 ****

**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/spécialitéCoordonnées |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| **Participation de partenaires industriels** | Oui/Non, Si OUI : nom et adresse du partenaire :Un accord de partenariat a-t-il été signé : oui/nonType 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 donnéesrequises** | **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 / NonSi 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 collectiveDemande de dérogation à l’information individuelle des personnesEn 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 / NonSi OUI : [préciser le financeur et le montant de la demande] : 2. Le projet a-t-il obtenu un autre financement : Oui / NonIdentité 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)