Appel à manifestation d’intérêt (AMI)

Lettre d’intention

*Ce document est* ***le formulaire de réponse*** *pour l’AMI AUTONOM-START.*

*Veuillez modifier le texte en haut de page en renseignant le "NOM PROJET" et sauvegarder votre copie avec un nom de fichier personnalisé (‘AUTONOMSTART24\_ACRONYMEPROJET.pdf’).*

*Veuillez ne pas modifier les paramètres du document (police, taille de la police, marge, propriétés des tableaux). La rédaction de la demande est en français uniquement. Les qualités rédactionnelles et les capacités de synthèse seront particulièrement appréciées.*

**Date limite de dépôt des projets : 18 juin 2024 minuit**

La lettre d’intention selon ce formulaire de réponse doit être adressé, complété et signé sous le format : AUTONOMSTART24\_ACRONYMEPROJET.pdf

 à l’adresse suivante :christine.boutet@sorbonne-universite.fr et fera l’objet d’un accusé de réception

*Tout dossier reçu incomplet sera considéré comme inéligible et seuls les projets soumis avant la date limite de soumission seront étudiés.* ***Les informations obligatoires sont suivies d’un (\*)***

*Visite du site sur rdv auprès de : christine.boutet@sorbonne-universite.fr*

*Renseignements uniquement par écrit à : christine.boutet@sorbonne-universite.fr*

Préparation avec les lauréats

Déroulement de l’essai sur le site AUTONOMIA

17 avril 2024

Diffusion AMI AUTONOMIA

18 juin 2024

Date limite de candidature

Septembre 2024

Auditions

27 septembre 2024

Annonce de la délibération aux candidats

2 octobre 2024

Pitch projet

1er semestre 2025

Démarrage du projet

Sur RDV

Visite du site

|  |
| --- |
| **RESPONSABLE SCIENTIFIQUE** *(si applicable selon logigramme dans la note d’information)* |
| Nom  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Fonction | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Email | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Structure de rattachement | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code Postal | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ville | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**CV de responsable scientifique à joindre en annexe**

|  |
| --- |
| **PORTEUR DU PROJET « INVESTIGATEUR COORDONNATEUR » (\*)***(obligatoirement un médecin de l’AP-HP)* |
| Nom  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Fonction | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Email | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Structure de rattachement | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code Postal | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ville | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**CV du porteur de projet « investigateur coordonnateur » à joindre en annexe (\*)**

|  |
| --- |
|  **TITRE DU PROJET (\*)** |
| En français *(maximum 15 mots)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Acronyme *(maximum 10 caractères)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |
| **AXE THÉMATIQUE (\*)** |
| [ ]  Mieux vieillir | [ ]  Mieux respirer | [ ]  Mieux se déplacer | [ ]  Mieux récupérer | [ ]  Autre |
| Argumentaire  *Veuillez indiquer en 15 lignes maximum en quoi votre projet s’inscrit dans la ou les thématiques cochées.* |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Présentation des équipes associées au projet**

|  |
| --- |
| **UNITÉ DE RECHERCHE CLINIQUE (URC) DE RATTACHEMENT** *(si identifiée)* |
| Dénomination de l’URC | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code Postal | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ville | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées de votre correspondant URC** *(si identifié)* |
| Nom  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Email | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Description des partenaires (cliniques, académiques et industriels) du projet déjà en place et/ou envisagés (coordonnées, niveau d’avancement du partenariat)***Copier le tableau autant de fois que de partenaires*

|  |
| --- |
| **Partenaire 1** |
| Type | [ ]  Clinique / [ ]  Académique / [ ]  Industriel |
| Nom de la structure  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Nom  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Email | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Etat d’avancement du partenariat (si applicable) | Contrat de confidentialité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Contrat de collaboration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

# Présentation du projet de recherche

1. Résumé scientifique du projet (\*)

*Ces informations resteront confidentielles pour les projets non sélectionnés. (20 lignes maximum, précisant notamment le contexte, les objectifs et les résultats attendus)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Résumé grand public**

*Cette information pourra être affichée publiquement. (10 lignes maximum).*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Projet de recherche détaillé (2 pages maximum) (\*)**

*Ces informations restent confidentielles.*

**Contexte et état de l’art**

*Décrivez ici le contexte et le rationnel du projet. Décrivez ici l’état de l’art dans le domaine concerné. Situer le projet par rapport à l’existant national et international, en faisant ressortir son caractère innovant et/ou original.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Hypothèses et objectifs détaillés du projet**

*Décrivez les principales questions de recherche qui pourraient être traitées avec ce projet, les principales hypothèses*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Avancement du protocole clinique du projet**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Population d’étude**

|  |
| --- |
| Principaux critères d’inclusion : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Principaux critères de non-inclusion : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Origine des Sujets : [ ]  Patients hospitalisés (préciser le ou les service(s) hospitalier de l’AP-HP)[ ]  Patients de consultation de l’AP-HP (uniquement domiciliés en île de France, préciser le ou les service(s) de consultation de l’AP-HP)Nombre de sujets prévus à recruter : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Justification de la taille de l’échantillon : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Durée envisagée de l’essai clinique sur le site AUTONOMIA**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Perspectives du projet suite à l’essai clinique sur AUTONOMIA**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Besoins en équipement(s) pour acquisition (\*)**

|  |
| --- |
| **INDIQUER VOTRE BESOIN EN ÉQUIPEMENT(S)** |
| Nom de l’équipement*Dupliquer les lignes autant de fois que de besoin*  | Espace envisagé sur le site AUTONOMIA pour l’installation de l’équipement (cf. plans paragraphe 9 de la note d’information) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Pour chaque équipement demandé, décrire l’apport par rapport à la concurrence**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Pour chaque équipement demandé, décrire le plus précisément possible les caractéristiques techniques et l’environnement technique nécessaire**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Joindre le ou les devis en annexe (100 000 euros TTC maximum au total en équipement(s))**1. **Besoins en services mis à disposition par AUTONOMIA dans le cadre de votre projet (\*)**
 |
| **INDIQUER VOTRE BESOIN NÉCESSAIRE À LA PHASE de PRÉPARATION DE L’ESSAI CLINIQUE SUR LE SITE AUTONOMIA** |
| **Fast track : accompagnement et conseil** |
| Accompagnement par la cheffe de projet URC AUTONOMIA*Aide à l'instruction réglementaire (CPP, ANSM, CNIL…)**Rédaction des cahiers d’observations (eCRF)**Randomisation (si applicable)**Contractualisation avec les acteurs* |[ ]
| **INDIQUER VOTRE BESOIN NÉCESSAIRE À LA PHASE DE RÉALISATION DE L’ESSAI CLINIQUE SUR AUTONOMIA** |
| **Réalisation des essais** |
| ***Bancs d'essais indoor et outdoor*** *(cf. plans au paragraphe 9 de la note d’information)* |
| Appartement reconstitué |[ ]
| Chambre d’hôpital reconstituée |[ ]
| Salle de télémédecine |[ ]
| Laboratoire escalier |[ ]
| Couloir de marche  |[ ]
| Salle d’analyse du mouvement |[ ]
| Laboratoire polyvalent (contexte adaptable à la demande) |[ ]
| Salle de prélèvements (avant transfert pour analyses)  |[ ]
| Espace extérieur |[ ]
| ***Fablab et espace de prototypage*** |
| Impression 3D (par dépôt de fil fondu (FDM))  |[ ]
| Atelier finitions (Scie à ruban, perceuse, ponceuse) |[ ]
| Atelier textile (Machine à coudre, machine de découpe de tissu, planche à repasser et centrale vapeur) |[ ]
| Atelier électronique basique (poste à souder, station à air chaud, multimètres, oscilloscopes, stock de composants de base, alimentations) |[ ]
| Autre besoin, à détailler : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |[ ]
| ***Autres espaces*** |
| Salles de réunion |[ ]
| Bureaux |[ ]
| ***Conduite des essais sur le site AUTONOMIA*** |
| Prise en charge du transport des sujets |[ ]
| Suivi du projet à distance en télé-recherche |[ ]
| ***Mise à disposition de personnel pour la conduite de l’essai***  |
| Paramédical (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |[ ]
| TEC (technicien(ne) d’étude clinique)  |[ ]
| Ingénieur (e) |[ ]

1. **Budget (\*)**

*Indiquer le financement demandé à l’AMI. En cas de co-financement, merci d’en indiquer le détail.*

***Pour rappel, le financement total apporté par cet AMI couvre au maximum 100 000 euros TTC exclusivement en équipement.***

*Ajouter/Supprimer des lignes si besoin*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPENSE EN EQUIPEMENT** | **COFINANCEMENT OBTENU (si applicable)** | **SUBVENTION DEMANDEE A L’AMI (total : 100 000 euros TTC maximum)** |
| **Equipement** | **Fournisseur** | **Prix total HT** | **Source** | **Montant HT** | **Montant HT** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Valorisation**

*Décrivez les impacts attendus du projet ainsi que la création de valeurs apportées par le projet.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Engagement sur l’honneur (\*)**

*Modèle de lettre d’engagement en page 9*

Si le financement est alloué, le porteur de projet s’engage à :

* Mener le projet pendant la durée indiquée dans le dossier de réponse
* Associer AUTONOMIA à toute communication scientifique
* Associer le label Carnot AP-HP à toute communication scientifique
* Autoriser AUTONOMIA à communiquer sur le projet (informations non confidentielles)

**Pièces obligatoires à joindre à la demande :**

1. Le CV du porteur de projet « investigateur coordonnateur » (2 pages max, format libre).
2. Le CV du responsable scientifique si applicable
3. Les devis et les fiches techniques des équipements concernés.
4. La lettre d’engagement du porteur de projet « investigateur -coordonnateur »
5. La lettre d’engagement du directeur scientifique (si applicable)
6. Les lettres d’engagement des partenaires du projet (1 par partenaire, si applicable).
7. Les lettres d’engagement des co-financeurs du projet (1 par co-financeur-si applicable).

Modèle de lettre d’engagement :

AMI AUTONOM-START-2024

**Titre du projet :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je, soussigné(e),

[ ]  Pr/ [ ]  Dr / [ ]  Madame / [ ]  Monsieur

Prénom Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cocher la case correspondante :

[ ]  « Investigateur coordonnateur », porteur du projet dénommé « Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

[ ]  Responsable scientifique du projet dénommé « Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

[ ]  Partenaire du projet dénommé « Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

[ ]  Co-financeur du projet dénommé « Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. »

* Déclare avoir pris connaissance du texte de l’appel à projets et accepter l’intégralité des conditions de l’appel à projets,
* Confirme sous ma propre responsabilité, la véracité de tout ce qui est indiqué dans la demande de financement déposée.
* M’engage, en cas d’octroi du financement, à mettre en œuvre les activités telles que décrites dans le projet et à affecter les équipements financés à la réalisation exclusive du projet présenté.
* Déclare ne pas avoir d’intérêt direct ou indirect avec le(s) fournisseur(s) d’équipement(s) décrit(s) au paragraphe 4 de la lettre d’intention.

**Date :**

**Signature :**