

APPEL D'OFFRE RECHERCHE 2019
LIGUE CONTRE LE CANCER
SUBVENTIONS 2019- FINANCEMENT POUR 1 ANNEE



16 CHARENTE ☎ : 05.45.92.20.75	17 CHARENTE MARITIME ☎ : 05.46.50.57.95	18 CHER ☎ : 02.48.65.89.89	22 COTES D'ARMOR ☎ : 02.96.94.78.14	28 EURE ET LOIRE ☎ : 02.37.21.19.50
29 FINISTERE ☎ : 02.98.47.40.63	35 ILLE ET VILAINE ☎ : 02.99.63.67.67	36 INDRE ☎ : 02.54.27.24.88	37 INDRE ET LOIRE ☎ : 02.47.39.20.20	41 LOIR ET CHER ☎ : 02.54.74.53.44
44 LOIRE ATLANTIQUE ☎ : 02 40 14 00 14	45 LOIRET ☎ : 02.38.56.66.02	49 MAINE ET LOIRE ☎ : 02.41.88.90.21	53 MAYENNE ☎ : 02.43.53.46.43	56 MORBIHAN ☎ : 02.97.54.18.18
72 SARTHE ☎ : 02.43.89.40.40	79 DEUX SEVRES ☎ : 05.49.06.96.60	85 VENDEE ☎ : 02.51.44.63.28	86 VIENNE ☎ : 05.49.47.10.15	<i>Pour contacter vos comités départementaux par e-mail faire cd + n° département : cd* * @ligue-cancer.net</i>

Conseil Scientifique Inter Régional Grand Ouest (CSIRGO)

**Les comités départementaux des régions
 Bretagne, Pays de la Loire, Centre Val de Loire et
 Poitou-Charentes attribuent des fonds d'aide à la Recherche sur le
 cancer.**

Les formulaires de demande peuvent être obtenus auprès des secrétariats des Comités Départementaux de la Ligue contre le Cancer par : téléphone, mail, ou sur le site <http://www.ligue-cancer.net/article/la-recherche/appels-d-offres>

**Les dossiers de candidature doivent être adressés au Président
 de VOTRE COMITE DEPARTEMENTAL de la Ligue contre le Cancer
 avant le **17 MAI 2019****

PIECES A JOINDRE POUR LA CONCEPTION DU DOSSIER COMPLET A TRANSMETTRE AU COMITE DE VOTRE DEPARTEMENT

Le demandeur doit fournir un dossier complet :

- 1 exemplaire papier** du dossier complet **avec signatures originales** ➡ à envoyer par courrier à votre comité départemental
- 1 fichier numérique** du dossier complet en format **pdf** avec les signatures scannées ➡ à envoyer par mail cd*@ligue-cancer.net (taille maximale du fichier 2 Mo) ou sur cdrom à votre comité départemental (* numéro de votre département)

Le dossier complet :

- Le **formulaire de demande, daté et signé** par le demandeur et le directeur ou chef de service (pages 4 à 8).
- Le **détail financier** de l'ensemble du projet (page 7)
- Le **plan de recherche** sur l'année par trimestre (page 7)
- Le **rapport d'activités scientifiques** de la demande antérieure subventionnée par la Ligue contre le Cancer (page 9)
- Le **curriculum vitae** du demandeur
- Les **organigrammes du laboratoire et de l'équipe** du demandeur travaillant sur le projet. (1 page maximum)
- L'engagement** du bénéficiaire, ou du coordonnateur de la demande multicentrique, **de faire parvenir au terme de l'utilisation de la subvention :**
 - ♦ un rapport d'activité scientifique sur le résultat des recherches entreprises **sous format pdf**
 - ♦ un **compte-rendu financier** de l'emploi des fonds reçus certifié conforme par l'établissement
 - ♦ une copie de la page mentionnant, dans vos **publications**, l'aide financière de la Ligue contre le cancer

Et nous fournir à part :

- Le **RIB de l'établissement gestionnaire** du porteur de projet **et l'ORDRE auquel le CHEQUE** doit être établi et l'adresse précise d'envoi (voir page 8) – Et pour chaque équipe si projet multicentrique
Format pdf à envoyer par mail @ à votre comité départemental
- 1 fiche résumé**
Format pdf à envoyer par mail @ à votre comité départemental
- 1 fiche d'évaluation avec l'encadré prérempli**
Format word à envoyer par mail @ à votre comité départemental
- 1 liste de 3 experts compétents dans votre domaine avec lesquels vous n'avez aucun conflit d'intérêt (publications communes ou autres ...) hors des 4 régions du Grand-Ouest.**
Possibilité d'ajouter des experts que vous ne souhaiteriez pas pour raison de compétitivité ou autres.
Dans tous les cas, indiquer les coordonnées complètes pour chacun des experts (nom, prénom, adresse, tél et e-mail).
Format word à envoyer par mail @ à votre comité départemental

Nommer les documents informatiques en indiquant le n° du dept, nom du demandeur, nom du fichier (demande, rib, experts, résumé, fiche_évaluation)

Exemple : 37_DUPUIS_demande2019.pdf

Le fait de déposer une demande de subvention au Comité départemental a valeur d'acceptation des conditions énoncées ci-dessus.

DEMANDE DE FINANCEMENT RECHERCHE - APPEL D'OFFRE 2019**Identification du porteur du projet**

Nom..... Prénom.....
 Date de naissance.....
 Titre et fonction.....
 Adresse e-mail.....
 Téléphone..... Fax.....

Établissement où se déroule la recherche

Établissement.....
 Adresse.....
 Téléphone.....
 Responsable du laboratoire : Nom..... Prénom.....

Organismes de rattachement

INSERM CHU CRLCC UNIVERSITE UFR CNRS
 Autre (préciser) :.....

La recherche entre-t-elle dans le cadre de la loi Huriet ?

OUI NON Si oui, fournir l'avis du CPP

S'agit-il d'un programme multicentrique ?

OUI NON Si oui, précisez les autres laboratoires partenaires

Lab 1 Porteur du projet : Ville :

Lab 2 : Responsable : Ville :

Lab 3 : Responsable : Ville :

Lab 4 : Responsable : Ville :

Une partie de ce programme a-t-il fait l'objet d'une autre demande auprès d'un autre Comité Départemental de la Ligue ou d'un autre organisme ?

OUI NON Si oui, précisez le(s) autre(s) Comité(s) ou l'organisme.....

Équipe labellisée

- Une demande de labellisation est-elle en cours sur le même projet que la présente demande ?
 OUI NON
- Votre présent projet fait-il partie du programme d'une équipe labellisée ? OUI NON

Le projet fait-il partie d'un axe de recherche du Cancéropôle Grand-Ouest ?

OUI NON Si oui, lequel ou lesquels ? Cochez un ou plusieurs axes ou réseaux

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vectorisation et Radiothérapies | <input type="checkbox"/> Valorisation des produits de la mer |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapies | <input type="checkbox"/> Biologie intégrée des cancers |
| <input type="checkbox"/> Cellules souches et cancer | <input type="checkbox"/> Réseau Gliome |
| <input type="checkbox"/> Sciences humaines et sociales | <input type="checkbox"/> Réseau Canaux Ioniques |
| <input type="checkbox"/> Épигénétique | <input type="checkbox"/> Réseau prostate |

PARTICIPANTS IMPLIQUES DANS LE PROJET

Equipe 1

NOM - Prénom	Titre	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET ¹	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

Equipe 2...

NOM - Prénom	Titre	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET ¹	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

*** signature obligatoire pour validation de l'expertise**

¹ *Correspond au % du temps total de recherche consacré au projet
 (Exemple : un MCU ne peut consacrer plus de 50% de son temps à la recherche sur un projet)*

PROJET**Montant demandé :** **Appartenance comité départemental N° :****Intitulé du projet :****Porteur du projet :** Titre : **Nom :** **Prénom :****Laboratoire :****Adresse :****Tel :** **Mail :****Projet multicentrique :** oui non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:****Domaine dans lequel s'inscrit le projet (maximum 3)**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique | <input type="checkbox"/> Expression génique | <input type="checkbox"/> Préventions I ^{aire} et II ^{aire} |
| <input type="checkbox"/> Angiogenèse | <input type="checkbox"/> Gènes suppresseurs | <input type="checkbox"/> Protéomique |
| <input type="checkbox"/> Apoptose | <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire | <input type="checkbox"/> Radiobiologie |
| <input type="checkbox"/> Biologie Cellulaire | <input type="checkbox"/> Hormones | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Imagerie médicale | <input type="checkbox"/> Récepteurs |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Immunologie | <input type="checkbox"/> Sciences Hum. & Sociales |
| <input type="checkbox"/> Cycle Cellulaire | <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Signalisation |
| <input type="checkbox"/> Cytogénétique | <input type="checkbox"/> Biothérapie | <input type="checkbox"/> Synthèses chimiques |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic | <input type="checkbox"/> Métastases | <input type="checkbox"/> Thérapie Cellulaire |
| <input type="checkbox"/> Douleurs | <input type="checkbox"/> Oncogènes | <input type="checkbox"/> Trafic intracellulaire |
| <input type="checkbox"/> Environnement | <input type="checkbox"/> Pharmacogénomique | <input type="checkbox"/> Autres. <i>Précisez :</i> |
| <input type="checkbox"/> Epidémiologie | <input type="checkbox"/> Pharmacologie | |

Localisations tumorales se rapportant à l'étude

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appareil génital | <input type="checkbox"/> Os |
| <input type="checkbox"/> Carcinome primitif inconnu | <input type="checkbox"/> Pancréas |
| <input type="checkbox"/> Côlon | <input type="checkbox"/> Plèvre |
| <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Poumon |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe | <input type="checkbox"/> Rein |
| <input type="checkbox"/> Leucémie chronique | <input type="checkbox"/> Sein |
| <input type="checkbox"/> Lymphome non hodgkinien | <input type="checkbox"/> Syndrome myéloprolifératif |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin | <input type="checkbox"/> Système nerveux |
| <input type="checkbox"/> Mélanome | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Myélome multiple | <input type="checkbox"/> Autre localisation. <i>Précisez :</i> |
| <input type="checkbox"/> Œsophage | |
| <input type="checkbox"/> ORL (précisez) | |

PROJET (6 pages maximum, Time 12, Interligne simple)

Montant demandé : **Appartenance comité départemental N° :**

Intitulé du projet :
.....

Porteur du projet : Titre Nom : Prénom :

Laboratoire :

Adresse :
.....

Tel : **Mail :**

Projet multicentrique : oui non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:**

Plan à respecter :

1. RESUME
2. OBJECTIFS
3. ARGUMENTAIRE/SITUATION DU PROJET
4. ETAT DES TRAVAUX DE L'EQUIPE SUR LE PROJET
5. METHODOLOGIE (à développer – 2 pages minimum)
6. RESULTATS ATTENDUS/PERTINENCE PAR RAPPORT AU CANCER
7. PRODUCTION SCIENTIFIQUE (de toutes les personnes de l'équipe qui ont publié sur le sujet)

FINANCEMENT DU PROJET PAR LA LIGUE CONTRE LE CANCER

PROJET ANTERIEUR

S'agit-il de la prolongation d'une recherche précédemment financée par la Ligue ? OUI NON

Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 9)

Intitulé du projet déjà financé

Un autre projet a-t-il déjà été financé par la Ligue contre le Cancer ? OUI NON

Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 9)

Intitulé du projet déjà financé

Un des membres de votre équipe est-il actuellement financé par la Ligue ? OUI NON

NOUVELLE DEMANDE DE FINANCEMENT sur 1 an

	Montant (en €) pour un an
Montant total nécessaire pour ce projet ↻ Joindre le détail financier de l'ensemble du projet	
Montant demandé à la Ligue contre le Cancer ↻ Joindre le plan de recherche sur l'année par trimestre	
Ventilation prévue par équipe pour les projets multicentriques	

DÉTAIL DU MONTANT DEMANDÉ À LA LIGUE (à justifier) Pour information, la moyenne des subventions accordées en 2014 était environ de 25 000 €.

POSTE	DESCRIPTIF	QUANTITÉ	MONTANT TOTAL TTC
FONCTIONNEMENT			
Consommables			0
Petits matériels (<1000€)			0
Autres (missions, prestations de plateformes, ...)			
Gratifications M2 (Maximum 5000€)			0
TOTAL FONCTIONNEMENT			0,00 €
ÉQUIPEMENT (>1000€) Pour un matériel de plus de 5 000 euros, joindre le devis			
			0
TOTAL EQUIPEMENT			0,00 €
VACATIONS consacrées au projet. Ne pas dépasser 5 000 €, sauf pour les projets de SHS, épidémiologie et économie de la santé qui ne peuvent excéder 15 000 € Montant charges patronales incluses			
			0
TOTAL GLOBAL*			

FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES

SI VOUS AVEZ REÇU DES AIDES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT, MERCI DE PRÉCISER

Organisme	Montant	Durée	Date de début

SI D'AUTRES DEMANDES ONT ÉTÉ FAITES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT

Organisme	Montant	Durée	Date prévue résultat

MODALITÉS DE RÈGLEMENT ➔ FOURNIR LES 2 MODES DE PAIEMENT

- Par chèque bancaire ou postal **au nom de** :
Adresse précise d'envoi du chèque :

- Par virement bancaire au bénéfice de :
 ➔ **Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet**

Si projet multicentrique, fournir le libellé de chèque et le RIB pour **chaque équipe** participant au projet.

Signature du Demandeur*

Le demandeur s'engage à respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées

Nom :

Date :

Signature du Directeur ou du Chef de Service*

Nom :

Date :

S'il s'agit d'un équipement hospitalier avec objectif de recherche

Signature du Directeur d'établissement*

Nom :

Date :

Cachet de l'Etablissement* :

*** SIGNATURES obligatoires pour validation de l'expertise**

Rapport scientifique du projet précédent financé par la Ligue

(4 pages maximum, Time 12, Interligne simple)

Année de l'appel d'offre du projet financé : Montant obtenu :

Porteur du projet : Titre : Nom : Prénom :

Laboratoire :

Intitulé du projet :

.....

Soutien(s) du(es) comité(s) départemental(aux) N°(s) :

Plan à respecter :

1. RESUME
2. SITUATION DU PROJET
3. RESULTATS DES TRAVAUX
4. APPORT DES RESULTATS DANS LE CONTEXTE
5. PUBLICATIONS et/ou PRESENTATIONS REALISEES