

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR L’APPEL À PROJETS SANTÉ 2022**

**« SOUTIEN AUX ÉQUIPES MÉDICALES ET SCIENTIFIQUES**

**DU DÉPARTEMENT POUR DES INNOVATIONS TECHNIQUES**

**DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ »**

**I/ PRÉSENTATION**

**Titre du projet**

|  |
| --- |
| *En 2 lignes* |

**Objectifs du projet**

|  |
| --- |
| *En 20 lignes maximum* |

**Résumé synthétique du projet**

*En 15 lignes maximum – Décrire simplement et de façon abordable le projet en évitant des termes trop techniques*

**Catégorie du projet**

Ce projet est-il un projet « clinique » ? oui 🞏 non 🞏

Ce projet est-il un projet « recherche » ? oui 🞏 non 🞏

Si oui à quelle catégorie de « recherche » appartient-il ?

🞏 recherche appliquée 🞏 recherche fondamentale 🞏 recherche translationnelle

Ce projet de recherche comporte-t-il une partie d’investissement, même très faible ? oui 🞏 non 🞏

**Identité du porteur de projet et des collaborateurs (le porteur de projet doit être clairement identifié et ne pourra être modifié) merci de compléter la fiche en annexe 1**

|  |
| --- |
| ***Porteur***  *Nom :*  *Fonction :*  *Adresse :*  *Tél (fixe et portable) / Fax :*  *e-mail :*  *N° SIRET/SIREN de l’établissement :*  ***Collaborateur :*** |

(Joindre les statuts de la structure, de l’entreprise, de l’organisme ou de l’association porteur du projet)

**Type de projet**

1. **Domaine du projet**

**Tous les projets susceptibles d’être retenus devront s’inscrire dans le cadre des innovations techniques, technologiques ou d’usage en matière de santé.**

*Numéroter de 1 à 5 par ordre d’importance la catégorie principale du projet, comme indiqué ci-contre (1 étant le classement principal)*

|  |  |
| --- | --- |
| Cancer, incluant les cancers de l’enfant ………………………………………. |  |
|  | | |
| Maladies neuro-dégénératives et handicap (perte d’autonomie, maladies rares ou |  |
| orphelines, maladie d’Alzheimer) | | |
|  | | |
| Nouvelles technologies numérique E-santé et Intelligence artificielle…………. |  |
|  | | |
| Impact de l’environnement sur la Santé………………………………………… |  |
| |  |  | | --- | --- | | La recherche appliquée en infectiologie-épidémiologie et clinique …..…........... |  | | | |

1. **État du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Le projet est finalisé ………………………………………………………………… |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Le projet est en cours d’élaboration ………………………………………………… |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si le projet a fait l’objet d’autres réponses à appels à projets, préciser lesquels : |  | |
|  | |

**II / DESCRIPTION DU PROJET**

**État des lieux quantitatif et qualitatif avant le démarrage du projet**

|  |
| --- |
| *Préciser l’équipement existant et comparable, les prestations existantes…* |

**Territoire concerné par l’expérimentation**

|  |
| --- |
| *Présentation, localisation, contexte socio-économique, enjeux de développement* |

**Publics visés**

|  |
| --- |
| *Décrire* |

**Objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés sur 3 ans**

Cet équipement sera-t-il exclusivement utilisé par vos équipes ? oui 🞏 non 🞏

Si non, merci de préciser ci-après les équipes qui pourraient faire usage de cet équipement (Département 06 ou autres) et selon quelles modalités ?

|  |
| --- |
| *Préciser :*  *- les services qui seront proposés aux divers publics concernés*  *- le nombre de prestations fournies par type de pathologie*  *- le nombre de patients traités*  *- les indicateurs de suivi et de résultat envisagés pour la réalisation du projet*  *- l’évolution des résultats sur 3 ans*  *Proposer :*  *- l’optimisation des matériels financés par un accès facilité à ces équipements pour l’ensemble des équipes de recherche publique du département*  *Favoriser la recherche translationnelle :*  *- accélération de la valorisation d’une découverte scientifique en application concrète et rapide au bénéfice des patients, ce qui est une composante essentielle de la mesure de la qualité d’un projet.* |

**Données techniques**

|  |
| --- |
| Préciser les technologies et équipements utilisés, en indiquant éventuellement les normes ou spécifications |

Est-il prévu que les données médicales recueillies soient partagées avec le CHU de Nice ou un laboratoire public (INSERM, CNRS, …) à des fins de recherche appliquée et d’amélioration des protocoles ? oui 🞏 non 🞏

Si oui, merci de décrire ci-après les données médicales qui ont fait l’objet d’un partage en précisant le(s) nom(s) de(s) structure(s)

**III / CHIFFRAGE DU PROJET**

**Il existe 3 types de modalités de financement (*cf. protocole AAP SANTE 2022*) :**

1. **Subvention pour la réalisation de projets d’investissement (clinique)**

Sont exclus les dépenses relatives au financement de la maintenance des équipements, des études, des salaires, etc…

La participation du Conseil départemental ne peut excéder 50 % du montant total des dépenses d’investissement du projet.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Porteur***  ***du projet*** | | ***Conseil départemental*** | | ***Autres***  ***(préciser)*** | | **TOTAL** |
|  |  | Montant | % | Montant | % | Montant | % |  |
|  | Détails des matériels ou  des éléments du projet |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Autres (préciser) |  |  |  |  |  |  |  |

**Joindre un budget prévisionnel HT\* ou TTC\* de la totalité du projet ainsi que les devis des matériels mentionnés.**

L’appel à projets finance partiellement les dépenses d’investissement des dossiers qui seront retenus. Merci de préciser ci-dessus dans le tableau si les montants sont en HT ou TTC.

*\*montant HT pour les organismes bénéficiant du Fonds de compensation de la TVA (FCTVA) ;*

*\*montant TTC pour ceux qui en sont exclus, c’est-à-dire ceux qui ne bénéficient pas du FCTVA (selon la liste des organismes fixée par l’article L.1615-2 du code général des collectivités territoriales).*

***Pour les co-financements : fournir les pièces justificatives d’attribution et décrire ci-après les montants octroyés par chacun des organismes co-financeurs :***

1. **Subvention pour la réalisation de projets de recherche et d’incubation**

* ***Projets de recherche :***

La demande de soutien doit porter sur de l’investissement toutefois, une partie peut également porter sur du fonctionnement tels que des projets de recherche (étude de recherches, acquisition d’équipements dans le cadre d’une étude, ressources humaines, …).

La participation du Conseil départemental ne peut excéder 50 % du montant total des dépenses du projet.

Il vous est demandé de présenter l’ensemble du budget de l’opération c’est-à-dire les lignes budgétaires en investissement ainsi que les lignes budgétaires en fonctionnement.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Porteur***  ***du projet*** | | ***Conseil départemental*** | | ***Autres***  ***(préciser)*** | | **TOTAL** |
|  |  | Montant | % | Montant | % | Montant | % |  |
|  | Détails des éléments du projet |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Autres (préciser) |  |  |  |  |  |  |  |

**Joindre un budget prévisionnel de la totalité du projet ainsi que les devis des dépenses mentionnés.**

***Pour les co-financements : fournir les pièces justificatives d’attribution et décrire ci-après les montants octroyés par chacun des organismes co-financeurs :***

* ***Réalisation de projets d’incubateurs :***

Un incubateur est une structure d'accompagnement de porteurs de projets qui, en mettant à leur disposition les compétences et les outils indispensables au bon démarrage et au développement d’un projet innovant, va leur permettre de concrétiser ensemble leur projet au sein d’une même structure.

Afin d’aider à l’émergence de ces projets innovants en recherche, l’incubation, le développement de brevet et l’accompagnement de la création de projets pouvant être développés dans le champ économique seront recherchés.

Seul ou en syndication, les laboratoires publics peuvent présenter un projet de portage. Il peut être fait recours dans ce cadre aux cellules existantes de valorisation de la recherche.

Dans le but de démarrer l’activité dans les meilleures conditions, les incubateurs de recherche pourront accompagner les porteurs de projets pour le bâtimentaire (mise à disposition de locaux déjà existants ou pas regroupant plusieurs laboratoires publics), l’équipement (matériels de pointe) et le personnel (constitution d’équipes adaptées).

La participation du Conseil départemental ne peut excéder 30 % du montant total des dépenses du projet.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ***Porteur***  ***du projet*** | | ***Conseil départemental*** | | ***Autres***  ***(préciser)*** | | **TOTAL** |
|  |  | Montant | % | Montant | % | Montant | % |  |
|  | Détails des éléments du projet |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Autres (préciser) |  |  |  |  |  |  |  |

**Joindre un budget prévisionnel de la totalité du projet ainsi que les devis des dépenses mentionnés.**

***Pour les co-financements : fournir les pièces justificatives d’attribution et décrire ci-après les montants octroyés par chacun des organismes co-financeurs :***

**IV/ suivi et évaluation du projet**

|  |
| --- |
| *Présenter*  *- la genèse du projet, l’organisation et les acteurs impliqués dans l’évaluation*  *- les différentes étapes*  *- le mode de diffusion des résultats (rapport papier, site web, réunion de présentation, ...)*  *- à la fin du projet, la réalisation des objectifs quantitatifs et qualitatifs : écart entre prévu et réalisé, explications* |

Merci de compléter le tableau ci-après des critères d’évaluation retenus. Ces critères doivent être exposés avec précision pour décrire l’action conduite. **Ces critères seront des éléments contractuels.**

*Exemples de critères d’évaluation pouvant être retenus :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Critères*** | ***Évaluation projet clinique*** | ***Évaluation projet recherche*** |
| Innovation technique ou technologique | *Dimension du projet :*   * *Matériel dernière génération* * *Usage / bénéficiaire* * *Technologie employée* | *Dimension du projet :*   * *Transférable dans le champ clinique* * *Conception et ciblage des bénéficiaires* |
| Atteintes des objectifs | *Indicateurs de suivi et de résultat :*   * *Nombre d’actes* * *Nombre de patients traités* * *Questionnaires de satisfaction des patients/prescripteurs* * *Bénéfices pour les patients* * *Mesure des écarts* * *Explication quantitative et qualitative des écarts* | *Indicateurs de suivi et de résultat :*   * *Bilan annuel de fonctionnement des équipements* * *Efficience* * *Questionnaires de satisfaction des prescripteurs* |
| Communication | *Indicateurs de communication :*   * *Nombre de communications dans des congrès internationaux* * *Nombre de publications* | *Indicateurs de communication :*   * *Nombre de projets de recherche* * *Nombre de dépôts de brevets* * *Nombre de communications dans des congrès internationaux* * *Nombre de publications* |
| Économique | * *Maîtrise des coûts (optimisation du délai moyen de rendez-vous, des transports par ambulance, de la durée de séjour…), voire baisse des coûts* * *Développement de l’activité et donc développement des recettes* * *Création d’emplois* | * *Prévention d’augmentation de la rentabilité* |
| Autres |  |  |

**ANNEXE 1**



Fiche de renseignementS sur le PORTEUR DU PROJET

**Identité du porteur scientifique/clinique du projet :**

|  |
| --- |
| *Nom, fonction, adresse, téléphone (fixe et portable), adresse électronique* |

Identité de la personne juridiquement habilitée à représenter le projet (signataire de la convention) :

|  |
| --- |
| *Raison sociale de la structure - nom, fonction, adresse, téléphone (fixe et portable), adresse électronique du représentant* |

Statuts : (joindre les statuts de la structure)

**N° SIRET/SIREN de l’établissement : (à préciser)**

**RIB : (joindre un RIB)**

***Préciser :***

|  |  |
| --- | --- |
| Collectivité publique |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise privée |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme mixte |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Association |  |

**Contact : personne en charge du suivi administratif et financier du projet :**

|  |
| --- |
| *Nom, fonction, adresse, téléphone, adresse électronique* |

Je, soussigné, …………………………………………………………………………………………….

- certifie l’exactitude des informations fournies pour la constitution du présent dossier de candidature,

- m’engage à organiser un retour d’expérience et à favoriser la libre disposition des résultats du projet,

- autorise le Conseil départemental à publier les données du présent document et les résultats ultérieurs sous les éventuelles réserves ci-après …………………………………….

Fait à ……………………………………………, le ………………….

***Signature*** *(signataire de la convention)*



Fiche de renseignementS sur les partenaires

*NB : merci de remplir une fiche pour chaque partenaire*

**Partenaire n° :**

**Nom ou raison sociale**

|  |
| --- |
|  |

**Statut**

|  |  |
| --- | --- |
| Collectivité publique |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise privée |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme mixte |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Association |  |

**Contact de la personne en charge du suivi projet :**

|  |
| --- |
| *Nom, fonction, adresse, téléphone, adresse électronique* |

**Nom et signature de la personne juridiquement habilitée à représenter la structure :**

Je, soussigné, …………………………………………………………………………………………….

- certifie l’exactitude des informations fournies pour la constitution du présent dossier de candidature,

- m’engage à organiser un retour d’expérience et à favoriser la libre disposition des résultats du projet,

- autorise le Conseil départemental à publier les données du présent document et les résultats ultérieurs sous les éventuelles réserves ci-après …………………………………….

Fait à ……………………………………………, le ………………….

Signature

PIECES À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE

* Les statuts en vigueur, et le cas échéant, le règlement intérieur
* L'avis d'insertion des statuts au Journal Officiel
* Le procès-verbal de la dernière assemblée générale précisant entre autres la composition du conseil d’administration et le quitus des comptes du dernier exercice clos
* Le budget prévisionnel HT ou TTC relatif au projet
* L’attestation de co-financement du ou des partenaires
* Le(s) devis lié(s) aux dépenses du projet
* RIB

*Les informations recueillies dans* ce *formulaire font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande de subvention. Le Département des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public (Base légale du traitement, article 6-1E du RGPD), et s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire suivant : la loi n' 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire modifiant la loi loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations* avec *l'administration et le décret n' 2001-495 du 6 juin 2001 pris pour l'application de l'article de la dite loi et relatif à la transparence financière des aides octroyées par les personnes publiques.* Conformément au décret n° 2017-779 du 5 mai 2017, le Conseil départemental des Alpes-Maritimes diffuse sous forme électronique les données essentielles des conventions de subvention, qu'il a conclues avec tout organisme.

*Les catégories de données enregistrées sont les suivantes :*

*Etat civil : nom, prénom, qualité, téléphone fixe et portable, mail du représentant légal de l'organisme et de la personne en charge de la demande, nom,*

*prénom des membres composant l'administration*

*Nom, prénom de l'élu départemental faisant partie de l'organisme de direction de l'association le cas échéant le cas échéant*

*Nom, prénom de l'agent départemental faisant partie de l'association le cas échéant*

*Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaires à l'instruction* de *votre situation, qu'aux destinataires habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :*

- Le service *instructeur du Département*

*- Les services informatiques du Département*

*- La direction des finances du Département et le service financier*

*Les membres siégeant à la commission permanente statuant sur votre demande*

- La *paierie départementale*

*Les décisions motivées sont notifiées au représentant légal* de *la structure ayant formulé la demande de subvention.*

*Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.*

*Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir* le sort de vos données après votre décès en *vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données — Département des Alpes-Maritimes — B.P. n' 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par courriel* données oersonnellesedepartement06 fr - *Centre Administratif des Alpes-Maritimes — BP 3007 — 06201 Nice cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si* ce *droit a été écarté par une disposition législative. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a* le *droit de s'opposer au profilage, demander la limitation du traitement, d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place* de *Fontenoy- TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone :* [*01.53.73.22.22.*](http://01.53.73.22.22.www.cnil.fr) www.cnil.fr

*Par ailleurs, le Département pourra être amené à utiliser vos coordonnées pour l'envoi d'informations institutionnelles*