|  |
| --- |
| Program for Research and Innovation in Primary Care and Medical Education (PRIME) Grant  Programme de subvention (PRIME) pour la recherche et l’innovation en soins primaires et en éducation médicale |
| Objectif : Soutenir la recherche et l’innovation en soins primaires et en enseignement médicale.  Jusqu’à 20 000 $ par projet pour:   * Personnel de soutien en recherche; * Dissémination; * Autres coûts opérationnels.   À noter:   * Le salaire ou les honoraires des chercheurs ne sont pas admissibles. * La durée maximale du projet est de deux ans - les fonds restants doivent être retournés. |
| Admissibilité: Le/la chercheur(e) principal(e) (CP) doit avoir une affectation universitaire à titre de professeur(e) adjoint(e), professeur(e) associé(e), professeur(e) titulaire ou professeur(e) émérite, à plein temps ou à temps partiel, au Département de médecine familiale de l’Université d’Ottawa et n’est pas / n’a pas été détenteur d’une subvention externe à titre de chercheur(e) principal(e). |
| Processus de demande:  Soumettre à PRIME@uOttawa.ca le formulaire de demande et les documents d'accompagnement (voir liste de contrôle) par le 31 octobre 2023.  Liste de contrôle :   1. Lettre d’intention – Formulaire de demande 2. Lettre d’intention – Proposition du projet 3. Lettre d’intention – Budget préliminaire 4. Lettre d’intention – Signatures   Le 30 novembre 2023 – Examen des demandes par le Comité des prix pour l’alignement avec les priorités départementales et la faisabilité. Une rétroaction est envoyée aux demandeurs. Les CPs des projets admissibles seront invités à soumettre une demande complète.  Le 31 janvier 2024 – Date limite de soumission de la demande complète.  Le 29 février 2024 – Le Comité des prix sélectionne, basé sur l’examen par les pairs de la valeur scientifique et de la faisabilité, jusqu’à 4 projets qui seront financés. Tous les candidats seront informés du résultat final par courriel.  Le 1er mars 2024 - Le financement commence le 1er mars 2024, ou lors de l'approbation du comité d'éthique et la signature du contrat. La durée maximale du projet est de deux ans – les fonds restants doivent être retournés. |

**Lettre d’intention – Formulaire de demande**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postulant(e):** | | | | | | | |
| Nom | Cliquez ici pour entrer l’information | | | | | | |
| Titre du projet | | | | | | | |
| Cliquez ici pour entrer l’information | | | | | | | |
| Affectation universitaire au Département de médecine familiale? | | | | | | | Oui Non |
| Affectation clinique | Titre  Cliquez ici pour entrer l’information | | Organisation  Cliquez ici pour entrer l’information | | | | |
| Coordonnées | Téléphone (bureau)  Cliquez ici pour entrer l’information | | Courriel  Cliquez ici pour entrer l’information | | | | |
| Adresse (bureau) | Adresse complète  Cliquez ici pour entrer l’information | | | | | | |
| Ville  Cliquez ici pour entrer l’information | | Province | Code postal  Cliquez ici pour entrer l’information | | | |
| Calendrier du projet et financement (maximum 20 000 $ par projet; durée maximale est de 2 ans) | | | | | | | |
| Le salaire ou les honoraires des chercheurs ne sont pas admissibles.  Montant total demandé : $\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Personnel de soutien en recherche : $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Dissémination : $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Autres coûts opérationnels : $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Date prévue de début du projet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durée prévue du projet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Financement précédent : | | | | | | | |
| Est-ce que ce projet est une extension d’un projet déjà financé par le Département de médecine familiale ? (Si “oui”, donner le nom du programme de financement et le titre du projet ainsi que l'année décernée) | | Oui  Non | | | |  | |
| Avez-vous déjà reçu une subvention, à titre de chercheur principal, pour mener une étude (e.g., IRSC, CRSH, JANUS, PSI Fondation, PGME, etc.)? (Si “oui”, donner le nom du programme de financement, le titre du projet ainsi que l’année décernée) | | Oui  Non | | |  | | |

**Lettre d’intention – Proposition de projet**

(Maximum 3 pages)

Objectif: Fournir suffisamment d’informations pour permettre aux membres du comité des prix d’examiner et d’évaluer votre proposition afin de vous fournir une rétroaction significative qui va vous aider à préparer une soumission complète.

1. **Objectifs de l'étude, questions / hypothèse** **-** Décrivez les objectifs spécifiques de votre étude ainsi que la question de recherche ou de l'hypothèse. Quelle est la portée du projet?
2. **Justification / indication pour la recherche proposée -** Les questions suivantes devraient être abordées dans votre description: Selon votre examen de la littérature, quel est l'écart de connaissances dans la littérature actuelle que cette étude abordera? L'étude proposée est-elle innovatrice? Comment peut-elle améliorer les connaissances dans la pratique des soins primaires ou de l'enseignement de la médecine familiale ? Pourquoi est-ce que ce projet devrait être entrepris ? Quel impact pourrait avoir l’étude sur les soins primaires ou l'éducation?
3. **Description de la méthodologie -** Décrivez brièvement la conception, les procédures de collecte de données, la faisabilité, et les méthodes d'analyse de données.
4. **Plan de diffusion -** Identifiez comment les connaissances acquises à partir de cette étude seront utilisées et communiquées à la communauté des chercheurs et au grand public.
5. **Décrivez l'équipe de recherche et leurs rôles** – Inclure une liste des membres clés de l'équipe du projet de recherche, y compris les consultants, avec leurs affiliations institutionnelles. Décrivez brièvement le rôle de chaque membre. Pour les postes “À être déterminé”, les compétences nécessaires doivent être notées.
6. **Publications clés –** Un minimum de trois références pertinentes devrait être inclus pour informer les membres du comité sur le sujet de votre étude / question proposée.

**Lettre d’intention – Budget préliminaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **Postulant(e):**  **Titre du projet:** | **Total $** |
| **Personnel de soutien en recherche** (type, rôle, durée, montant) |  |
| * *Ex – Consultante – Biostatisticienne – 6 heures – 70$/heure + tvh* | *475$* |
| * *Ex – Assistante de recherche – 36$/h + 19% d'avantages en nature = 42,84$/h pour 175 heures* | *$7 497* |
|  |  |
|  |  |
| **Dépense : Équipement, matériel et fournitures** (type, quantité, utilisation) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Dissémination (Maximum 1 500 $)** (inscription, conférence, transport, hébergement, préparation d’affiche, frais de publication, etc.) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Autres dépenses** (description détaillée, quantité, etc.) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **BUDGET TOTAL DEMANDÉ** |  |
| **Justification du budget** | |
|  | |

**Lettre d’intention – Signatures**

Tous les projets nécessitent une approbation, à l’étape de la lettre d'intention, par les directeurs/directrices de programme (études médicales de premier cycle, études postdoctorales, perfectionnement du corps professoral) et par les directeurs/directrices des unités cliniques.

Identifiez le/la directeur(trice) clinique et directeur(trice) de programme dont l'approbation a été reçue.

DIRECTEUR(TRICE) CLINIQUE DIRECTRICE DE PROGRAMME

Bruyère – Dre Shauna Hacker  Études de premier cycle – Dre Lina Shoppoff

Civic – Dr Michael Malek  Études postdoctorales – Dr Edward Seale

Communauté – Dr Robin Kennie  Santé mondiale – Dr Taylor Lougheed

Montfort – Dre Marjorie Pomerleau  Perfectionnement professorial – Dr Eric Wooltorton

Pembroke – Dr Richard Johnson

Primrose – Dre Jolanda Turley Autres (Spécifiez):

Riverside – Dre Shauna Bassel  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Winchester – Dr Adam Jones-Delcorde  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature – Postulant(e)** | |
| **Nom :** |  |
| Titre du projet : |  |
| Signature : |  |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature – Directeur(trice) unité clinique** | |
| **Nom :** |  |
| Unité clinique : |  |
| Signature : |  |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature – Directeur(trice) de programme** | |
| **Nom :** |  |
| Programme : |  |
| Signature : |  |
| Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres signatures** | |
| **Nom :** |  |
| Établissement : |  |
| Signature : |  |
| Date : |  |