

**Fonds Pilote d’INOVAIT - Appel de demandes (AD) de l’automne 2022**

**Questions concernant la demande**

**AVERTISSEMENT : LE PRÉSENT DOCUMENT N’EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE! NE LE SOUMETTEZ PAS COMME S’IL S’AGISSAIT DE VOTRE DEMANDE!** Le présent document a pour seul but de vous aider à préparer votre demande, car il contient les questions que vous trouverez dans le portail de financement d’INOVAIT (<https://inovait.smartsimple.ca>) pendant la période de demande. **Seules les demandes soumises sur le portail seront acceptées.**

Avant de répondre aux questions de la demande, veuillez lire le document *Guide de demande*. Les renseignements pertinents sur les organisations admissibles, les dépenses et les critères d’évaluation y sont détaillés.

Fournissez les motivations et les données nécessaires à l’appui de votre demande. Démontrez comment votre projet répond aux objectifs et aux priorités d’INOVAIT. Comme il s’agit d’un projet à court terme, veillez à ce que votre budget, les étapes et l’échéancier soient appropriés et réalistes.

Si vous avez des questions, communiquez avec inovait@sunnybrook.ca.

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET |

## Titre du projet

## *1. Saisissez le titre de votre projet dans le cadre du fonds Pilote. Notez que ce titre de projet peut être utilisé dans les communications publiques. (Maximum 150 caractères, espaces compris)*

## Résumé du projet

## *Décrivez votre projet, ses objectifs de haut niveau et ses buts. Ce résumé pourrait servir à décrire votre projet dans des communications publiques. (Maximum 600 caractères)*

## Description du projet

## *Décrivez le principal besoin clinique ou l’opportunité commerciale auquel le projet répondra. (Maximum 850 caractères)*

## *Fournissez une description détaillée de la technologie proposée et des produits qui en découleraient et qui répondent au besoin décrit ci-dessus. Parlez de ses avantages par rapport aux solutions existantes et de la possibilité que la technologie mise au point dans le cadre de cette proposition fasse progresser les disciplines de la TGI et de l’IA, ainsi que le statut du Canada dans ces secteurs. (Maximum 3000 caractères)*

## *Décrivez les algorithmes, techniques et méthodes que vous utiliserez dans ce projet pour intégrer l’intelligence artificielle ou d’autres capacités de données dans une application de thérapie guidée par imagerie. Si votre projet dépend de l’obtention de données d’imagerie, indiquez si vous avez déjà accès à ces données ou comment vous comptez les obtenir. (Maximum 1700 caractères)*

## *Décrivez les objectifs à court terme du projet (dans le cadre de la phase du fonds Pilote) et son impact potentiel à long terme (après le financement d’INOVAIT), ainsi que les résultats attendus. (Maximum 1700 caractères)*

## *Fournissez des renseignements sur les risques éventuels qui pourraient compromettre l’atteinte de vos objectifs à court terme (pendant la phase de financement) et décrivez brièvement votre plan d’atténuation. (Maximum 1200 caractères)*

## *Sélectionnez la fourchette du niveau de maturité technologique (NMT) qui définit au mieux les activités associées à votre projet dans ce cycle de financement.*

## *( ) Recherche industrielle (NMT 1-3)*

## *( ) Démonstration technologique à grande échelle (NMT 4-6)*

## *( ) Commercialisation de produit à un stade avancé (NMT 7-9)*

## *Expliquez brièvement au besoin. (Maximum 600 caractères)*

## *Expliquez en quoi votre projet correspond au mandat d’INOVAIT et pourquoi l’investissement d’INOVAIT est nécessaire. (Maximum 850 caractères)*

## Avantages pour le Canada : Partage des données

## Ce projet va-t-il produire des données d’imagerie médicale ou des données connexes? Oui ( ) ou Non ( )

## Ces données seront-elles partagées avec d’autres membres du réseau? Oui ( ) ou Non ( )

## Si oui, expliquez quelles données seront partagées et comment elles seront diffusées. Si non, expliquez pourquoi il n’en résultera pas de données d’imagerie médicale ou de données connexes, ou pourquoi il est important ou nécessaire pour vos collaborateurs et vous-même de ne pas partager les données produites. (Maximum 1200 caractères)

## Avantages pour le Canada : Impact économique et avantages pour l’innovation

## *Décrivez brièvement la ou les voies possibles de commercialisation de votre technologie et ce que vous avez accompli jusqu’à présent. Quels sont vos premiers clients cibles et pourquoi les avez-vous choisis? Qui sont vos concurrents? Quels obstacles réglementaires devez-vous surmonter? Décrivez comment votre innovation pourrait avoir un impact perturbateur sur le marché au Canada et ailleurs. (Maximum 3000 caractères)*

## *Quel est l’impact économique estimé de ce projet pour le Canada et le secteur de la TGI? Avez-vous l’intention de demander à Santé Canada l’autorisation d’effectuer des ventes au Canada? Quels sont les autres avantages pour le Canada (p. ex. résultats de la collaboration, recrutement et rétention de talents, nouveaux investissements, incidence sur les systèmes de santé canadiens) qui découleront du projet? Incluez les motivations, les hypothèses et tout autre détail pertinent dans votre réponse pour nous aider à mieux comprendre et à évaluer votre demande. (Maximum 2500 caractères)*

1. *À l’aide du tableau ci-dessous, indiquez les résultats attendus pour les indicateurs de rendement clés (IRC) suivants. Si vous recevez un financement, ces IRC feront l’objet d’un rapport et d’un suivi en fonction de ces projections.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateur de rendement clé** | **Définition** | **Pendant la durée du projet** *(Si votre projet est retenu pour le fonds Pilote.)* |
| Nombre de divulgations d’invention  | *Le nombre de divulgations d’invention, de demandes de brevet provisoires, d’utilité et de traité de coopération en matière de brevets (PCT) qui seront déposés par les collaborateurs, ainsi que le nombre de brevets délivrés pendant la durée du projet en fonction de la propriété intellectuelle issue du projet.* |  |
| Nombre de demandes de brevet provisoires |  |
| Nombre de demandes de PCT  |  |
| Nombre de demandes de brevet en phase nationale dans deux pays ou moins |  |
| Nombre de demandes de brevet en phase nationale dans trois pays ou plus |  |
| Nombre de brevets délivrés (toutes administrations confondues) |  |
| Nombre de technologies à différents niveaux de développement | *Le nombre de technologies liées au projet qui progresseront d’un ou plusieurs niveaux de maturité technologique (NMT).* |  |
| Nombre d’emplois créés | *L’ETP\* des nouveaux emplois qui seront créés pendant le projet et l’ETP des emplois qui seront maintenus par les collaborateurs pendant toutes les années du projet.* |  |
| Nombre d’emplois maintenus |  |
| Montant de l’investissement reçu par les bénéficiaires ultimes | *Le montant de l’investissement et du financement, en dollars canadiens, que les collaborateurs mobiliseront au cours de toutes les années du projet.* |  |
| Nombre d’études cliniques | *Le nombre d’études cliniques liées au projet que les collaborateurs réaliseront au cours de toutes les années du projet.* |  |
| Nombre de nouvelles approbations réglementaires  | *Le nombre de nouvelles approbations réglementaires liées au projet (dans tous les pays) que les collaborateurs recevront au cours de toutes les années du projet.* |  |
| Nombre de lancements de nouveaux produits  | *Le nombre de produits uniques liés au projet (y compris les services) que les collaborateurs lanceront sur le marché au cours du projet.* |  |
| Montant des ventes supplémentaires | *Les ventes annuelles brutes, en dollars canadiens, de produits liés au projet au cours de l’exercice financier qui coïncide le plus avec la dernière année du projet, moins les ventes brutes, le cas échéant, de produits similaires au cours de l’exercice financier précédant l’obtention des fonds d’INOVAIT.* |  |

**\* Équivalent temps plein (ETP)** : Une mesure de la proportion dans laquelle un employé représente une charge d’année-personne complète par rapport au budget d’un service. Les équivalents temps plein correspondent au rapport entre les heures de travail assignées et les heures de travail prévues.

|  |
| --- |
| CollaboratEURS, CAPACITÉ ET RISQUES |

**Tableau des collaborateurs**

## *Qui sont les collaborateurs de votre projet? (Incluez le chef de projet comme collaborateur.) Quels sont leurs rôles dans la mise en œuvre de votre projet? Vous ne devez inclure que les collaborateurs qui seront des bénéficiaires ultimes si votre projet est retenu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la personne-ressource principale et coordonnées** | **Organisation et lieu principal (ville, province ou territoire)** | **Type d’organisation** *(PME, établissement universitaire, établissement de santé, entité gouvernementale ou à but non lucratif, multinationale, autre [veuillez préciser])* | **Rôle dans le projet** (*Maximum 700 caractères par personne)* |
|  |  |  |  |

*Questions supplémentaires pour les PME collaboratrices :*

|  |  |
| --- | --- |
| **Année de constitution en société** |  |
| **Numéro d’entreprise de l’ARC** |  |

## Dans les sections suivantes, décrivez les capacités et l’expérience des collaborateurs du projet pour obtenir les résultats escomptés.

## Capacité technologique

## *Indiquez toute expérience antérieure de l’équipe de projet dans la mise en œuvre d’un projet similaire. Décrivez votre parcours et celui de vos collaborateurs en ce qui concerne le développement technologique et les résultats de R et D passées afin de démontrer que vous avez la capacité d’entreprendre ce projet et de soutenir sans faille son achèvement. (Maximum 2000 caractères)*

## Capacité commerciale

## *Indiquez l’expérience et l’expertise pertinentes de l’équipe de projet pour illustrer sa capacité à commercialiser votre technologie médicale. (Maximum 2000 caractères)*

## Capacité financière

## *Fournissez des détails sur votre capacité financière et celle de vos collaborateurs à satisfaire aux exigences en matière de dépenses pour le projet et à poursuivre le développement par la suite. (Maximum 1500 caractères)*

## Risques

## *Nous recevrons un large éventail de demandes : des jeunes entreprises aux multinationales, des secteurs techniques aux secteurs cliniques, des appareils aux logiciels, et des laboratoires établis aux laboratoires naissants. Utilisez cette section pour décrire les plus grandes faiblesses et questions que relèveront les évaluateurs dans votre demande et pourquoi votre demande devrait bénéficier d’un financement malgré ces faiblesses. Voici quelques exemples de domaines que vous pourriez aborder : i) dans le cas d’un projet en développement depuis longtemps et dont les résultats commerciaux ou les investissements sont minimes, pourquoi la réussite serait-elle au rendez-vous maintenant? ii) si vous êtes une entreprise naissante, indiquez et expliquez l’absence de résultats antérieurs; iii) dans le cas de grandes organisations bien financées, expliquez en quoi ce financement aura un impact; iv) si vous êtes fort sur le plan technique, mais que vous n’avez pas de partenaires cliniques, comment allez-vous surmonter les difficultés liées à l’adoption clinique; v) si vous cherchez à entraîner un algorithme d’IA, comment allez-vous garantir l’obtention d’un volume suffisant de données. (Maximum 2000 caractères)*

|  |
| --- |
| ÉTAPES DU PROJET  |

## *Indiquez jusqu’à 8 étapes clés du projet et les échéanciers dans le tableau ci-dessous. (Ajoutez des lignes si nécessaire - Format de la date : AAAA-MM-JJ)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Description de l’étape / Activités et mesures nécessaires pour atteindre l’étape** | **Indicateur particulier et mesurable** | **Date d’achèvement escomptée**  |
| Étapes de R et D |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Étapes de commercialisation |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS FINANCIERS CONCERNANT LE PROJET |

1. *Remplir et joindre le cahier budgétaire d’INOVAIT.*

## *Quels sont les sources et les types de fonds non liés à INOVAIT (entreprise, fondation, gouvernement) qui contribueront aux dépenses du projet?*

1. *Indiquez que vous comprenez que le niveau combiné d’aide financière de toutes les sources gouvernementales (fédérales, provinciales, territoriales, municipales) ne peut dépasser 75 % des coûts admissibles pris en charge engagés par tout collaborateur de l’industrie et 100 % des coûts admissibles pris en charge engagés par tout collaborateur universitaire.
Oui ( ) ou Non ( ).*

|  |
| --- |
| ÉQUIPE PRINCIPALE  |

## *Fournissez une brève biographie des principaux membres de votre équipe de projet en rapport avec la demande.*

|  |
| --- |
| Signatures |

1. *Indiquez que chaque collaborateur du projet a lu et compris le modèle d’entente de bénéficiaire ultime d’INOVAIT et s’engage à commencer rapidement l’examen juridique une fois reçu l’avis de sélection de votre projet, en retournant les épreuves préliminaires dans les 30 jours ouvrables suivant l’avis.
Oui ( ) ou Non ( ).*

La signature du soussigné peut engager le chef de projet; elle confirme que les données et la documentation fournies sont véridiques, exactes et complètes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et titre du chef de projet | Signature | Date (aaaa-mm-jj) |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| PIÈCES JOINTES  |

***Requis***

* Cahier budgétaire d’INOVAIT
* Lettres de soutien signées par tous les collaborateurs du projet, indiquant leur rôle et leur engagement à contribuer au projet
* Feuille de signature de la demande (générée par SmartSimple)

***Facultatif***

* Évaluateurs experts proposés