**Une image contenant texte

Description générée automatiquementASSOCIATION DES SCLÉRODERMIQUES DE FRANCE**

Déclarée d’utilité publique par décret du 20/01.04 (Publié au JO du 27.01.04)

Agrément de santé (Publié au JO du 5.07.2017)

Siège social : ASF – Christian DAMON – 136 rue des Mouises – 45130 BACCON

Adresse de gestion : ASF – Mme Dominique Godard – 35 route de Saillagouse – 66800 ESTAVAR

Standard : (0,15cts/mn + prix appel) 0820 620 615 - N° SIRET : 444 319 750 00030

[www.association-sclerodermie.fr](http://www.association-sclerodermie.fr) – [info@association-sclerodermie.fr](mailto:info@association-sclerodermie.fr)

**APPEL A PROJET**

**DOSSIER DE REPONSE**

**Préambule**

Le présent dossier doit fournir l’ensemble des éléments nécessaires à l’expertise scientifique et à la faisabilité de la recherche que vous souhaitez effectuer.

Les dossiers des projets présentés dans le cadre de l’appel à projets ne seront examinés que s’ils sont complets.

Une équipe ne pourra présenter qu'un seul projet.

Un dossier présenté par un chercheur étranger ne sera examiné que s'il est proposé en étroite collaboration avec une équipe française.

Votre dossier de réponse complet doit comporter :

1. Titre du projet - liste des investigateurs - organismes - résumé du projet (en français et en anglais)
2. Le projet scientifique peut être soumis en anglais ou en français mais avec une préférence pour l’anglais afin de faciliter l’expertise externe
3. Les caractéristiques du projet
4. Les éléments de faisabilité
5. Le plan de financement
6. Le CV de l’investigateur coordonnateur

Le dossier de réponse doit être soumis **en version électronique** (au format Word ou PDF) **à l’adresse :**

[**recherche@association-sclerodermie.fr**](mailto:recherche@association-sclerodermie.fr)

**La date limite de réception est fixée au :**

**samedi 29 février 2020**

Les projets soumis seront audités par deux experts nationaux ou internationaux selon la grille suivante : intérêt scientifique, méthodologie, faisabilité, bénéfice pour les malades, budget, chaque item étant noté de 0 à 4.

Au vu de ces rapports d’expertise, le Conseil Scientifique de l’ASF soumettra au bureau de celle-ci une hiérarchisation des projets en fonction de leur intérêt global pour les malades. Les experts sont choisis par le Conseil Scientifique, leurs noms ne sont pas connus de l’équipe dont ils auditent le projet.

Les noms des chercheurs dont les projets ont été retenus pour financement par le bureau de l’ASF seront disponibles sur le site de l’ASF.

Après leurs publications, les projets financés seront également accessibles sur le site de l’ASF :

<http://www.association-sclerodermie.fr>

et un résumé, rédigé par le bénéficiaire du financement, pourra être publié dans le petit journal de l’ASF.

**I : Titre du projet - liste des investigateurs - organismes - résumé du projet**

|  |
| --- |
| **Titre du projet :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigateur coordonnateur**  Nom et Prénom :  Fonction : (PU-PH, PH, CCA, DR, …) : | **Responsable scientifique (si nécessaire)**  Nom et Prénom :  Fonction : (PU-PH, PH, CCA, DR, …) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hôpital / Laboratoire de l’investigateur coordonnateur :**  Service / équipe :  Chef de service / Chef d’équipe :  Adresse postale : | | |
| CP | Ville : | |
| Téléphone : | Fax : | E-mail : |

Liste des centres ou équipes de recherche participants et nom de l’investigateur principal pour chaque centre :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’investigateur** | **Service** | **Hôpital** | **Ville** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Résumé du projet en anglais**  **(ne pas dépasser 500 mots)** |

|  |
| --- |
| **Résumé du projet en français**  **(ne pas dépasser 500 mots)** |

**II : Le projet scientifique**

**Il devra décrire en anglais les aspects scientifiques et pratiques : état de l'art => hypothèse => objectifs => critères d’évaluation, de jugement, méthodes d'investigations => statistique ; choix de la population, taille de l'effectif, modalités de recrutement des patients, éléments de calendrier du projet, retombées possibles.**

***Insérer ici le projet scientifique en utilisant la police « T****imes New Romans » 11 interligne 1,5 max 12 pages avec la bibliographie*

**III : Les caractéristiques du projet**

**Typologie du projet :**

Recherche Biomédicale : □ Médicament

□ Dispositif Médical

□ Autre produit : préciser lequel :

□ Hors Produits de Santé

Recherche en Soins Courants □ avec collection □ oui □ non

Recherche Non-Interventionnelle : avec collection □ oui □ non

□ Recherche observationnelle

□ Recherche sur données

□ Etude sur collection

**IV : Les éléments de faisabilité**

**Les projets pour lesquels ces informations ne seront pas correctement renseignées, ne seront pas considérés comme prioritaires au titre de cet appel à projets**

**Le porteur du projet** est- il un clinicien qui peut inclure des patients dans la pathologie à l’étude, via une consultation ou une hospitalisation dans son service ?

□ oui□ non

si non, commentaires éventuels :

**Le porteur du projet** est- il un chercheur qui a accès à du biomatériel nécessaire pour ce projet :

□ oui□ non

Si non, commentaires éventuels :

Références passées concernant ce matériel ou collaboration avec des cliniciens pour l'obtenir ?

Justifier :

Si non, commentaires éventuels :

**Centre coordonnateur** :

Indiquer les projets de recherche clinique ou fondamentale institutionnelle en cours (PHRC, appels à projets de l’AP-HP, INSERM, ANR…) **coordonnés par l’équipe du demandeur** en spécifiant si l’état d’avancement des projets est conforme aux prévisions initiales :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titre du projet  (en toutes lettres) | Appel à projets (précisez le code et l’année) | Date de début (mm/aa) | Nom du Promoteur ou du gestionnaire | Etat d’avancement : **conforme** aux prévisions initiales (C), **retard** au démarrage (RD), retard dans le rythme d’inclusions (RR) abandon (A), autres | Commentaires |
|  |  |  |  | □C □RD □ RR □ A |  |
|  |  |  |  | □C □RD □ RR □ A |  |
|  |  |  |  | □C □RD □ RR □ A |  |

**V : Le plan de financement**

**Ce chapitre doit présenter une évaluation des frais liés à la recherche et les modalités de leur financement avec un descriptif détaillé et argumenté de l’utilisation prévisionnelle des fonds demandés à l’ASF.**

**Le montant du financement est de 25.000 € maximum.**

Sauf accord de l’ASF, ce financement ne permet pas l’achat d’équipement spécifique pour cette recherche.

Ce financement ne permet pas l'achat de fournitures de bureau ou informatique, etc.

Le financement des frais tels que, gestion du dossier, traduction, publication, participation à un congrès, assurance, conservation, archivage, etc. pourra être accepté à titre exceptionnel.

A l’issue de la période de recherche ou au moment de la publication liée à cette recherche, le bénéficiaire du financement s’engage à adresser à l’ASF tous les justificatifs financiers de ses dépenses et à reverser l’éventuel trop perçu.

Montant global du budget : €

Montant du budget demandé à l’ASF : €

Un projet de financement global du projet et faisant apparaitre toutes les dépenses poste par poste sera présenté ci-après

- Ce projet a-t-il été précédemment financé par des protocoles ASF ?

**** non **** oui, préciser lequel

- Ce projet a-t-il été précédemment financé par des appels à projets institutionnels ?

**** non **** oui, préciser lequel

- Ce projet bénéficie t- il de cofinancements ?

**** non **** oui, préciser le(s) montant(s) en euros et fournir les accords : €

- Ce projet fait-il l'objet d'une demande de cofinancements ?

**** non **** oui, préciser le(s) montant(s) en euros et fournir les accords : €

Organisme : Date de réponse attendue

**VI : CV de l’investigateur coordonnateur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : |  | |
| Prénom : |  | |
| Date de naissance : |  | |
| Adresse professionnelle : | Hôpital / Unité / Service : | |
|  | Adresse postale : | |
|  | CP : | Ville : |
|  | Tél : | |
|  | Fax : | |
|  | E-mail : | |

**Spécialité** (qualification telle qu’elle est mentionnée sur l’attestation ordinale délivrée par le CNOM) :

**Fonctions actuelles :**

|  |  |
| --- | --- |
| Hôpital : |  |
| Université : |  |
| Recherche : |  |

Participation antérieure à des recherches financées par l’ASF :

(Mentionner si ces recherches sont achevées ou en cours)

Fait à :

|  |  |
| --- | --- |
| Le : |  |
| Signature de l’investigateur coordonnateur |  |
|  |  |
| Le : |  |
| Signature du chef de service ou du chef d’équipe |  |