Programme de subventions CIPHER 2022/2023

Lettre d'intention - Formulaire de soumission

Veuillez lire attentivement les instructions de soumission avant de soumettre votre demande.

Cette partie servira à évaluer si, d’après les critères d’admissibilité, vous pouvez adresser une lettre d’intention au CIPHER.

**Critères d’admissibilité**

**1. Avez-vous obtenu votre plus haut diplôme de recherche [[1]](#footnote-1) (p. ex., Thèse de science, Thèse de médecine, diplôme de médecine, chirurgie ou équivalent) avant le 29 octobre 2012 ? Veuillez joindre une copie de votre diplôme.\***

Oui

Non

**2. Avez-vous déjà été investigateur principal en chef bénéficiaire d’une subvention supérieure à 30 000 dollars US à des fins autres que formatives ?\***

Oui

Non

**3. Sélectionnez les critères qui décrivent votre situation avant la date limite d’envoi de la lettre d’intention et s’illustreront pendant toute la période de la subvention :\***

Vous occupez un poste de chercheur/clinicien (p. ex., chargé de recherche, résident sénior) dans un établissement universitaire ou un institut dont la vocation principale est la recherche.

Vous êtes enseignant à l’université ou titulaire d’un poste comparable (p. ex., professeur assistant, maître de conférence, enseignant-chercheur) dans un établissement universitaire ou un institut dont la vocation principale est la recherche.

Vous êtes titulaire d’un poste reconnu dans une organisation disposant d’infrastructures adaptées à la réalisation des activités de recherche proposées.

Aucun des critères précédents.

**4. Quelles lacunes identifiées en matière de recherche votre projet de recherche aborde-t-il ?\***

**(Sélectionnez une option dans la liste fournie)**

**VIH PÉDIATRIQUE** (nourrissons et enfants jusqu’à 10 ans – y compris la période intra-utérine et périnatale –, études mère-enfant et enfants non infectés exposés au VIH)

Dépistage – Prévision du moment et de l’endroit les plus opportuns pour utiliser des outils de diagnostic innovants sur le lieu de soins (point-of-care) ;

Dépistage Interventions visant à assurer une continuité entre le diagnostic du VIH, les traitements et les soins ;

Dépistage – Interventions ou stratégies visant à améliorer l’accès et le recours aux services de dépistage du VIH chez les nourrissons et les enfants – en particulier au moyen d’approches communautaires ;

Dépistage – Facteurs encourageant ou entravant l’accès aux soins et l’initiation du traitement antirétroviral (ARV)  ;

Dépistage – Stratégies de dépistage efficaces, faisables et acceptables (y compris le dépistage systématique à la naissance) à des points d’entrée autres que les soins prénataux afin de dépister les nourrissons et les enfants séropositifs non diagnostiqués dans différents contextes épidémiques.

Traitement – Sécurité, efficacité, acceptabilité, pharmacocinétique et dosage optimal des formulations et des médicaments antirétroviraux existants et nouveaux, en particulier concernant les systèmes novateurs d’administration des médicaments ;

Traitement – Stratégies ou interventions visant à améliorer l’observance du traitement et les facteurs ayant des répercussions sur sa réussite ;

Traitement – Prévention optimale et prise en charge clinique des co-infections, en particulier de la tuberculose ;

Traitement – Impact de l’infection à VIH et des ARV sur l’état de santé à court et à long terme, en particulier concernant les maladies non transmissibles ;

Traitement – Issues virologiques et immunologiques à court et à long terme d’un démarrage très précoce du traitement chez les nourrissons vivant avec le VIH (impact sur la fonctionnelle).

Prestation de services – Stratégies ou interventions visant à améliorer l’accès aux soins, leur utilisation et leur continuité, et facteurs associés leur réussite ;

Prestation de services – Modèles de prestation de services permettant d’améliorer l’état de santé des personnes et les résultats des programmes tout au long de la cascade VIH notamment par l’intégration au sein des plateformes dédiées à la santé de la mère de l’enfant des prestations de traitement et de soin VIH ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions d’accompagnement psychosocial et familial afin d’améliorer l’état de santé des personnes et les résultats des programmes ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions permettant d’accompagner les parents, les personnes ayant la charge des enfants et les prestataires de soins de santé afin de faciliter l’annonce aux enfants de leur statut sérologique, ainsi que les facteurs associés à ce succès ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions permettant de réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les enfants et les personnes qui en ont la charge.

**VIH CHEZ LES ADOLESCENTS** (âgés de 10 à 19 ans)

Dépistage – Stratégies et interventions visant à améliorer l’accès aux services de dépistage du VIH ainsi que leur utilisation, et facteurs influençant leur réussite ;

Dépistage – Stratégies et interventions visant à améliorer l’accès au traitement VIH chez les adolescents nouvellement diagnostiqués let facteurs associés à ce succès ;

Dépistage – Stratégies ou interventions sûres et acceptables pour améliorer l’accès et l’utilisation des services de dépistage du VIH chez les adolescents issus de populations clés ;

Dépistage – Politiques et pratiques du consentement afin de faciliter l’accès aux services de dépistage du VIH et leur utilisation par les adolescents ;

Dépistage – Sécurité, acceptabilité, faisabilité et efficacité de l’autodépistage ;

Traitement – Approches et stratégies de suivi efficaces afin d’améliorer l’observance parmi les adolescents, et facteurs jouant sur leur réussite ;

Traitement – Sécurité, efficacité et acceptabilité de nouveaux systèmes d’administration des médicaments ;

Traitement – Prévention optimale et prise en charge clinique des co-infections, en particulier de la tuberculose ;

Traitement – Séquençage optimal des ARV pour les adolescents ;

Traitement – Impact de l’infection à VIH et des ARV sur l’état de santé à court et à long terme des adolescents, en particulier en ce qui concerne les maladies non transmissibles.

Prestation de services – Interventions visant à garantir la continuité des soins et facteurs influençant leur réussite ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions visant à améliorer l’état de santé sexuelle et reproductive des adolescents vivant avec le VIH ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions visant à accompagner les adolescentes enceintes vivant avec le VIH et à améliorer l’état de santé des mères et des enfants ;

Prestation de services – Modèles de prestation de services visant à améliorer la cascade VIH, y compris au moyen d’interventions par des pairs et de modèles de prestation de services différenciés ;

Prestation de services – Stratégies ou interventions d’accompagnement psychosocial afin d’améliorer l’état de santé des personnes et l’efficacité des programmes sur ce point.

**5. Le mentor dispose-t-il des compétences requises en matière de recherche dans le domaine du VIH chez l’enfant ou l’adolescent ? (Les coordonnées du mentor et une lettre d’engagement de sa part seront demandées lors d’une phase ultérieure du processus d’envoi de la lettre d’intention. Assurez-vous de disposer de ces informations et de ce document).\***

Oui

Non

**CRITÈRES EN MATIÈRE DE BUDGET**

*Le programme de subvention CIPHER suit des critères très stricts en matière de budget. À noter que les propositions qui ne respectent pas ces critères ne seront pas examinées.*

**6. Le montant de la subvention sera-t-il directement dépensé à au moins 80 % dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) ?\***

Oui

Non

**7. La part des coûts indirects de votre projet sera-t-elle plafonnée à 10 % ?\***

Oui

Non

**8. Les frais de déplacement (notamment à des fins de recherche, pour présenter des résultats ou vous réunir avec votre mentor) associés à votre subvention du CIPHER seront-ils plafonnés à 5 000 dollars US par an ?**

Oui

Non

**Partie I**

**Description de la demande**

**Prénom\***

*Inclure tous les prénoms tels qu’ils figurent sur votre passeport*

**Nom de famille\***

*Inclure tous les noms de famille tels qu’ils figurent sur votre passeport*

**Date de naissance (jour, mois, année)\***

**Sexe\***

**Diplôme de plus haut degré/année d’obtention\***

**Nationalité\***

*Telle qu’elle figure sur votre passeport.*

**Adresse de courrier électronique (préférée)\***

*Toutes les communications importantes seront envoyées à cette adresse de courrier électronique.*

**Numéro de téléphone\***

*Le numéro doit commencer par le symbole « + » et l’indicatif du pays, par exemple +1 234 567 890.*

**Adresse postale permanente\***

*Cette adresse sera utilisée pour tous les envois par messagerie.*

**Pays\***

**Poste actuel du demandeur**

**Intitulé du poste occupé par le demandeur\***

**Poste occupé depuis (mois, année)\***

**Nom de l’institution/établissement\***

**Département, service, laboratoire ou équivalent\***

**Adresse postale de l’institution/établissement\***

**Pays où l’institution/établissement est établi(e)\***

**Type d’institution/établissement\***

*Veuillez en sélectionner un dans la liste.*

* *Université*
* *Institution de recherche*
* *ONG*
* *Secteur privé*
* *Hôpital/clinique*
* *Autre*

**Partie II**

**Formation initiale et continue du demandeur**

*Formation initiale : veuillez énumérer toutes les formations de l’enseignement supérieur et/ou autres pour lesquelles vous avez obtenu et/ou allez obtenir un diplôme, en commençant par la plus récente.*

1. **Nom et lieu de l’établissement\***

**Principaux domaines d’études\***

**Date de début (mois et année)\***

**Intitulé du diplôme\***

**Date de délivrance (mois et année)\***

*S’il ne vous a pas encore été délivré, veuillez indiquer la date d’obtention approximative.*

Intitulé(s) des travaux/dissertations (le cas échéant)

2. Nom et lieu de l’établissement

Principaux domaines d’études

Date de début (mois et année)

Intitulé du diplôme

Date de délivrance (mois et année)

*S’il ne vous a pas encore été délivré, veuillez indiquer la date d’obtention approximative.*

Intitulé(s) des travaux/dissertations (le cas échéant)

3. Nom et lieu de l’établissement

Principaux domaines d’études

Date de début (mois et année)

Intitulé du diplôme

Date de délivrance (mois et année)

*S’il ne vous a pas encore été délivré, veuillez indiquer la date d’obtention approximative.*

Intitulé(s) des travaux/dissertations (le cas échéant)

4. Nom et lieu de l’établissement

Principaux domaines d’études

Date de début (mois et année)

Intitulé du diplôme

Date de délivrance (mois et année)

*S’il ne vous a pas encore été délivré, veuillez indiquer la date d’obtention approximative.*

Intitulé(s) des travaux/dissertations (le cas échéant)

*Formation complémentaire : citez les principales formations suivies.*

1. Activité

Domaine

Institution/établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

2. Activité

Domaine

Institution/établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

3. Activité

Domaine

Institution/établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

4. Activité

Domaine

Institution/établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

Citez vos publications les plus importantes dans des revues scientifiques spécialisées.

*(maximum 560 mots)*

Citez vos mentions honorifiques, prix et autres distinctions les plus importants.

*(maximum 560 mots)*

**Partie III**

**Postes précédemment occupés par le demandeur**

*Parcours professionnel : veuillez citer vos quatre employeurs les plus récents.*

1. Nom de l’institution/établissement

Intitulé du poste

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

2. Nom de l’institution/établissement

Intitulé du poste

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

3. Nom de l’institution/établissement

Intitulé du poste

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

4. Nom de l’institution/établissement

Intitulé du poste

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

**Partie IV**

**Proposition de recherche du demandeur**

**Titre du projet\***

*(50 mots maximum)*

**Sujet de recherche\***

*(figurant dans le sujet choisi à la première page)*

**Vos recherches supposent-elles le recours à des sujets humains\* ?**

Oui

Non

*Si vous avez répondu « oui »*

**Un Comité d’éthique a-t-il donné son approbation ?\***

Oui

Non

*Si vous avez répondu « oui »*

**Date d’approbation\***

***( Si possible, joindre l'approbation de l'IRB à l'email de soumission)***

**Durée de la période de soutien proposée\***

*Nombre de mois (de 1 à 24)*

**Financement demandé pour toute la période\***

*Coût en dollars US (un montant maximum de 75 000 dollars US par an pour une durée maximale de deux ans pourra être demandé)*

**Site principal pour le déroulement du projet de recherche proposé\***

**Nom de l’institution/établissement\***

**Adresse\***

**Pays\***

Site secondaire pour le déroulement du projet de recherche proposé

Nom de l’institution/établissement

Adresse

Pays

**Veuillez fournir un résumé de votre projet de recherche\***

*(340 mots maximum)*

**Contexte, objectifs spécifiques et impact sur les politiques et les programmes mis en œuvre\***

*(560 mots maximum)*

**Données préliminaires (le cas échéant) et méthodes de recherche\***

*(560 mots maximum)*

Joignez les éventuels chiffres et graphiques

*(assurez-vous de numéroter et de donner un titre à tous les chiffres et graphiques et d’indiquer clairement leur emplacement dans le texte)*

**Références\***

*(670 mots maximum)*

**Responsable autorisé de l’institution/établissement (nom et intitulé de la fonction)\***

**Coordonnées (courrier électronique, téléphone, adresse postale)\***

**Lettre de recommandation\***

***Veuillez joindre la lettre de recommandation de votre institution/établissement et indiquer dans quelle mesure l’institution/établissement s’est engagé(e) à soutenir le projet proposé\*.***

**Renseignements concernant le mentor**

**Prénom**\*

**Nom de famille\***

**Sexe\***

**Nationalité\***

*Telle qu’elle figure sur le passeport de votre mentor.*

**Nom de l’institution/établissement du mentor\***

**Adresse postale permanente\***

*Cette adresse sera utilisée pour tous les envois par messagerie.*

**Adresse de courrier électronique du mentor (préférée)\***

*Toutes les communications importantes seront envoyées à cette adresse de courrier électronique.*

**Adresse de courrier électronique du mentor (alternative)\***

*À utiliser uniquement en cas de message d’erreur généré par l’adresse de courrier électronique préférée de votre mentor.*

**Numéro de téléphone\***

*Le numéro doit commencer par le symbole « + » et l’indicatif du pays, par exemple +1 234 567 890.*

Numéro de fax

*Le numéro doit commencer par le symbole « + » et l’indicatif du pays, par exemple +1 234 567 890.*

**Déclaration du mentor\***

***Veuillez joindre au courriel de soumission la lettre d'engagement de votre mentor.***

**\*Note au candidat : Veuillez discuter en détail de la proposition de recherche avec votre mentor avant de la soumettre. Une fois soumise, les modifications de la demande ne seront pas autorisées.**

**Partie V**

**Budget**

**Période budgétaire 1\*** Date de début

Date de fin

*(la première année doit commencer avant le 1er novembre 2023 et est limitée à 12 mois)*

Période budgétaire 2 Date de début

Date de fin

*(limitée à 12 mois)*

Les demandeurs invités à présenter une Proposition complète devront fournir un exemplaire détaillé de leur budget. Le programme de subvention du CIPHER suit des critères très stricts en matière de budget. À noter que les propositions qui ne respectent pas les conditions suivantes ne seront pas examinées.

* Les subventions seront accordées pour une durée maximale de deux ans et un montant maximal de 150 000 dollars US pour deux ans (frais de recherche directs et coûts indirects inclus).
* Le budget doit indiquer qu’au moins 80 % du montant de la subvention sera directement dépensé dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI).
* La part des coûts indirects de votre projet doit être plafonnée à 10 %.
* Les frais de déplacement ne doivent pas dépasser 5 000 dollars US par an.
* Le financement accordé pourra être destiné au paiement des salaires, d’une assistance technique, des fournitures de laboratoire, des équipements ou à d’autres coûts directs liés à la recherche.
* Les achats d’équipements et d’outils technologiques doivent être entièrement justifiés et être clairement en lien avec la dimension scientifique du projet et ne sauraient être destinés à un usage général.

**Oui, j’ai lu les critères applicables au budget et je confirme que mon budget est conforme aux conditions requises en matière de budget par le Programme de subvention CIPHER.\***

**Avez-vous déjà été chercheur principal bénéficiaire d’une subvention à des fins autres que formatives ?\***

Oui

Non

1. **Si oui, veuillez indiquer l’intitulé du projet, la source de financement, la période du financement (mois/année-mois/année), votre rôle au sein de l’étude et les objectifs du projet.\***
2. **Si oui, veuillez mentionner le montant du financement dont vous avez bénéficié pour ce projet.\***

1. **Si oui, veuillez indiquer l’intitulé du projet, la source de financement, la période du financement (mois/année-mois/année), votre rôle au sein de l’étude et les objectifs du projet.\***
2. **Si oui, veuillez mentionner le montant du financement dont vous avez bénéficié pour ce projet.\***

**Veuillez lister les financements actuels à des fins de recherche pour toutes les études auxquelles le demandeur participe\***

*(Intitulé du projet, nom de l’investigateur principal, source de financement, montant du financement en dollars US, période du financement (mois/année-mois/année), votre rôle au sein de l’étude, objectifs du projet)*

**Veuillez lister les financements précédents à des fins de recherche pour toutes les études auxquelles le demandeur a participé.\***

*(Intitulé du projet, nom de l’investigateur principal, source de financement, montant du financement en dollars US, période du financement (mois/année-mois/année), votre rôle au sein de l’étude, objectifs du projet)*

**Présentation**

**Signature pour acceptation et certification du demandeur**

Je soussigné(e) certifie que les informations contenues dans les présentes sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je prends acte que toute déclaration qui serait fausse, fictive ou motivée par une intention frauduleuse peut me valoir des sanctions administratives, civiles ou pénales.

**J’accepte les conditions applicables aux demandes\***

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Veuillez joindre la lettre d'intention - formulaire de soumission entièrement rempli - et les lettres de soutien du mentor et de l'institution au courriel de soumission adressé à*** [***cipher@iasociety.org***](cipher@iasociety.org%20) ***au plus tard le 31 octobre 2022.***

1. Remarque : une maîtrise, un master en santé publique ou équivalent ne sauraient être considérés comme étant de hauts diplômes de recherche. [↑](#footnote-ref-1)