

**PHRC-I 2025**

**Lettre d’intention**

**Date limite de dépôt : le 12 novembre 2025, 17h59**

**sur le site du GIRCI :** *<https://gircimediterranee.fr/>*

**Pièces à télécharger sur le site du GIRCI Mediterranée et à joindre à la lettre d’intention lors du dépôt :**

* Tableau des centre investigateurs (format Excel - format imposé)
* Demande de récusation **datée et signée** (format imposé)

**INFORMATIONS GENERALES**

**Nom du porteur :**

**Titre du projet :**

**Acronyme :** *(15 caractères maximum, pas d’espace)*

**Résumé du projet**

Fournir un résumé du projet en français **et en anglais**. Chaque résumé ne devra pas excéder 2000 caractères et devra être structuré de la manière suivante : **contexte, objectifs, méthodes, perspectives** et intérêts attendus des résultats de l’étude pour les patients, la santé publique ou les décisions publiques.

Ce résumé pourra être rendu public par la DGOS si le projet est retenu pour financement à des fins de communication et de valorisation.

**Résumé en français Texte** *(max. 2000 caractères, espaces compris)*

**Résumé en anglais Texte** *(max. 2000 caractères, espaces compris)*

**1-PORTEUR DE PROJET**

**Investigateur coordonnateur :**

|  |
| --- |
| **Civilité :** (Mme ou M.)  **Dr  Pr**  **NOM :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse d’exercice : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Profession du porteur de projet :**  Médecin  Chirurgien -dentiste  Infirmière  Sage-Femme  Biologiste  Autres paramédicaux  Si 'Autre' préciser laquelle (max 80 caractères, espaces compris) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domaine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Spécialité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Financement(s) antérieur(s) dans le cadre des appels à projet de la DGOS** (PHRC National, régionaux, inter régionaux, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME, ReSP-Ir, Rech-MIE, Messidore, Datae) :

Oui Non

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

Dans le cas d’une resoumission compléter l’item « Expertises antérieures et commentaires » en fin de document.

**2-STRUCTURES**

**Établissement de santé ou GCS coordonnateur gestionnaire des fonds pour le Ministère de la Santé :**

Nom de la structure :

Adresse :

Email :

**Nom du correspondant gestionnaire financier :**

Nom :

Courriel DRCI/Gestionnaire des fonds :

**Structure responsable de la gestion de projet :**

Nom de la structure :

Adresse :

**Structure responsable de l’assurance qualité :**

Nom de la structure :

Adresse :

**Structure responsable de la gestion des données et des statistiques :**

Nom de la structure :

Adresse :

**Nombre prévisionnel de centres d’inclusion = NC\***

\*En lien et cohérence avec les informations apportées au niveau de la liste des centres

**3-Projet de recherche**

**Titre du projet FR:** *(max. 2000 caractères, espaces compris)*

**Titre du projet en Anglais :** *(max. 2000 caractères, espaces compris)*

**Acronyme (max. 15 caractères, sans espace) :**

**Première soumission** **de ce projet à un appel à projet DGOS :** ☐ Oui ☐ Non

Si non, préciser (année, programme (et GIRCI concerné si PHRC-I ou ReSP-IR), numéro, Acronyme, Porteur, et si non retenu au stade de la lettre d’intention ou du dossier complet) / (max. 500 caractères, espaces compris).

*Exemple : 2023, PHRC-I GIRCI IDF, AOR23, OSCARON, Dr Alexandre Chercheur, lettre d’intention non retenue.*

**Domaine du projet de Recherche :**

Le projet concerne-t-il le domaine de l’Oncologie ?  Oui  Non

*Si OUI, préciser organe, localisation tumorale :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Le projet concerne-t-il une maladie rare ?  Oui  Non

*Si OUI, préciser code ORPHA et nom de la maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Discipline principale : (Cocher)

Anatomie et cytologie pathologiques

Biologie

Bariatrie

Cardiologie

Chirurgie maxillo-faciale/stomatologie

Chirurgie plastique et reconstructrice

Chirurgie viscérale et digestive

Dermatologie

Economie de la santé

Endocrinologie/diabétologie/métabolisme et nutrition

Explorations fonctionnelles

Gastroentérologie

Génétique

Gériatrie

Gynécologie

Hématologie/vigilance et thérapeutique transfusionnelle

Hépatologie

Immunologie/allergologie

Infectiologie/biologie des agents infectieux/hygiène

Informatique médicale/modélisation et aide à la décision

Médecine de la reproduction

Médecine du travail/médecine légale/médecine sociale

Médecine d’urgence

Médecine générale

Médecine hyperbare

Médecine intensive – Réanimation

Médecine interne

Médecine nucléaire

Médecine péri-opératoire /Anesthésie-Réanimation

Médecine physique et réadaptation

Médecine vasculaire

Médecine complémentaire

Méthodologie

Néonatologie

Néphrologie

Neurologie

Obstétrique

Odontologie

Oncologie

Ophtalmologie

Organisation des soins

ORL

Orthopédie/traumatologie

Pédiatrie

Pharmacologie

Pneumologie

Prise en charge des addictions

Psychiatrie

Radiologie/Imagerie

Radiologie interventionnelle

Radiothérapie

Rhumatologie

Santé Publique

Soins palliatifs

Urologie

Discipline secondaire *(se référer à la même liste ci-dessus) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Discipline libre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mots clés libres :

1.\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_

**Priorité thématique :** Oui Non

*Si Oui (cocher)*

Santé mentale et psychiatrie

Prévention en santé

Pédiatrie et Santé de l’enfant (intégrant la pédopsychiatrie)

Santé des femmes (dont la ménopause)

L’accompagnement et les soins palliatifs ainsi que la fin de vie

Autre

*Justifiez :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Plan de santé publique :** Cocher 1 seule case

Projet non concerné par les plans de santé publique listés ici

**ANTIBIOTIQUES**-Maîtrise de l’antibiorésistance

**AUTISME**-Stratégie pour l’autisme au sein des troubles du neuro-développement 4

**AUTONOMIE** : Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie

**CANCER**-Stratégie décennale de lutte contre les cancers

**CHLORDECONE IV**-Plan d’action contre la pollution par la Chlordécone en Guadeloupe et en Martinique

**DIPLP/Ségur :** Stratégie nationale de prévention et lutte contre la pauvreté pour les personnes vulnérables, précaires et éloignées du soin

**FdR SANTE MENTALE & PSY** –Stratégie « globale » « santé mentale ». Prise en compte des problématiques "suicide" & "santé mentale"

**FdR T-**Feuille de route tuberculose

**GRAND AGE**-Vieillir en bonne santé- stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie

**LYME**-Plan national de lutte contre la maladie de Lyme et les maladies transmises par les tiques

**MALADIES RARES**-Plan national maladies rares 3

**NUTRITION-PNNS4**-Plan National Nutrition Santé

**FdR O**-Feuille de route OBESITE (ex:PNA-Programme national de l'alimentation)

**PFMG**-Plan France Médecine Génomique 2025

Plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes

**PLAN ECOPHYTO II+;** Plan national de mobilisation contre les addictions et feuille de route " Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes"

**PNACC2** -Plan National d'Adaptation au Changement Climatique

**PNLT** -Programme National de Lutte contre le Tabac

**PNSE -** Plan National Santé Environnement-Plan d'actions interministériel amiante

**PREPA-PNSQA**-Plan national des micropolluants dans l'eau

**PANANC n°3** -Autre santé environnement. Plan vélo et mobilités actives

**PNSE**-Plan National Santé Environnement-Plan « un environnement, une santé » ou en lien avec

**PAIA**-Plan d'actions interministériel amiante, Plan national des micropolluants dans l'eau

**PANANC n°2**-Plan d’Actions National sur l’Assainissement Non Collectif

**PEDOM** : Plan d’actions pour les services d’eau potable et d’assainissement en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, Mayotte et Saint-Martin)

**NSQA**-Plan national de surveillance de la qualité de l'air ambiant

**PREPA**-Plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques, SNPE2-Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens

**PROPIAS**-Programme national d’actions de prévention des infections associées aux soins

**RADON**-Plan national d’actions pour la gestion du risque lié au radon

**REFUGIES-**Stratégie nationale pour l’accueil et l’intégration des personnes réfugiées

**SANTE DETENUS-PPSMJ2**-Stratégie santé des personnes placées sous-main de justice

**SNSS**-Stratégie nationale de santé sexuelle

**SNSS**-Stratégie nationale sport santé

**ou autre précisez :**

Âges concernés de la population cible :

Tous les âges

Adulte

Adulte et gériatrie

Pédiatrie

Pédiatrie et adulte

Gériatrie

Chirurgie : Oui  Non

**Rationnel (contexte et hypothèses)** *[max. 2240 caractères, espaces compris]*

**Originalité et Caractère Innovant** *[max. 1120 caractères, espaces compris]*

**Description des bénéfices attendus pour le patient et/ou pour la santé publique** *[max. 2240 caractères, espaces compris]*

**Objet de la recherche**

**Technologie de Santé *(cocher et préciser)* [[1]](#footnote-0)**

Dispositif médical

Date de marquage CE (JJ/MM/AAAA) (max. 10 caractères) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phase ou équivalent pour les dispositifs médicaux :

I / Pilote

I / II

II / Faisabilité

III / Pivot

IV

Non Applicable, justifier votre choix : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicament

Date d'AMM (JJ/MM/AAAA) (max. 10 caractères) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acte RIHN

Code acte et libellé (max. 100 caractères) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisation du système de soins

Autre, Préciser lequel ou lesquels (max. 310 caractères, espaces compris) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRL :** Niveau de maturité de la technologie de santé [[2]](#footnote-1) :

1 ;  2 ;  3A ;  3B ;  3C ;  4A ;  4B ;  4C ;  5A ;  5B ;  6A ;  6B ;  6C ;  7A ;  7B ;  8A ;  8B ;  8C ;  9A ; 9B

**Objectif** **Principal**

**Type d’objectif principal 1 :**

Description d’hypothèses Sécurité

Faisabilité Efficience

Tolérance Impact budgétaire

Efficacité Organisation de l’offre de soins

Autre, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Type d’objectif principal 2 :**

Etiologie Thérapeutique (impact sur des critères de jugement cliniques « durs »)4

Causalité 6 Thérapeutique (impact sur des critères de jugement intermédiaires) 5

Diagnostic Recherche sur les méthodes

Pronostic Recherche qualitative

Observance Pratique courante

Autre

Description de l’objectif principal [max 340 caractères, espaces compris] : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objectifs Secondaires** [max 1120 caractères, espaces compris]

**Critère d'évaluation principal (en lien avec l’objectif principal)** [max 340 caractères, espaces compris]

**Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires)** [max 1120 caractères, espaces compris]

**Population d’étude**

**Principaux critères d’inclusion** [max 560 caractères, espaces compris]

**Principaux critères de non inclusion** [max 560 caractères, espaces compris]

**Projet monocentrique** Oui Non

Si OUI*,* ***Justifier***

*Si NON, Nombre prévisionnel de centres d’inclusion (NC) :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Co-investigateurs** (1 à N)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Spécialité | Hôpital/ GH7 | Ville | Pays | E-mail | Tel |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

7 Dans le cas des établissements comportant plusieurs Groupes hospitaliers (GH), le nom de ces derniers doit être obligatoirement renseigné.

**4-METHODOLOGIE ET INCLUSIONS**

**Méthodologiste**

**NOM :**

**Prénom :**

**Ville :**

Téléphone :

Email :

**Descriptif du plan expérimental** *[préciser max 2240 caractères, espaces compris]*

**Type de plan expérimental :**

Méta-analyse

Etude contrôlée randomisée

Si oui : ouvert simple aveugle double aveugle

Revue systématique

Etude pragmatique

Etude quasi-expérimentale (cohortes non randomisées, …..)

Etude de cohorte prospective

Etude cas-contrôle

Etude transversale

Etude de cohorte rétrospective

Recherche dans les bases de données médico-administratives

Modélisation

Série de cas

Etude qualitative

Autre, précisez (3200 caractères max, espaces compris) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si groupe comparateur :**

Description du groupe expérimental *[max 340 caractères, espaces compris]*

Description du groupe contrôle *[max 340 caractères, espaces compris]*

**Inclusions :**

Le projet comporte-t-il des inclusions de sujets (ou autres participations) ? : Oui Non

Durée de la participation de chaque sujet ou participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_jours/ mois/ années

Durée prévisionnelle de recrutement (**DUR**) : \_\_\_\_\_\_\_\_mois

Nombre de sujets ou observations prévu(e)s à recruter (**NP**) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Justification de la taille de l’échantillon, [max 2000 caractères, espaces compris] : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de sujets ou observations prévus à recruter/ mois / centre :

**(NP/DUR) / NC\* =**

\*Nombre de centres d’inclusion (paragraphe « projet de recherche/item 2)

**Justification si plus de 2 patients/mois/centre**, [max 2000 caractères, espaces compris] : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre attendu de sujets éligibles dans les centres investigateurs**

(Au moins 50% des centres investigateurs doivent appartenir à l’interrégion)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Investigateur | Ville | Pays | Recrutement attendu / mois | Total |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5-MEDICO-ECONOMIE**

**Un économiste de la santé publique participe-t-il au projet ?** Oui Non

**Économiste de Santé** (si nécessaire)

**NOM :**

**Prénom :**

**Ville :**

Téléphone :

Email :

**Si Analyse Médico-économique**

**Description** [max 2240 caractères, espaces compris] : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Méthode d’analyse médico-économique : (plusieurs choix possibles)**

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, argumentez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Justification du volet médico-économique et des analyses médico-économiques (tout AAP), proposées dans le projet de recherche.** [max 2000 caractères, espaces compris] :

Notamment rationnel, intérêt pour les décideurs publics mais également quelles sont les modalités actuelles de financement des stratégies étudiées ? – ex : le tarif, le niveau de remboursement, etc.

**6-FINANCEMENT**

**Financement total** nécessaire au projet :   €

Dont **financement demandé à la DGOS** au titre du PHRC-I 2025 :   €

**NB : Ce financement ne doit pas excéder 300 000 euros**

**Co-Financement** prévu : Oui Non

Si oui, quel montant ? :   €

Provenance du co-financement :

Industriel/Entreprise (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Avez-vous déjà obtenu un accord de ces co-financements ? Oui Non

Si oui, le ou lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7-BIBLIOGRAPHIE**

Merci de joindre 10 articles maximum justifiant l’intérêt du projet au niveau national / international.

Citer 5 références témoignant de l’expertise de l’équipe et/ou du candidat dans le domaine de recherche faisant l’objet de la demande

1-

2-

3-

4-

5-

**8-INFORMATIONS POUR LES EVALUATEURS**

**Éléments liés à la mise en œuvre**

Participation d’un réseau de recherche (au sens large) *[max 450 caractères, espaces compris]*

Participation de partenaires industriels *[max 450 caractères, espaces compris]*

Autres éléments garantissant la faisabilité du projet *[max 450 caractères, espaces compris]*

**Ce projet a-t-il déjà été présenté lors d’une campagne précédente :** Oui Non

**Expertises antérieures et commentaires** Non applicable

Expertise et commentaires du jury antérieurs *[max 10 000 caractères, espaces compris]*

Réponses aux expertises et commentaires du jury antérieurs *[max 10 000 caractères, espaces compris]*

**Autres commentaires**

*[max 350 caractères, espaces compris]*

**Caractéristique du champ d’expertise du rapporteur**

Domaine du rapporteur suggéré

Mot-clé libre lié au domaine des évaluateurs :

Âges concernés :

Tous les âges  Adulte  Adulte et gériatrie  Pédiatrie  Pédiatrie et adulte  Gériatrie

Chirurgie  oui  non

**9 - COMMENTAIRE GENERAL ET OBSERVATIONS SUR LE FORMULAIRE**

Commentaires :

1. http://htaglossary.net [↑](#footnote-ref-0)
2. TRL pour (*Technology Readiness Level*). Pour le PHRCI, le TRL est compris entre 4C et 9B inclus. <https://www.medicalcountermeasures.gov/federal-initiatives/guidance/about-the-trls.aspx>

   4 Exemple : réduction de la mortalité lors de la survenue d’infarctus du myocarde

   5 Exemple : réduction du cholestérol sérique, amélioration sur une échelle de douleur

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