 ****

**lettre d'intention**

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

**dans le cadre** de l’**appel à projets données du Grand Ouest**

A soumettre au plus tard le **26 septembre 2024** à midi via la plateforme des appels à projet du GIRCI

**CENTRE : ❑ ANGERS ❑ BREST ❑ ICO ❑ NANTES**

**❑ RENNES ❑ TOURS ❑ ORLEANS ❑ LE MANS**

**❑ LORIENT ❑ LA ROCHE SUR YON ❑ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre/Acronyme** |  |
| **Domaine de recherche** | Principal :  Secondaire:  Tertiaire :  Autre : |
| **Bénéfices attendus pour le patient et/ou pour la santé publique** | Résultats attendus au niveau de :  ❑ Fluidité, organisation des parcours de santé  ❑ Orientation dans le système de santé  ❑ Information en santé  ❑ Prévention  ❑ Education thérapeutique du patient  ❑ Promotion de la santé  ❑ Participation accrue à un essai clinique, à une recherche  ❑ Prise en charge spécifique d’une pathologie définie (préciser ci-dessous)  ❑ Interaction avec les professionnels de santé et/ou d’autres secteurs  ❑ Interaction avec des pairs  ❑ Prise en charge, maintien et/ou retour à domicile  ❑ Suivi et/ou prise en charge à distance  ❑ Meilleure connaissance de sa/ses pathologie(s) et/ou de ses propres caractéristiques (quantified-self) et/ou de sa propre santé en général  ❑ Collecte de données pour l’aide à la décision : ex. surveillance sanitaire, veille épidémiologique  ❑ Autre. Préciser ci-dessous :  [Préciser, max 320 mots] |
| **PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE PROJET** | |
| **Investigateur coordonnateur / Responsable scientifique du projet**  (*joindre le CV*) | Prénom, Nom :  Fonction : Spécialité :  Service (si applicable) : Adresse électronique :  Etablissement (si applicable) :  Adresse d’exercice (si applicable) : Téléphone :  *(à cocher)*  ❑ Médecin  ❑ Biologiste  ❑ Infirmier/ère  ❑ Chirurgien-dentiste  ❑ Autres paramédical (préciser) :….  Etablissement de rattachement du porteur (Obligatoirement l’un des établissements membres du GIRCI-GO) :  **❑ ANGERS ❑ BREST ❑ ICO ❑ NANTES**  **❑ RENNES ❑ TOURS ❑ ORLEANS ❑ LE MANS**  **❑ LORIENT ❑ LA ROCHE SUR YON ❑ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Responsable du CDC qui coordonnera le projet**  (*joindre le CV*) | Nom :  Téléphone :  Adresse électronique :  Etablissement : |
| **Méthodologiste**  (*joindre le CV*) | Nom :  Téléphone :  Adresse électronique :  Etablissement : |
| **Economiste de la santé – si nécessaire**  (*joindre le CV*) | Nom :  Téléphone :  Adresse électronique :  Etablissement : |
| **Responsable de traitement (RT)**  Merci de préciser :   * L’organisme d’appartenance * Le nom du représentant juridique et sa fonction * Délégué à la protection des données – DPD *(le cas échéant)* |  |
| **Structure responsable de l’analyse du projet** |  |
| **Structure(s) associée(s) au projet (équipes de recherche, collectivités territoriales, entreprises)** | Type de structure :….  Adresse : ….  Apport/rôle dans le projet [Préciser] : |
| **Participation d’un réseau de recherche** |  |
| **Détail des centres mettant à disposition des données** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Etablissement | Référent Scientifique local | Service/spécialité  Coordonnées | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Participation de partenaires industriels** | Oui/Non, Si OUI : nom et adresse du partenaire :  Un accord de partenariat a-t-il été signé : oui/non  Type de partenariat (financier, mise à disposition de données, etc) : |
| **OBJECTIFS ET FINALITÉS** | |
| **Contexte de l’étude** |  |
| **Objectifs**  **(princpal et secondaires)** |  |
| **Justification de  l’Intérêt public**  *(Bénéfice du projet pour la société, effort de transparence de publication des résultats)* |  |
| **Respect de l’éthique** |  |
| **Publication des résultats et valorisation** |  |
| **Mots Clés (5)** |  |
| **Bibliographie**  *(Joindre 5 articles maximum justifiant l’intérêt du projet au niveau national/international)* |  |
| **MÉTHODOLOGIE** | |
| **Types de sources de données requises** | **Source 1**  **Nature :** *Dossiers médicaux , Entrepôts de données de santé, Données du SNDS historique ( DCIR / SNIIRAM, PMSI, Causes d décès, EGB[[1]](#footnote-1)), Registre, Enquête / Cohorte, Autre(s) :*  **Existence de la base** : Oui/Non  **Producteur/Responsable de traitement** :  **Qualité** :  **Protection des données personnelles** :  **Accessibilité technique et juridique** :  **Source n**  **Nature :** *Dossiers médicaux , Entrepôts de données de santé, Données du SNDS historique ( DCIR / SNIIRAM, PMSI, Causes d décès, EGB[[2]](#footnote-2)), Registre, Enquête / Cohorte, Autre(s) :*  **Existence de la base** : Oui/Non  **Producteur/Responsable de traitement** :  **Qualité** :  **Protection des données personnelles** :  **Accessibilité technique et juridique** : |
| **(a)Population ciblée**  (critères d’inclusion et non inclusion)  **(b) Période d’inclusion ou de ciblage** | (a)  (b) De à |
| **Taille de la population et représentativité** |  |
| **Historique des données demandées**  (période d’extraction) | De à |
| **Principales variables et methodologie et variables d’appariement le cas échéant** |  |
| **Méthode et analyse des données**  (*Critères d’évaluation, méthodes, si analyses médico-économique précisez…)* |  |
| **Calendrier prévisionnel et faisabilité**  *(Préciser notamment si les membres de l'équipe ont déjà suivi les formations au SNDS le cas échéant)* |  |
| **Durée d’accès aux données /d’analyse** | En année : an(s) |
| **Statut du projet** | Lancé : Oui / Non  Si Oui, phase : Autorisation, préparation des données, préparation de l’espace projet, analyse, valorisation |
| **PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE, SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES** | |
| **Information des patients et protection des droits** | ☐ Information individuelle des patients, des usagers, …  ☐ Information collective  Demande de dérogation à l’information individuelle des personnes En cas de demande de dérogation une justification doit être obligatoirement fournie dans le protocole |
| **Circuit et lieux d’hébergement des données dans le cadre du projet** | Plateforme Ouest Data Hub (ODH) hébergée au CHU de Nantes |
| **Durée de conservation** | en année: an(s) |
| **FINANCEMENT** | |
| **Niveau de financement sollicité dans le cadre de l’AaP** |  |
| **Niveau de financement pour la plateforme ODH et le RiCDC** |  |
| **Co-Financement ou partenariat** | Lorsqu’une étude est menée avec un ou plusieurs partenaire(s) académique(s) et/ou industriel(s), l’investigateur coordonnateur devra mettre en place un accord de partenariat (définissant la propriété et l’exploitation des résultats) avec l’aide de sa DRCI.  1. Le projet a-t-il été présenté à un autre financement : Oui / Non  Si OUI : [préciser le financeur et le montant de la demande] :  2. Le projet a-t-il obtenu un autre financement : Oui / Non  Identité du ou des co-financeurs :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nom | Adresse | Montant du co-financement | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **EXPERTISE** | |
| **Domaine du rapporteur suggéré** |  |
| **Mots clés pour le rapporteur** |  |

**CURRICULUM VITAE abrégé du responsable scientifique de l’étude**

**Envoyer le CV complet**

**Nom** :

**Prénom :**

**Fonctions** :

**Titre** :

**Etablissement** :

**Affiliation éventuelle à un organisme de recherche :**

INSERM ❑ CNRS ❑ Autres (préciser) ❑

Adresse :

*Téléphone :*

*Courriel :*

**Principales publications** : (cinq références max)

**CURRICULUM VITAE abrégé du responsable du CDC coordonnateur de l’étude**

**Envoyer le CV complet**

**Nom** :

**Prénom :**

**Fonctions** :

**Titre** :

**Etablissement** :

**Affiliation éventuelle à un organisme de recherche :**

INSERM ❑ CNRS ❑ Autres (préciser) ❑

Adresse :

*Téléphone :*

*Courriel :*

**Principales publications** : (cinq références max)

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)