projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigateur coordonnateur** | |
| Civilité (Madame, Monsieur) |  |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Fonction (CCA, PH, MCU, PU-PH, etc.) |  |
| Spécialité (si applicable) |  |
| Service (si applicable) |  |
| Structure (si applicable) : |  |
| Ville |  |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |
| Courriel du responsable de structure interne du porteur (chef de service, coordonnateur général de soins, etc.) (si applicable) |  |
|  | |
| **Structure en charge de la promotion** | |
| Structure en charge de la promotion (Nom) |  |
| Structure responsable de l’assurance qualité (Nom) |  |
| Structure responsable de la gestion des données et des statistiques (Nom) |  |
| **Structure responsable du budget :** | |
| Structure responsable de la gestion de projet (Nom) |  |
| N° SIRET  ou FINESS : |  |
| Correspondant gestionnaire financier (Nom, Prénom, Email, Téléphone :) |  |
|  | |
| **Portage scientifique (conformément à la note d’info n°DGOS/PF4/2021/162 du 16 juillet 2021 les projets devront associer au minimum un « acteur des soins primaires » ET un « autre acteur de la recherche » tels que décrits ci-dessous).** | |
| **Acteur des soins primaires (professionnel de santé libéral, cabinet médical, Maison de santé, Centre de santé, CPTS, etc.)** | |
| Civilité (Madame, Monsieur) |  |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| Spécialité (si applicable) |  |
| Service (si applicable) |  |
| Structure (si applicable) |  |
| Ville |  |
| E-mail |  |
| **Autre acteur de la recherche associé (établissement de santé, université, EPST, etc.)** | |
| Civilité (Madame, Monsieur) |  |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| Spécialité (si applicable) |  |
| Service (si applicable) |  |
| Structure |  |
| Ville |  |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |
| **Autre acteur de la recherche associé (établissement de santé, université, EPST, etc.)** | |
| Civilité (Madame, Monsieur) |  |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| Spécialité (si applicable) |  |
| Service (si applicable) |  |
| Structure |  |
| Ville |  |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Méthodologiste** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Structure |  |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |
|  | |
| **Economiste de la santé (si applicable)** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Structure |  |
| E-mail |  |
| Téléphone |  |

# Dossier Scientifique :

## Domaine d’intervention

|  |  |
| --- | --- |
| Médecine générale | Psychiatrie |
| Urgences / SAMU | Santé au travail |
| Pédiatrie | Autres, préciser |

|  |  |
| --- | --- |
| Questionnaire orientation | |
| La recherche porte sur l’évaluation thérapeutique | Oui  Non |
| La recherche porte sur l’évaluation d’actes, DM, procédures ou examens | Oui  Non |
| La recherche porte sur l’évaluation de soins de prévention | Oui  Non |
| La recherche porte sur l’organisation des soins | Oui  Non |
| La recherche porte sur l’organisation de stratégies de prévention | Oui  Non |
| La recherche porte sur les pratiques infirmières et paramédicales | Oui  Non |
| La recherche correspond à de nouvelles analyses d’une base de données déjà constituée sans collecte de données supplémentaires | Oui  Non |
| La recherche a pour objet une enquête de satisfaction auprès des patients ou soignants | Oui  Non |
| La recherche a pour objet une expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé | Oui  Non |
| La recherche vise à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé | Oui  Non |
| La recherche vise à évaluer les pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé | Oui  Non |
| La recherche porte sur une catégorie autre  Si oui préciser : | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niveau de maturité de la technologie de santé[[1]](#footnote-1)** | |
| *1 chiffre + 1 lettre (*Une image contenant texte, clipart  Description générée automatiquement Eligibilité TRL 6C à 9 inclus) |  |

|  |
| --- |
| **Résumé du projet  ½ page** |
| *Rationnel du projet, données de la littérature, pathologie, domaine d’étude*  *Appuyer et justifier les propos par des références bibliographiques* |

|  |
| --- |
| **Justification / Contexte** |
| *Rationnel du projet, données de la littérature, pathologie, domaine d’étude*  *Appuyer et justifier les propos par des références bibliographiques* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Originalité du projet** | |
| *Positionnement des travaux dans le contexte national et international des connaissances actuelles*  *Appuyer et justifier les propos par des références bibliographiques* | |
| **Objectifs** | |
| *Enoncé de l’objectif principal (un seul objectif principal) et de tous les objectifs secondaires*  Objectif principal : | |
| Objectif(s) secondaire(s) : | |
| **Méthodologie / Schéma de la recherche** | |
| *Description des principales caractéristiques de la recherche par des termes standards selon le type de recherche : description du type d’étude, justification de la méthodologie employée.* | |
| **Critères de jugement** | |
| *Enoncé du critère de jugement principal et de tous les critères secondaires.*  Critère principal : | |
| Critère(s) secondaire(s) : | |
| **Population cible** | |
| *Brève description de la population de malades visée par l’étude* | |
| **Critères d’inclusion** | |
| *Lister tous les critères d’inclusion* | |
| **Critères de non inclusion** | |
| *Lister tous les critères de non inclusion* | |
| **Critères de sortie d’étude** | |
| *Lister tous les critères de sortie prématurée, s’ils existent* | |
| **Procédures** | |
| *Description des procédures / traitements / stratégies mis en œuvre dans le cadre de la recherche.*  *Distinguer des procédures / traitements / stratégies pratiquées dans le cadre du soin habituel de celles ajoutées pour la recherche*  *Décrire le déroulement de l’étude pour un sujet inclus (visites, données collectées, source de données)* | |
| **Rapport bénéfices/risques** | |
| *Résumé des bénéfices individuels et collectifs, des risques et contraintes liées à la recherche.* | |
| **Nombre de sujets** | |
| *Enoncé du nombre total de sujets à inclure et, le cas échéant, du nombre de sujets par groupe*  *Justifier la taille d’échantillon et la capacité des centres participants à inclure* | |
| **Analyses statistiques** | |
| *Préciser les principaux éléments du plan d’analyse statistiques* | |
| **Aspects éthiques et réglementaires** | |
|  | |
| **Durée de l’étude**  **(max 36 mois)** | Durée de la période d’inclusion :  Durée de la participation pour chaque sujet  Durée totale de l’étude : |

**Lieu(x) de la recherche : Joindre tableau Excel en annexe de la liste des centres associés au projet**

*(Les centres associés doivent se situer en à 90% dans la région AURA, 10% peuvent se situer dans les départements limitrophes).*

|  |
| --- |
| **Retombées attendues** |
| *Description des retombées, de la portée des résultats :* |
| **References bibliographiques (5 dernières PUBLICATIONS)** |
|  |
| **MOT CLE - 5 maximum** |
| 1. *-* 2. *-* 3. *-* 4. *-* 5. *-* |

# Budget prévisionnel et justification

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FINANCEMENT DEMANDÉ ET COFINANCEMENTS EVENTUELS** | | | | | | | |
| **FINANCEMENT TOTAL NECESSAIRE AU PROJET : (en €)** | | | | | | | |
| *Dont le financement demandé dans le cadre de l’AAP RESPIR 2021 et le(s) co-financement(s) prévu(s)* | | | | | **€** | | |
|  | | | | | | | |
| **FINANCEMENT DEMANDÉ dans le cadre de l’AAP RESPIR 2021 : (en €)** | | | | | | | |
|  | Détail : | | | | Montant : | | |
| Personnels |  | | | | € | | |
| Coûts pharmaceutiques, DM, etc. |  | | | | € | | |
| Biologie, imagerie,… |  | | | | € | | |
| Déplacements |  | | | | € | | |
| Autres |  | | | | € | | |
| Frais de gestion (10% du budget « Personnels ») |  | | | |  | | |
| **Montant total demandé dans le cadre de l’AAP RESPIR 2021** | | | | | **€** | | |
|  | | | | | | |
| **COFINANCEMENTS :** | | | | | | | |
| **Ce projet a-t-il été précédemment financé par un AAP institutionnel ?** | | | | | **Oui** | **Non** | |
|  |  | |
| * Si oui, précisez l’AAP, année et montant du financement antérieur | | | | | | | |
| Nom de l’AAP | | |  | | | | |
| Année | | |  | | | | |
| Montant du financement obtenu (€) | | | € | | | | |
| **Ce projet bénéficie-t-il de cofinancements nécessaires à la mise en œuvre de la recherche ?** | | | | | **Oui** | **Non** | |
|  |  | |
| * Si oui, préciser : | | | | | | | |
| **Nom du cofinanceur**  (AAP, industriel, laboratoire pharmaceutique, société savante, start-up…) | | Préciser :  \*demande en cours,  \*cofinancement obtenu (fournir l’engagement daté et signé – Annexe 3) | | **Détail de l’utilisation des cofinancements** | **Montant** (en €) | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
| **Montant total du (des) cofinancement(s) prévu(s)** | | | | | **€** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EVALUATEUR de la CES – Déclaration des conflits d’intérêt *(A compléter obligatoirement)*** | | |
| Les projets seront évalués par un jury associant le bureau de la Commission d’Expertise Scientifique (CES) du GIRCI IDF et les représentants régionaux des soins primaires (représentants des départements universitaires de médecine générale -DUMG- et d’autres acteurs régionaux de soins premiers).  Chaque projet sera évalué au minimum par 3 experts (1 expert scientifique, 1 expert acteur de soins primaires, 1 expert méthodologique)  Préciser obligatoirement tous les conflits d’intérêt (positifs ou négatifs) de l’investigateur-coordonnateur et du responsable de structure interne du porteur (chef de service, coordonnateur général de soins…) avec un (ou plusieurs) membre(s) du jury et de la CES du GIRCI IDF | | |
| Nom, prénom du membre | Positifs (lien familial, même service, même pôle, associé(e) à des travaux/projets antérieurs/publications datant de moins de 5 ans, impliqué(e) dans cette recherche, associé(e) dans la vie hospitalière, autre à préciser) | Négatifs (concurrence...) |

1. <https://www.medicalcountermeasures.gov/trl/integrated-trls/> [↑](#footnote-ref-1)