**PHRC Inter-régional 2022**

**GIRCI AURA**

**Lettre d’intention**

**à rédiger en français**

**Le PHRC-I concerne toutes les pathologies, à l’exception des infections liées aux VIH, VHB et VHC, SARS-coV-2 et aux maladies infectieuses émergentes.**

|  |
| --- |
| Porteur de projet |
| Civilité : | *Mme ou Mr* |
| Nom : | *Texte* |
| Prénom | *Texte* |
| Ville | *Texte* |
| Courriel | *Texte* |
| Profession du porteur de projet | [ ]  **Médecin**[ ]  **Sage-femme**[ ]  **Chirurgien-Dentiste**[ ]  **Biologiste**[ ]  **Infirmière**[ ]  **Autres Paramédicaux, préciser :** |
| Domaine | *Liste simple* |
| Spécialité | *Texte* |
| Financements antérieurs obtenus par le porteur de projet dans le cadre des appels à projet de la DGOS ? (PHRC national, régionaux, inter régionaux, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME) | [ ]  Non[ ]  Oui , Si oui, préciser (année de soumission, type d'appel à projets, investigateur-coordinateur, n°, état d'avancement: en instruction, mis en œuvre, en cours, phase d'analyse, publication princeps, abandonné) : *Texte (max. 500 caractères)* |

|  |
| --- |
| Structures |
| Etablissement de santé ou GCS coordonnateur gestionnaire des fonds | *Structure de soins* |
| Nom du correspondant gestionnaire financier | *Liste simple (choix proposé si déclaré, en fonction de la structure de soins)* |
| Structure responsable de la gestion de projet | *Texte (max. 420 caractères)* |
| Structure responsable de l’assurance qualité | *Texte (max. 420 caractères)* |
| Structure responsable de la méthodologie et nom du/de la méthodologiste | *Texte (max. 420 caractères)* |
| Structure responsable de la gestion de données et des statistiques | *Texte (max. 420 caractères)* |
| Nombre prévisionnel de centres d’inclusion (NC) | *Nombre* |

|  |
| --- |
| Projet de recherche |
| Titre du projet FR | *Texte (max. 2000 caractères)* |
| Titre du projet EN | *Texte (max. 2000 caractères)* |
| Acronyme (sans espace) | *Texte (max. 15 caractères)* |
| Première soumission de ce projet à un appel à projet DGOS | [ ]  Oui [ ]  Non, Si non, préciser (année, programme, numéro, Acronyme, Porteur) : *Texte (max. 500 caractères)* |
|  |  |
| **Domaine du projet de recherche** |
| Le projet concerne-t-il le domaine de l'oncologie ? | [ ]  Non [ ]  Oui |
| Le projet concerne-t-il une maladie rare ? | [ ]  Non [ ]  Oui, si oui, préciser son code ORPHA : *Texte (max. 6 caractères)*et le nom de la maladie rare : *Texte (max. 100 caractères)* |
| Discipline principale | *Liste simple* |
| Discipline secondaire | *Liste simple* |
| Discipline libre | *Texte* |
| Mots clés libres  | *Texte* (5 mots max.) |
| Priorité(s) thématique(s) :  | [ ]  Soins primaires[ ]  Santé mentale ou psychiatrie[ ]  Pédopsychiatrie[ ]  Préventions en santé[ ]  Autres |
| Plan de santé publique | *texte* |
| Ages concernés de la population cible  | [ ]  Tous les âges[ ]  Adulte[ ]  Adulte et gériatrie[ ]  Pédiatrie[ ]  Pédiatrie et adulte[ ]  Gériatrie |
| Chirurgie | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Rationnel (contexte et hypothèses) | *Texte (max. 2240 caractères)* |
| Originalité et caractère Innovant | *Texte (max. 1120 caractères)* |
| Description des bénéfices attendus pour les patients et / ou pour la santé publique | *Texte (max. 2240 caractères)* |
| **Objet de larecherche** |
| Technologie de santé | [ ]  Dispositif médical[ ]  Médicament [ ]  Acte RIHN [ ]  Organisation du système de soins [ ]  Autre |
| Préciser lequel ou lesquels : | *Texte (max. 310 caractères* |
| Si DM | *Marquage CE obtenu ?* [ ]  OUI [ ]  NONSi oui, date marquage CE :  |
| Si médicament :  | Médicament disposant d’une AMM : [ ]  OUI [ ]  NONdate d'AMM (JJ / MM / AAAA) : |
| Si RIHN : code acte (numéro) et libellé | *Texte (max. 100 caractères)* |
| Phase ou équivalent pour les dispositifs médicaux | [ ]  I / Pilote[ ]  I / II[ ]  II [ ]  III [ ]  IV[ ]  Non Applicable, justifier votre choix :  |
| Niveau de maturité de la technologie de santé (TRL) | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3A[ ]  3B[ ]  3C | [ ]  4A[ ]  4B[ ]  4C | [ ]  5A[ ]  5B | [ ]  6A[ ]  6B[ ]  6C | [ ]  7A[ ]  7B | [ ]  8A[ ]  8B[ ]  8C | [ ]  9A[ ]  9B |
| Type d'objectif principal 1 | [ ]  Description d’hypothèses[ ]  Faisabilité[ ]  Tolérance[ ]  Efficacité[ ]  Sécurité[ ]  Efficience[ ]  Impact budgétaire[ ]  Organisation de l'offre de soins[ ]  Autre, préciser |
| Type d'objectif principal 2 | [ ]  Physiopathologique**[[1]](#footnote-1)** [ ]  Diagnostic[ ]  Pronostic[ ]  Thérapeutique[ ]  Epidémiologique[ ]  Recherche sur les méthodes [ ]  Autre, préciser : |
| **Objectifs et critères d’évaluation**  |
| Description de l'objectif principal | *Texte (max. 340 caractères)* |
| Description des objectifs secondaires | *Texte (max. 1120 caractères)* |
| Critère d’évaluation principal (en lien avec l’objectif principal) | *Texte (max. 340 caractères)* |
| Critères d’évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires) | *Texte (max. 1120 caractères)* |
| **Population de l’étude** |
| Principaux critères d’inclusion | *Texte (max. 560 caractères)* |
| Principaux critères de non inclusion | *Texte (max. 560 caractères)* |

|  |
| --- |
| Méthodologie et inclusions |
| **Méthodologiste** |
| Civilité : | *Mme ou Mr* |
| Nom : | *Texte* |
| Prénom | *Texte* |
| Ville | *Texte* |
| Téléphone | *Téléphone* |
| Courriel | *Texte* |
|  |
| **Méthodologie du projet** |
| Plan expérimental | *[Cocher + préciser max 320 mots]* [ ]  Essai clinique [ ]  Etude contrôlée randomisée Si oui : [ ]  Ouvert[ ]  Ouvert avec évaluation du critère en aveugle (PROBE)[ ]  Simple Aveugle[ ]  Double Aveugle[ ]  Revue systématique [ ]  Etude contrôlée non randomisée[ ]  Etude non contrôlée[ ]  Autre [ ]  Recherche qualitative [ ]  Recherche sur données[ ]  Revue systématique +/- méta-analyse [ ]  Etude de cohorte prospective [ ]  Etude cas-contrôle [ ]  Etude transversale [ ]  Etude rétrospective [ ]  [ ]  Modélisation [ ]  Série de cas [ ]  Autre  |
| Description du plan experimental | *Texte (max. 3200 caractères)* |
| Si groupe comparateur: description du groupe expérimental | *Texte (max. 340 caractères)* |
| Si groupe comparateur: description du groupe contrôle | *Texte (max. 340 caractères)* |
| **Inclusions** |
| Le projet comporte-t-il des inclusions de sujets (ou autres participations) ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Durée de la participation de chaque sujet ou participant (durée) | *Nombre* |
| Durée de la participation de chaque sujet ou participant (unité de temps) | *Liste simple (Jour(s) ; Mois ; Année(s))* |
| DUR : Durée prévisionnelle de recrutement (en mois) | *Nombre* |
| NP : Nombre de sujets ou observations prévu(e)s à recruter  | *Nombre* |
| Justification de la taille de l'échantillon | *Texte (max. 2000 caractères)* |
| Nombre de sujets ou observations prévu(e)s à recruter / mois / centre ((NP / DUR) / NC) : Valeur calculée (cf. document liste des centres coinvestigateurs)  | *Nombre* |
| (NP / DUR) / NC) : Justification si le chiffre est supérieur à 2 | *Texte (max. 2000 caractères).* |

|  |
| --- |
| Médico-Economie |
| **Economiste de la santé** |
| Un économiste de la santé participe-t-il au projet? : | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Civilité : | *Mme ou Mr* |
| Nom : | *Texte* |
| Prénom | *Texte* |
| Ville | *Texte* |
| Tél. | *Téléphone* |
| Courriel | *Texte* |
| Analyse médico-économique :  | [ ]  Analyse coût-utilité ;[ ]  Analyse coût-efficacité[ ]  Analyse coût-bénéfices[ ]  Analyse d’impact budgétaire[ ]  Analyse de minimisation de coûts[ ]  Analyse coût-conséquence [ ]  Analyse coût de la maladie[ ]  Autre, préciser : |
| Description de l'analyse médico-économique : | *Texte (max. 2240 caractères)* |
| Justification du volet médico-économique dans le projet de recherche proposé | *Texte (max. 2000 caractères).* |

|  |
| --- |
| Financement |
| Niveau approximatif de financement DGOS demandé, en euros  | *Montant max 250 K€* |
| commentaire(s) d’ordre budgétaire | *Texte (max. 450 caractères)* |

|  |
| --- |
| Références bibliographiques |
| Référence 1  | PMID :Année :Revue :Titre :Auteurs :*Texte (max. 750 caractères)* |
| Référence 2  | PMID :Année :Revue :Titre :Auteurs :*Texte (max. 750 caractères)* |
| Référence 3  | PMID :Année :Revue :Titre :Auteurs :*Texte (max. 750 caractères)* |
| Référence 4  | PMID :Année :Revue :Titre :Auteurs :*Texte (max. 750 caractères)* |
| Référence 5  | PMID :Année :Revue :Titre :Auteurs :*Texte (max. 750 caractères)* |

|  |
| --- |
| Informations pour les évaluateurs |
| **Eléments liés à la mise en œuvre** |
| Participation d’un réseau de recherche | *Texte (max. 450 caractères)* |
| Participation de partenaires industriels | *Texte (max. 450 caractères)* |
| Autres éléments garantissant la faisabilité du projet | *Texte (max. 450 caractères)* |
| **Expertises antérieures et commentaires** |
| Expertises et commentaires du jury antérieurs | *Texte (max. 10 000 caractères)* |
| Réponse aux expertises et commentaires du jury antérieurs | *Texte (max. 10 000 caractères)* |
| Autre(s) commentaire(s) | *Texte (max. 350 caractères)* |
| **Caractéristique du champ d'expertise du rapporteur** |
| Domaine du rapporteur suggéré | *Texte* |
| Mot-clé libre lié au domaine des évaluateurs | *Texte* |
| Evaluateurs recusés : |  |
| Ages concernés | [ ]  Tous les âges[ ]  Adulte[ ]  Adulte et gériatrie[ ]  Pédiatrie[ ]  Pédiatrie et adulte[ ]  Gériatrie |
| Chirurgie | [ ]  Oui[ ]  Non |

|  |
| --- |
| Verification des critères d’éligibilité  |
| **% d’inclusion dans l’interrégion** | *%* |
| **% de dépenses dans l’interrégion** | *%* |

|  |
| --- |
| Commentaire général  |
| Autre(s) commentaire(s) sur le projet | *Texte (max. 350 caractères)* |
|  |  |

1. Etudes visant à déterminer les causes d’une pathologie, le risque d’être exposé à un médicament, un polluant… [↑](#footnote-ref-1)