*Trame à compléter pour soumettre un projet d’Amorçage à l’Appel à Projets SHAPE-Med@Lyon 2024. Clôture du dépôt le 06 Mai 2024 à 17h.*

*Police : Calibri, 11pt, interligne 1.15.*

*Toutes les consignes écrites en gris doivent être éliminées avant soumission.*

*Tous les tableaux doivent être complétés. Le projet pourra être rédigé en français ou en anglais.*

1. **Identité générale du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre complet du projet (en Français) :** |  |
| **Project full title (In English):** |  |
| **Acronym :**  |  |
| **Keywords (min. 5 – max. 10):** |  |

**Co-porteurs du projet & Partenaires / Co-holders & Partners**

*Renseigner l’ensemble de vos structures de rattachement (recherche et/ou hospitalière)*

*Fill in all your affiliations (research and/or hospital ward)*

***RAPPEL****: les deux co-porteurs doivent être issus de deux laboratoires de recherche / structures cliniques différents.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Co-leader 1 / Partner 1** | **Co-leader 2 / Partner 2** |
| Nom /Family name: Prénom / First name : Poste / grade / Position : Employeur(s) / Employer(s) :Laboratoire de recherche/ Research Laboratory : Equipe / Team :Service Hospitalier / Hospital ward :Tel. :Email :  | Nom /Family name: Prénom / First name : Poste / grade / Position : Employeur(s) / Employer(s) :Laboratoire de recherche/ Research Laboratory : Equipe / Team :Service Hospitalier / Hospital ward :Tel. :Email :  |
| **Partner 3** | **Partner 4** |
| Nom /Family name: Prénom / First name : Poste / grade / Position : Employeur(s) / Employer(s) :Laboratoire de recherche/ Research Laboratory : Equipe / Team :Service Hospitalier / Hospital ward :Tel. :Email : | Nom /Family name: Prénom / First name : Poste / grade / Position : Employeur(s) / Employer(s) :Laboratoire de recherche/ Research Laboratory : Equipe / Team :Service Hospitalier / Hospital ward :Tel. :Email :  |

*Si besoin, ajouter des partenaires ici en créant de nouvelles lignes dans le tableau.*

**Liste des Unités de Recherche impliquées / Partners’ Research Units :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partner n°** | **Name of the research unit** | **Institution(s) of the research unit (UCBL, UL2, CNRS, Inserm, …)** |
| Co-leader 1 / Partner 1 |  |  |
| Co-leader 2 / Partner 2 |  |  |
| Partner 3 |  |  |
| Partner 4 |  |  |
| **…** |  |  |

**Durée du Projet (entre 12 et 24 mois) / Project Duration (between 12 and 24 months) :** mois / months

**Atelier de Shape-Med@Lyon auquel se rapporte le plus votre projet** (2 choix possibles)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thématique** | **Choix 1** | **Choix 2** |
| Adaptation et évolution des maladies infectieuses |  |  |
| Approches transdisciplinaires pour comprendre, prévenir et soigner les cancers |  |  |
| Santé et territoire  |  |  |
| Science et Ingénierie des Données |  |  |
| Troubles cérébraux, remédiation et société inclusive |  |  |
| Autre domaine (merci de préciser) :  |  |  |

**Aide financiere demandee a Shape-Med / Financial support requested from Shape-Med**

Aide demandée en personnel / Staff costs (= Table 1, section F): ……………….. Euros

Aide demandée en fonctionnement / Running costs (= Table 2, section F): ……………….. Euros

Aide totale demandée / Total funding requested: ……………….. Euros

**Ce projet a-t-il déjà été soumis à SHAPE-Med en 2023 ?**

[ ]  Non

[ ]  Oui

*Si oui, merci de préciser ci-dessous quelles modifications ont été apportées, notamment concernant les commentaires des évaluateurs (max 1 page).*

**B. Résumé du projet en anglais / Project abstract in English** *(max. 2000 caractères)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**C. Résumé du projet en français / Project abstract in French** *(max. 2000 caractères)*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**D. Description du projet / Project description** *(max. 8 pages – Calibri 11pt, interligne 1.15)*

**Contexte & objectifs / Context & Objectives (env 1p)**

*Présenter l’état de l’art et le positionnement du projet par rapport aux connaissances actuelles. Décrire les enjeux scientifiques qui nécessitent une approche intégrée et interdisciplinaire. Définir les objectifs du projet et la façon dont il s’intègre dans les attendus scientifiques du programme SHAPE-Med@Lyon.*

**Aspects innovants & structurants / Innovative & Structuring Aspects (env 2 p)**

*Décrire l’approche générale et la méthodologie envisagées, les travaux actuels des partenaires et les éventuels résultats préliminaires déjà obtenus, la complémentarité des partenaires, et éventuellement la nouveauté des interactions entre les partenaires.*

*Décrire les outils spécifiques ou originaux déjà à votre disposition (cohortes de patients, modèles animaux, outils méthodologiques, outils diagnostics…).*

*Décrire en quoi ces éléments, et notamment la mise en commun des compétences interdisciplinaires, donnent à la collaboration et au projet :*

* *un caractère inédit, original et ambitieux par rapport à l’état de l’art ;*
* *une capacité à lever des verrous méthodologiques / techniques / épistémologiques ;*
* *les moyens pour atteindre des résultats scientifiques et des retombées nouvelles.*

**Description des Etapes clés du projet / description of the keys phases of the project (env 4p)**

*Les projets d’amorçage peuvent prendre différentes formes en fonction de l’état exploratoire de la problématique et du partenariat. Il est demandé dans cette partie de décrire les étapes clés de l’initiative pour atteindre les objectifs du projet, l’implication des différents partenaires et leur articulation. Justifier les recrutements envisagés. Fournir un calendrier des différentes étapes.*

**Prolongement du projet & Valorisation / Valorisation of the Project & Next Steps (env 1p)**

*Ce projet étant un projet d’amorçage, quelle suite/ouverture envisagez-vous en cas de succès ? Décrire éventuellement la stratégie de valorisation (scientifique, innovation, diffusion…) du projet.*

**E. Références bibliographiques citées / Quoted references** *(ne compte pas dans les 8 pages)*

**F. Détails et justification de l’aide financière demandée à SHAPE-Med@Lyon / Detailed financial plan and expenses justifications** *(ne compte pas dans les 8 pages)*

*Décrire brièvement les coûts prévisionnels sur la durée totale de votre projet (type de recrutement(s) envisagé(s), consommables, missions, petit équipement en utilisant les deux tableaux ci-dessous).*

*NB1 : les personnes qui seront recrutées sur le projet seront recrutées par l’Université Claude Bernard Lyon 1, qui gère l’ensemble du budget alloué par l’ANR.* *Une exception sera faite pour les postes liés aux activités cliniques (attaché de recherche clinique, paramédicaux, etc..) pour lesquels nous mettrons en place une convention de reversement entre l’UCBL et le partenaire clinique de SHAPE-Med.*

*NB2 : la gestion financière étant opérée par Lyon 1, il n’y a pas de frais de gestion à indiquer dans votre plan financier.*

**TABLE 1 - Budget demandé en Personnel**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Durée du contrat  | Laboratoire/Structure de rattachement | Coût prévisionnel sur la durée totale du projet | Aide financière demandée à SHAPE |
| Post-doctorant |  |  |  |  |
| Ingénieur de recherche |  |  |  |  |
| Ingénieur d’étude |  |  |  |  |
| Assistant ingénieur |  |  |  |  |
| Attaché de recherche clinique |  |  |  |  |
| Autre poste (précisez) : |  |  |  |  |
|  | Somme totale (€) |  |  |  |

*NB1 : sur les projets d’amorçage, un maximum de 24 mois ETP (à ajuster en fonction de la durée du projet si le projet est < à 24 mois) sera accepté, mais celui-ci peut être divisé entre plusieurs postes.*

*NB2 : vous trouverez les grilles salariales UCBL en annexe du cahier des charges.*

**Table 2 - Budget demandé en Fonctionnement**

*Merci de préciser ci-dessous les coûts de fonctionnement nécessaires au projet :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nature / Description | Coûts prévisionnels sur la durée totale du projet | Aide financière demandée à SHAPE |
| Gratification de Master 2 |  |  |  |
| Consommables de laboratoire |  |  |  |
| Petit équipement (< 4000 €) |  |  |  |
| Missions  |  |  |  |
| Prestations de service A,B |  |  |  |
| Autre dépense (*précisez*) |  |  |  |
| **TOTALC** |  | **€** |  **€** |

*A max. 30% du budget total demandé (frais de personnel inclus)*

*B le programme SHAPE-Med étant financé par l’ANR, les prestations de service / facturations entre partenaires ne sont pas éligibles. Merci de prendre contact avec l’équipe SHAPE-Med pour plus de précisions.*

*C budget total pouvant être demandé : maximum de 30K €/an/partenaire du projet*

**G. Co-financements envisagés ou déjà obtenus en lien avec le projet soumis / Co-financing already obtained for the project** *(ne compte pas dans les 8 pages)*

*L’existence de co-financements n’est pas un pré-requis. Les rubriques suivantes permettent de voir comment le projet s’articule avec des projets existants.*

**Projet collaboratif**

Ce projet complète-t-il un ou plusieurs projets collaboratifs déjà financés par ailleurs ? **Oui / Non**

Si oui, quel co-financement a été obtenu : ……………….. Euros

 par quelle source de financement : ………………..

quel est le partenariat du projet déjà financé (liste des partenaires, structure, rôle dans le projet) ?.....

**Réponse envisagée à d’autres appels a projet**

Envisagez-vous de soumettre ce projet ou une partie de ce projet à un autre appel à projet ?

Si oui, lequel ?

**Annexe 1**

*Citer 10 productions maximum pour l’ensemble des partenaires en lien direct avec le projet déposé. Ces productions peuvent être des publications, des ouvrages, des brevets, etc…*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Type de production | Titre de la production | Expliquer votre choix  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

**Annexe 2**

*Court CV (max. 2 pages) des deux co-porteurs/porteuses du projet.*

**Autorisation de transmission de votre projet**

Autorisez-vous les membres du bureau à transmettre le résumé de votre projet à d’autres financeurs potentiels ? (ex : Pulsalys…)

[ ]  Oui

[ ]  Non

**Rappel pour la soumission**

Le dossier est à soumettre de manière électronique, sous forme d’un unique document pdf, sur le site internet de SHAPE-Med@Lyon (Onglet « Actions ») **avant le 06 mai 2024 à 17h00** (CET). Merci de nommer le fichier de soumission : Amorcage2024\_Acronyme\_NomPorteur1\_ NomPorteur2