**Appel à projets Jeunes Chercheurs Etude (JCE)**

**lettre d'intention**

**en vue de la soumission d’un projet**

**dans le cadre** de l’**appel à projets Jeunes Chercheurs Etude (JCE)**

**DRCI : ❑ ANGERS ❑ ICO**

 **❑ BREST****❑ TOURS**

 **❑ NANTES ❑ RENNES**

**Titre du projet :**

**Acronyme :**

*(15 caractères maximum)*

1. **Porteur et équipe(s) associée(s) :**

|  |
| --- |
| **Porteur coordonnateur du projet** |
| **Nom/prénom du porteur du projet** |  |
| **Profession** (*préciser le domaine)* |  |
| **Service ou département** |  |
| **Coordonnées** | **Téléphone :** **Email :**  |
| **Établissement du porteur** | **Nom :****Adresse :** |

|  |
| --- |
| **Structure responsable de la gestion du projet et gestionnaire des fonds** |
| **Nom** |  |
| **Adresse** |  |
| **Contact principal** | **Nom :****Coordonnées :** |
| **Structure responsable de l’assurance qualité** |  |
| **Structure responsable de la gestion des données et des statistiques** |  |

|  |
| --- |
| **Méthodologiste** |
| **Nom/prénom du méthodologiste** |  |
| **Service/unité** |  |
| **Coordonnées** | **Téléphone :** **Email :**  |

|  |
| --- |
| **Centres associés et autres professionnels de santé associés s’il y a lieu** |
| **Nom/prénom des Co-Investigateurs** | **Fonction** | **Service** | **Établissement (préciser nom de CHU, CHR, …)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Structures supports et unités associées** |
| **Implication d’une structure support à la recherche** | [ ]  OUI[ ]  NON | **Si OUI, précisez :**CIC [ ] URC [ ]  CRB [ ] Autres, précisez : |
| **Implication d’une unité de recherche** | [ ]  OUI[ ]  NON | **Si OUI, précisez : (Inserm, CNRS, CEA, INRA…) :** |

1. **Le projet :**

|  |
| --- |
| **Résumé** |
| **Rationnel (contexte scientifique, hypothèses, intérêt)***[max. 300 mots]* |       |
| **Originalité et Caractère Innovant** *[max. 150 mots]* |  |
| **Champs de recherche** | [ ]  médicaments si oui phase : ❑ I ❑ II ❑ I/II ❑ III ❑ IV[ ]  dispositifs médicaux [ ]  actes [ ]  organisations du système de soins (incluant les services de santé). [ ]  autre, préciser :       |
| **Objectif Principal***[Préciser, max. 50 mots]* |  |
| **Objectifs Secondaires***[Préciser, max. 150 mots]* |  |
| **Critère d'évaluation principal****(en lien avec l’objectif principal)** |  |
| **Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires)** |  |
| **Population d’étude si applicable** | Principaux critères d’inclusion : Principaux critères de non inclusion*:* [ ]  NA |
| **Plan expérimental et choix méthodologique***[préciser max. 300 mots]* | Préciser (*déroulement, calendrier du projet, choix méthodologique, plan statistique):*  |
| **Nombre d’individus / observations prévu(e)s à recruter (NP)** *Justification de la taille de l’échantillon (max 80 mots)* |  |
| **Durée du projet** *(argumenter si > 2 ans)* |  |
| **Résultats attendus** *(impact attendu au plan scientifique, clinique*) **et bénéfices attendus pour le patient/ sujet***[Préciser max. 150 mots]* |  |
| **Autres éléments garantissant la faisabilité du projet***[Préciser max. 50 mots]* |  |
| **Références bibliographiques justifiant l’intérêt du projet** (5 références maximum) | **-****-****-****-****-** |
| **Mots clé (5)** |  |

|  |
| --- |
| **Analyse médico-économique :** |
| ❑ Oui ❑ Non*(Si oui, cocher) :*❑ *Analyse coût-utilité* ❑ *Analyse de minimisation de coûts* ❑ *Analyse coût-efficacité* ❑ *Analyse coût-conséquence*❑ *Analyse coût-bénéfices* ❑ *Analyse coût de la maladie* ❑ *Analyse d’impact budgétaire* ❑ *Autre* *[Préciser, max 320 mots]* |

|  |
| --- |
| **Nombre attendu de patients éligibles dans les centres** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Service* | *Etablissement* | *Ville* | *Pays* | *Recrutement attendu/mois* | *Total* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Participation d’un réseau GIRCI / HUGO***[Préciser]* |
|  |

|  |
| --- |
| **Association d’un patient partenaire au projet ?**  |
| ❑ Oui ❑ Non*Si oui, préciser (étape du projet, niveau d’engagement, profil du/des patients partenaires):*  |

**Niveau approximatif de financement demandé :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Budget estimé approximatif total (en €)**  |  |
| **Budget estimé approximatif sollicité à cet AAP (en €) –** montant sans le cofinancement |  |
| **Première soumission de ce projet à un appel à projets**  | [ ]  OUI [ ]  NON**Si "NON",** préciser le type AAP et l'année de soumission antérieure:      **Si "NON", précisez :**- Commentaires des experts :      - Réponses correspondantes:       |
| **Projet déjà financé par un autre appel à projet**  | [ ]  OUI[ ]  NON | Si oui, précisez :- type et année de l’AAP : **- montant du financement obtenu :**       |
| **Co-financement nécessaire à la faisabilité du projet** | [ ]  OUI[ ]  NON | Si oui, précisez- le(s) financeur(s) :      - le montant :**[ ]  acquis ou [ ]  en cours d’obtention** |

1. **Expertise :**

|  |
| --- |
| **Mots clés****trois mots clés pour la recherche d’experts** |
| **Domaine de l’expert suggéré** | **Thématique principale** | **Thématique secondaire** |
|  |  |  |

Les experts seront désignés dans d’autres interrégions partenaires. Afin de limiter tout conflit d’intérêt potentiel, nous autorisons les porteurs de projet à donner une liste d’experts récusés ci-dessous pour l’évaluation.

|  |
| --- |
| **Experts récusés** |
| **Nom / Prénom** | **Service / Discipline** | **Établissement** | **Motif** |
|  |  |  |  |