****

# INSTRUCTIONS

Ce document doit être facilement lisible et respecter les règles suivantes :

* Polices : Arial, 10 pt, Times New Roman, 12 pt, ou Calibri 11 pt, interligne simple
* Nom de famille et prénom dans l’en-tête de chaque page
* Maximum de 20 pages

# DOCUMENTS NÉCESSAIRES

* Le formulaire de soumission entièrement rempli
* Le diagramme de Gantt au format PDF
* Le CV du candidat principal au format de votre choix (dernière mise à jour entre février 2020 et la date limite de la subvention)
* Contributions détaillées du candidat principal (dernière mise à jour entre février 2020 et la date limite de la subvention)
* Les CV des collaborateurs au format de votre choix (dernière mise à jour entre février 2020 et la date limite de la subvention)
* Contributions détaillées des collaborateurs (dernière mise à jour entre février 2020 et la date limite de la subvention)
* Lettre(s) de soutien des administrateurs de l’institution ou de l’organisation communautaire dans laquelle le projet sera mené (pour tous les candidats principaux et tous les collaborateurs)
* Un devis présentant les coûts associés aux services et ressources requises pour la réalisation du projet
* **Tous les documents doivent être intégrés dans un seul (1) document PDF.**

*Merci de vous assurer de soumettre vos plus récentes publications et contributions (le cas échéant).*

# TITRE DU PROJET (EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS)

Cliquer ici pour entrer du texte

# RÉSUMÉ VULGARISÉ

En un maximum de 250 mots, décrire en termes simples votre proposition de projet. Ce résumé sera évalué par un patient partenaire de la Fondation.

Cliquer ici pour entrer du texte

PARTIE A : ÉQUIPE DU PROJET

# IDENTIFICATION DU (DES) MEMBRE(S) DE L’ÉQUIPE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du candidat principal** | | | | |
| Nom: | | | Prénom: | |
| ☐ Mr | ☐ Mlle | | ☐ Mme | ☐ Dr |
| ☐ MD | ☐ PhD | | Autre : |  |
| **Coordonnées** | | | | |
| Établissement/Organisme | |  | | |
| Département | |  | | |
| Affiliation universitaire (le cas échéant) | |  | | |
| Adresse | |  | | |
| Ville / Province | |  | | |
| Code Postal | |  | | |
| Téléphone | |  | | |
| Courriel | |  | | |
| Signature électronique | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du collaborateur #1** | | | | |
| Nom : | | | Prénom : | |
| ☐ Mr | ☐ Mlle | | ☐ Mme | ☐ Dr |
| ☐ MD | ☐ PhD | | Autre : |  |
| **Coordonnées** | | | | |
| Établissement/Organisme | |  | | |
| Département | |  | | |
| Affiliation universitaire (le cas échéant) | |  | | |
| Adresse | |  | | |
| Ville / Province | |  | | |
| Code Postal | |  | | |
| Téléphone | |  | | |
| Courriel | |  | | |
| Signature électronique | |  | | |

***Copier/Coller le nombre de tableaux nécessaires afin de compléter la composition de l’équipe***

|  |  |
| --- | --- |
| **Description brève de l’organisme (si le candidat provient d’un organisme communautaire)** | |
| Mission |  |
| Clientèle |  |
| Région(s) géographique(s) desservie(s) |  |
| Êtes-vous membres du ROCO (Regroupement des organisations communautaires en oncologie)? |  |

PARTIE B : DESCRIPTION DU PROJET

# CONTEXTE

Indiquer le(s) problème(s) et le(s) principal(aux) enjeux dans le domaine du pré-diagnostic du cancer du sein et/ou de l’éducation que votre projet va cibler. Cette section doit décrire le besoin non comblé et la justification du projet proposé ainsi qu’expliquer comment ce projet aura un impact sur le pré-diagnostic et/ou l'éducation en matière de cancer du sein. Utiliser des données probantes provenant d'une source de données crédible afin de fournir le nombre de patient(e)s visé par ce projet et de justifier les lacunes dans le pré-diagnostic et les disparités en matière d'éducation.

Cliquer ici pour entrer du texte

# OBJECTIFS DU PROJET

Préciser l’hypothèse du projet ainsi que les objectifs et interventions qui seront mises en œuvre. Mettre en avant l’adéquation avec les objectifs de cet appel à projets.

Cliquer ici pour entrer du texte

# MÉTHODOLOGIE DU PROJET ET PLAN DE DÉVELOPPEMENT

1. Spécifier le design du projet et décrire plus en détails les interventions qui seront mises en œuvre pour cette (ces) initiative(s). Discuter des preuves et du plan statistique qui appuient cette méthodologie.

Cliquer ici pour entrer du texte

1. Décrire le rôle et la contribution de chaque membre de l’équipe dans la réalisation du projet.

Cliquer ici pour entrer du texte

# RÉSULTATS ATTENDUS DU PROJET

Définir les résultats qui pourront être atteints et mesurés à la fin du financement afin d’évaluer l’impact et la pertinence clinique du projet. Mettre en évidence les changements de pratique ou de système qui seront réalisés.

Cliquer ici pour entrer du texte

PARTIE C : FAISABILITÉ DU PROJET

# OPPORTUNITÉ DE DÉVELOPPEMENT, RISQUES ET PLAN DE PRÉVENTION

1. Décrire par quels moyens les institutions/organismes communautaires, où le projet sera mis en œuvre, faciliteront l’atteinte des résultats. Merci de détailler les ressources et services déjà en place dans ces établissements.

Cliquer ici pour entrer du texte

1. Identifier les principaux obstacles à la bonne réalisation de ce projet et l’approche utilisée pour les surmonter.

Cliquer ici pour entrer du texte

# PLAN D’ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

1. Identifier les relations stratégiques existantes (le cas échéant) pouvant être mises à profit pour mener à bien ce projet. Identifier les principaux intervenants qui seront impliqués/engagés dans la réalisation de ce projet (e.g. groupe de patients, gouvernement etc.).

Cliquer ici pour entrer du texte

# PLAN DE SUIVI DES ÉTAPES (DIAGRAMME DE GANTT)

1. Merci de fournir un diagramme de Gantt avec les objectifs, étapes et livrables sur 2 ans.

Cliquer ici pour entrer du texte

# PLAN DE PÉRENNISATION Décrire le plan de pérennisation et mettre en évidence les partenaires qui seront essentiels à la réussite de la mise en œuvre du projet et à sa poursuite à l’issue de la période de financement.

*(La pérennité correspond à la réalisation continue de l’intervention ou à la stratégie au-delà de la date de fin du projet qui permettra de rendre opérationnel et de soutenir le niveau de changement individuel et/ou du système.*

*Se reporter à l’article suivant pour voir des exemples Developing a comprehensive definition of sustainability1).*

Cliquer ici pour entrer du texte

PARTIE D : TRANSFERT DE CONNAISSANCE

# PLAN DE PARTAGE DES DONNÉES

1. Portée du projet : ⃝ Locale / Municipale ⃝ Régionale ⃝ Provinciale ⃝ Canadienne

Si le projet bénéficie à plus d’une région géographique du Québec, nommez les régions visées :

Cliquer ici pour entrer du texte

1. La connexion et le partage des données et connaissances afin de favoriser le progrès et l’impact au niveau des patients et du système est essentiel pour la Fondation. Élaborer le plan de partage des données générées par ce projet.

Cliquer ici pour entrer du texte

1. Expliquer en quoi les connaissances générées par ce projet pourront être bénéfiques pour d’autres institutions, autres maladies, etc.

Cliquer ici pour entrer du texte

PARTIE E : BUDGET

# PLAN FINANCIER

1. Identifier les ressources nécessaires (financières, humaines ou autres) pour élaborer le projet.

Montant demandé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soit \_\_\_\_% du montant total associé au projet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Budget demandé pour l’année 1** | **Budget demandé pour l’année 2** | **TOTAL** |
| **Salaires et avantages sociaux** |  |  |  |
| **Matériel ou équipement** |  |  |  |
| **Services professionnels spécialisés** (coûts liés au temps-machine et temps-homme) |  |  |  |
| **Rencontres et déplacements** (travail sur le terrain, collaborations/consultations) (jusqu’à 6 000 CAD/an maximum) |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **Coûts totaux estimés** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CO-FINANCEMENT (le cas échéant)** | | |
| Lister tous les financements additionnels en lien avec le projet. Un co-financement ne modifiera pas le montant alloué pour la subvention. | | |
| **Source de co-financement\*** | **Montant ($)** | **Année** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Merci d’ajouter le nombre de lignes nécessaires pour compléter cette partie.*** | | |

|  |
| --- |
| **Justification des montants demandés (*2 pages maximum)*** |
| * Décrire et expliquer brièvement les éléments principaux de votre budget, en indiquant comment les fonds ou ressources demandés seront utilisés. * Si vous bénéficiez d’un co-financement, décrire les activités auxquelles il sera alloué. |

PARTIE F : CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond à votre projet ?

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | Implication de personnes humaines |
| ☐ | Utilisation de matériel biologique humain (parties, produits, tissus, cellules, matériels génétiques provenant d’un individu vivant ou décédé) |
| ☐ | Activité de procréation assistée ou utilisation d’embryons humains qui en sont issus, au sens de la loi sur les activités cliniques et de recherches en matières de procréation assistée. (RLRQ c. A-5.01) |
| ☐ | Utilisation de données administratives, scientifiques ou descriptives de participants humains |
| ☐ | Faible risque d'avoir des impacts indésirables sur l'environnement (le niveau de risque n'est pas plus élevé dans le contexte de la recherche menée que le risque associé aux activités humaines de la vie quotidienne) |
| ☐ | Risque modéré d'avoir des impacts indésirables sur l'environnement (le niveau de risque peut nécessiter le déploiement de mesures d'atténuation) |
| ☐ | Risque élevé d'avoir des impacts indésirables sur l'environnement (le niveau de risque peut entraîner des effets graves sur l'environnement et nécessite le déploiement de mesures d'atténuation) |
| ☐ | Aucune de ces propositions ne s’applique à mon projet |

PARTIE G : ATTESTATION ET SIGNATURE

|  |  |
| --- | --- |
| Je, soussigné, candidat principal, déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans la demande sont exacts et complets.  Les collaborateurs identifiés dans ce document m’ont confirmé leur volonté de participer au projet et j’ai obtenu leur autorisation afin de fournir tous les renseignements personnels et confidentiels les concernant.  J’autorise la Fondation cancer du sein du Québec à conserver et à utiliser tous les renseignements personnels et scientifiques contenus dans la demande, sous la condition que les personnes ayant accès à ces renseignements en respectent le caractère confidentiel.  Je consens à ce que mon nom, le titre du projet et mon affiliation institutionnelle soient diffusés sur les sites web de la Fondation cancer du sein du Québec si mon projet est admissible. Je comprends que les noms et affiliations des collaborateurs impliqués dans mon projet ne seront pas diffusés sur ces sites web suite à cette étape.  Je m’engage à respecter l'ensemble des conditions décrites dans le Guide de soumission de cet appel à projets dans le cadre duquel je fais une demande de financement et toute autre condition imposée dans une lettre potentielle d’octroi, dans une potentielle entente de financement et au moment des versements correspondants.  Je ne suis pas présentement non admissible à recevoir du financement d’une agence publique de financement au Canada ou à l'étranger, en raison d'un manquement avéré à la conduite responsable en recherche.  Je m'engage à aviser immédiatement la Fondation cancer du sein du Québec, à laquelle je transmets la présente demande, si je deviens non admissible à faire une demande de financement ou à détenir des fonds d'une agence publique de financement au Canada ou à l'étranger, en raison d'un manquement avéré à la conduite responsable en recherche.  Je m'engage à aviser immédiatement la Fondation cancer du sein du Québec, à laquelle je transmets la présente demande si j’obtiens des fonds d'une agence publique de financement au Canada ou d’une compagnie privée pour les activités présentées à cet appel à projets.  Je comprends que le non-respect de l’un ou l’autre de ces engagements peut entrainer le retrait d’une demande en cours d’évaluation, ou encore la suspension, le retrait, la cessation ou même le remboursement d’un octroi ou l’imposition de toute autre sanction administrative liée aux privilèges que peut accorder la Fondation cancer du sein du Québec. | |
| **Date :**    JJ-MM-AAAA | **Signature candidat principal :**    (Nom en lettres d’imprimerie) |

PARTIE H : RÉFÉRENCES (non-comptabilisées dans le nombre de pages du dossier)

Intégrer vos références et sources de données dans cette partie.

Cliquer ici pour entrer du texte