

SOUTIEN À L'INNOVATION EN PÉDAGOGIE
 Formulaire de soumission – Révision février 2026

1. Présentation du projet
1.1. Titre du projet
1.2. Nom(s) du(des) responsable(s)/soumissionnaire(s) membre(s) du Département
1.3. Milieu clinique / centre de recherche
1.4. Noms des collaborateurs·rices
1.5. Public cible (cochez toutes les options qui s'appliquent)
☐ Étudiant·e·s MD 1 ^{re} et 2 ^e années ☐ Étudiant·e·s MD externat ☐ Résident·e·s ☐ Étudiant·e·s gradué·e·s
1.6. Lieu(x) de la réalisation du projet
1.7. Brève description du projet (5 lignes maximum)

2. Problématique et pertinence du projet
2.1. Contexte pédagogique actuel
2.2. Besoin(s) pédagogique(s) identifiées
2.3. Références scientifiques et données probantes
3. Objectifs
3.1. Objectif principal
3.2. Objectifs spécifiques, mesurables

4. Présentation du contenu et approche pédagogique
4.1. Type d'activité
4.2. Contenu pédagogique
4.3. Approche pédagogique utilisée
4.4. Durée et fréquence
5. Moyens pour atteindre les objectifs ou méthodologie (veuillez préciser les éléments suivants : participants, procédures, méthode d'analyse des résultats / indicateurs de mesure)
6. Retombées et impact
6.1. Impacts anticipés (ex. avancement et transfert de connaissances au niveau local et international, potentiel de transfert, pérennité du projet)

6.2. Bénéfices attendus pour le public cible et pour les soins et services (impact direct sur les apprenants, impact sur la qualité des soins)

7. Risques potentiels

8. Références bibliographiques (citées dans le présent formulaire)

9. Mesures liées à la confidentialité des données (si pertinent)

10. Estimation des coûts		
Type de coûts	Montant requis	Précisez si une partie de la dépense est déjà couverte par d'autres fonds
Honoraires versés aux responsables ou libération de temps		☐ Non ☐ Oui Montant couvert :
Précisez le nombre d'heures et le taux horaire		
Fournitures		☐ Non ☐ Oui Montant couvert :
Précisez le type de fournitures prévues		
Compensation pour les sujets		☐ Non ☐ Oui Montant couvert :
Précisez		
Frais administratifs		☐ Non ☐ Oui Montant couvert :
Précisez		
Autres frais		☐ Non ☐ Oui Montant couvert :
Précisez		
Total des coûts		
Autres fonds de financement obtenus pour ce projet		
☐ Non ☐ Oui Précisez le montant :		
Informations de transfert en cas d'octroi d'un soutien		
Nom du centre de recherche affilié à l'UdeM où les fonds seront envoyés		
Nom de la personne de référence		
N° de compte		
Adresse postale complète		
11. Échéancier		
Date de début du projet :		
Date de fin du projet :		

12. Obligations des candidat·e·s

En acceptant le soutien financier, les candidat·e·s doivent s'engager à :

- Utiliser les fonds pour des dépenses reliées à des projets d'enseignement (équipements, salaires d'étudiants ou d'assistants, production de matériel pédagogique, etc.);
- Réaliser le projet pédagogique dans les deux prochaines années ;
- Présenter un rapport de réalisation au Département à la fin du projet ;
- Mentionner l'affiliation au Département de médecine dans les présentations et publications.

13. Signature du ou des demandeur(s)

Nom, Prénom

Nom, Prénom

Titre

Titre