|  |
| --- |
| BOURSE DE RECHERCHE  EN IMAGERIE |

Dossier de candidature

A remettre avant le 15 avril 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et Prénom du candidat** |  |
| **Titre du projet** |  |



Société Française de Radiologie  
47, rue de la Colonie - 75013 Paris – France

|  |
| --- |
| * **OBJECTIF DE LA BOURSE**   Aider un jeune radiologue ou médecin nucléaire à effectuer un futur stage de recherche en Imagerie dans le cadre d’un MASTER, d’une THESE d’UNIVERSITE ou en POST-DOCTORAT en France ou à l’étranger. |
| * **Attribution de la bourse**   La demande de bourse doit être faite au plus tard le 15 avril 2024. Au delà de cette date, aucune demande ne peut être prise en compte. |
| * **BENEFICIAIRE**   Ces bourses sont destinées aux radiologues ou médecin nucléaire, en formation ou récemment diplômés français (pour une recherche en France ou à l’étranger) ou étrangers (pour une recherche réalisée avec une équipe française combinée avec inscription en master, thèse d’université ou post-doctorat dans une Université française), membres de la SFR.  Attention :  Ces bourses sont exclusivement réservées aux radiologues et radiologues en formation, ainsi qu’aux médecins nucléaires. Pour ces derniers, le projet doit porter sur de l’imagerie hybride avec un co-encadrant radiologue. |
| * **CONSTITUTION DU DOSSIER** * Le dossier de candidature dûment rempli et accompagné d’un CV. * La description du programme de recherche. * La liste des publications les plus importantes et des publications majeures du laboratoire d’accueil au cours des 5 dernières années. * L’attestation d’engagement du directeur du laboratoire ou service d’accueil. * Lettre de recommandation de l’encadrant du travail. * Le candidat doit être membre de la SFR au moment du dépôt de la candidature.   **L’absence d’un de ces éléments entraînera la nullité de la candidature.** |
| * **NOMBRE DE LAUREATS**   Le nombre de lauréats est fixé par le jury. |
| * **MONTANT DE LA BOURSE**   Le montant unitaire de la bourse, pouvant aller de 3 000 à 20 000 €, est fixé par le jury selon des critères objectifs (distance du domicile, autres apports, statut du candidat lors de la demande).  **Attention : le montant de la bourse sera ajusté en fonction du projet de recherche et du lieu de stage effectif, et sera réévalué par le jury en cas de changement de projet ou de lieu de stage.** |
| * **CRITERES D’EVALUATION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**   Les dossiers seront analysés par des experts et sélectionnés par le jury selon les critères suivants :   * *Qualité scientifique du projet,* * *Faisabilité scientifique et matérielle du projet,* * *Motivation du candidat et de l’équipe,* * *Ressources financières du candidat au cours de l’année universitaire « N/N+1 »* * *Intérêt/impact professionnel du sujet sur la modification des pratiques*   Au terme de l’analyse des dossiers par le jury, les candidats sont admis soit en liste principale soit en liste complémentaire.  Les candidats sont invités à soumettre leur candidature à d’autres appels d’offre pour financement de leur projet de recherche, et à clairement indiquer la liste des candidatures effectuées, témoignant ainsi de leur dynamisme et de la qualité de leur projet scientifique. Il est rappelé que les **Bourses de Recherche Alain Rahmouni SFR-CERF ne permettent pas le financement de tous les projets soumis et que l’attribution des bourses sera très sélective.** |
| * **NOTIFICATION DE L’AVIS DU JURY AU CANDIDAT**   Chaque candidat reçoit au mois de juillet un courrier nominatif lui signifiant *l’avis du jury.* Le candidat est inscrit soit sur la :   * Liste principale * Liste complémentaire : dans ce cas, le candidat est appelé en fonction des désistements de la liste principale * Liste des refus |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHE RESUMEE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre court du projet** |  |
| **Nom du candidat** |  |
| **Tél. Portable** |  |
| **E-mail** |  |
| **Cadre**  (Master, Thèse ou Post-Doctorat) |  |
| **Nom du Master ou école doctorale d’inscription** |  |
| **Statut actuel**  (préciser l’année) |  |
| **Statut** à partir de novembre prochain |  |
| **Région/ville**  **(pour les internes)** |  |
| **Service d’origine**  **(pour les CCA, PHU …)** |  |
| **Indiquer un parrain ou « mentor » (médecin ou professeur) supervisant la carrière de l’étudiant** |  |
| **Structure/Labo d’accueil** |  |
| **Si mobilité** indiquer  ville d’origine et ville de destination |  |
| **Nom du**  **Responsable du stage** |  |
| **Dates de disponibilité** |  |
| **Dates du stage** |  |
| **Techniques d’imagerie et marques du matériel qui seront utilisés** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **LE CANDIDAT** |

### A1 - Renseignements personnels (joindre un CV)

Insérez votre photo ici ou la joindre en PJ selon ces recommandations :

* Format TIFF ou JPG
* Haute définition (1200 H x 800 L pixels minimum)
* Format portrait
* Nette et non pixelisée
* Couleur
* Cadrée sur le visage et le buste
* Le visage ne touche pas les bords de la photos
* Fond clair homogène

|  |
| --- |
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_  Nationalité : |
| Situation familiale :  Nombre d’enfants : |

|  |
| --- |
| Adresse personnelle : |

|  |
| --- |
| E-mail : |
| Téléphone portable : |
| Fax : |

|  |
| --- |
| Adresse professionnelle où le candidat peut être joint (tél, fax, e-mail) et le nom du chef de service : |

### A2 – Cursus en imagerie médicale

|  |
| --- |
|  |

**A3 - Formation à la recherche**

|  |
| --- |
| **Certificats** |
| Lieu : |
| Sujet\* :  Date : |

|  |
| --- |
| **DEA/Master de Science** |
| Lieu : |
| Sujet\* :  Date : |

|  |
| --- |
| **Thèse d’Université/Ph. D** |
| Lieu : |
| Sujet\* :  Date : |

|  |
| --- |
| **Validation du module Recherche du DES**  Date : |

|  |
| --- |
| **Autre, précisez (par exemple : séminaire Guerbet, Sésame, etc.) :**  Lieu :  Sujet\* :  Date : |

***\* Joindre le résumé de votre travail déjà rédigé, indiquant le directeur de recherche et le laboratoire.***

|  |
| --- |
| Université de rattachement (Nom de l’Université, ville) : |

**A4. Activité de recherche**

|  |
| --- |
| **Clinique**  Quelle équipe clinique |

|  |
| --- |
| **Fondamentale**  Quelle structure de recherche |

**A5. Publications – Congrès**

|  |
| --- |
| Lister vos publications, vos participations aux JFR et à d’autres congrès et dont vous êtes co-auteur (norme de Vancouver) |

**A6. Projet professionnel**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **CARACTERISTISQUES DU PROJET** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dates du stage :** | | | |
|  | | | |
| **Votre projet de recherche sera réalisé dans un laboratoire situé** | | | |
| dans votre ville de résidence | | à distance (mobilité) | |
|  | | | |
| **En cas de mobilité, le laboratoire est-il situé :** | | | |
| A l’étranger, précisez : | |  | |
| En France, précisez : | |  | |
|  | | | |
| **Si vous envisagez une mobilité à l’étranger et en cas d’impossibilité de déplacement à l’étranger :** | | | |
| Avez-vous prévu de décaler votre Thèse ou Post-Doc d’une année ?   Oui   Non  Si oui et en cas de sélection pour une bourse de recherche, le versement de votre bourse sera décalé d’un an à la condition que le sujet de recherche soit le même et que nous ayons reçu une lettre d’acceptation du laboratoire d’accueil avec les nouvelles dates du stage.  Pour une mobilité décalée de plus d’un an, il vous sera demandé de soumettre un nouveau dossier de candidature lors d’une autre session.  Envisagez-vous de faire cette année de recherche dans un autre laboratoire ou service d’accueil situé en France ?   Oui   Non  Si oui, merci d’expliquer ce projet et de nous indiquer le laboratoire d’accueil envisagé en France. Le jury pourra vous solliciter pour vous demander des documents complémentaires à ce sujet. | | | |
|  | | | |
| Votre recherche sera réalisée dans le cadre | | | |
| d’un Master | d’une Thèse d’Université | | d’un post-Doctorat |
|  | | | |
| **Quel est votre statut actuel** | | | |
| Interne 1ère année | Interne 2éme année | | Interne 3, 4 ou 5éme année |
| CCA 1ère - 2éme année | CCA 3 - 4éme année | | AHU-PHU |
| Autre (préciser) : |  | |  |
|  | | | |
| **Quels sera votre statut professionnel pendant votre année de recherche :**  Etudiant sans financement accepté à ce jour,  Etudiant avec financement par l’intermédiaire d’une bourse autre que la SFR déjà formellement attribuée ou d’une grant,  CCA, Assistant ou poste hospitalier | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Avez-vous fait des demandes de bourse à d’autres organismes (attestation sur l’honneur)** | | | |
| oui | | non | |
| Indiquez les organismes :  -  -  - ….  NB : Informer la SFR de l’acceptation ou du refus de la demande à d’autres bourses. | | | |
|  | | | |
| **En cas de demande de financement de Master, êtes-vous éligible pour l’année recherche** | | | |
| oui  Dans l’affirmative, avez-vous déposé un dossier :  oui non | | non | |

|  |  |
| --- | --- |
| **C** | **PROJET DE RECHERCHE** |

**C1. Titre long**

|  |
| --- |
|  |

**C2. Résumé** (200 à 400 mots maximum)

|  |
| --- |
|  |

**C3. Etat de la question** (20 à 25 lignes avec 5 références bibliographiques au maximum)

|  |
| --- |
|  |

**C4. Objectif(s) du projet** (10 à 15 lignes)

|  |
| --- |
|  |

**C5. Méthodes et moyens à mettre en œuvre** (20 à 25 lignes au maximum avec 5 à 10 références de la littérature au maximum)

|  |
| --- |
|  |

**C6. Résultats attendus et transfert potentiel à votre équipe d’origine** (10 à 15 lignes)

|  |
| --- |
|  |

**C7. Calendrier des travaux**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durée totale prévue du travail :** | | |  | | |
| **Dates prévues de début et de fin de stage :** | | |  | | |
|  | | | | | |
| **S'agit-il d’un sujet** (il est possible de cocher plusieurs cases, notez alors les pourcentages estimés) : | | | | | |
| Fondamental (physique, chimie, biologie …) | | | | -- % |  |
| Sur le petit animal | | | | -- % |  |
| Sur le gros animal | | | | -- % |  |
| Chez des patients | | | | -- % |  |
| De programmation informatique ou de modélisation (IA) | | | | -- % |  |
| De statistiques  Sur l’éthique / les sciences humaines | | | | -- %  -- % |  |
| Autre (préciser)  Merci également de préciser la spécialité (pédiatrie, MSK, neuro, etc.) : | | | | -- % |  |
|  | | | | | |
| **S’il s’agit d’un projet de recherche clinique, préciser si un avis du CPP (ou équivalent) est envisagé et, le cas échéant, joindre cet avis s’il a déjà été notifié.** | | | | | |
| Oui | | | Non | | |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Listez les 10 publications majeures de votre laboratoire d’accueil au cours des 5 dernières années. Indiquez en gras celles qui sont en lien avec votre thème de recherche. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **D** | **EQUIPE D’ACCUEIL** |

**D1. Renseignements concernant le laboratoire d’accueil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé du laboratoire** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Type d’équipe** | |  |  |
| JE n° | ESA-UMR CNRS n° | EA n° | Unité INSERM n° |
|  |  |  |  |
| Equipe clinique, précisez : |  | | |
|  |  |  |  |
| **Etranger, précisez :** | |  | |
|  |  |  |  |
| L’équipe d’accueil travaille-t-elle en collaboration avec des équipes cliniques ? Préciser : | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé du laboratoire/de l’équipe clinique : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Fax : |
| E-mail : |  |

|  |
| --- |
| Directeur : |

**D2. Fournir un engagement signé par le directeur du laboratoire ou service d’accueil**

|  |
| --- |
| **En précisant :** |
| la durée du séjour dans l’équipe |
| le nom du **responsable du stage** |
| le titre du travail |
| votre rôle dans l’équipe |

**Fournir également une lettre de recommandation de l’encadrant du travail**

|  |  |
| --- | --- |
| **E** | **MATERIEL** |

**E1. Matériel utilisé pour le travail**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Appareils** | **Type** |
| Echographe |  |
| Scanner |  |
| IRM |  |
| Imagerie optique |  |
| Médecine nucléaire |  |
| Autres, préciser |  |
|  |  |
| **Industriels** | |
|  |  |
| Agfa | Konica Minolta Medical |
| Barco | Mac Kesson |
| Bayer Schering Pharma | Medasys |
| Bracco | Primax |
| Carestream | Philips |
| EOS Imagine | Siemens |
| Esaote | Softway medical |
| Fuji | Stephanix |
| General Electric | Supersonic imagine |
| Global Imaging Online | Toshiba |
| Guerbet | Waid |
| Hitachi | Autres, préciser |
|  |  |

**Lettre d’engagement**

Je, soussigné(e),

En tant que boursier recherche SFR-CERF, je m’engage :

* À informer la SFR le plus tôt possible de tout changement intervenant dans mon sujet de recherche ou lieu de stage,
* À fournir un compte-rendu détaillé de mes travaux à mi-parcours et au terme de mon stage,
* À informer la SFR de toute autre source de financement qui m’aura été accordée,
* À mentionner la bourse SFR-CERF (acknowledgement) dans tout article ou communication portant sur un travail réalisé grâce à cette bourse,
* À soumettre les résultats de mon travail au Comité Scientifique des Journées Francophones de Radiologie (JFR) pour une communication orale ou un poster électronique,
* À répondre aux sollicitations de la SFR, du CERF ou du Rédacteur en Chef de DII (Diagnostic and Interventional Imaging) pour soumettre un article (article de revue du sujet de recherche ou article scientifique) en lien avec mon sujet de recherche,
* À répondre aux sollicitations de la SFR et du CERF visant à renforcer la communication et la visibilité de leurs actions de soutien à la recherche.

Date :

Signature :

**Remise des dossiers   
de candidature**

**IMPORTANT**

**DOSSIERS DE CANDIDATURE à ADRESSEr   
PAR courrier ELECTRONIQUE :**

**à** [**lisa.rouquenelle@sfradiologie.org**](mailto:lisa.rouquenelle@sfradiologie.org)

***Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération***

***Seuls les dossiers reçus au plus tard le 15 avril 2024***

***seront pris en considération et évalués par les membres du jury*.**

**CONSEILS ET INFORMATIONS PRATIQUES  
CONCERNANT LE DOSSIER DE CANDIDATURE**

Société Française de Radiologie

Lisa Rouquenelle

Téléphone : 01 53 59 59 63

Email : [lisa.rouquenelle@sfradiologie.org](mailto:lisa.rouquenelle@sfradiologie.org)

****