|  |
| --- |
| formulaire de demande d’approbation éthique  Pour son évaluation par le Comité d’éthique de la recherche (CER) de  Nom de l’institution |
| Les chercheurs et chercheuses qui présentent une demande d’évaluation éthique de leur projet de recherche au Comité d’éthique de la recherche (CER) doivent tout d’abord s’assurer d’avoir pris connaissance de la Politique d’éthique de la recherche en vigueur dans leur institution et de l’Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2022) et s’engagent à s’y conformer. En signant la présente demande complétée, la personne chercheuse responsable atteste avoir pris connaissance de la Politique et avoir révisé le contenu de la demande. |

[1. Informations générales 2](#_Toc163202868)

[2. Recherche impliquant les premières nations, les Inuits ou les Métis du Canada 3](#_Toc163202869)

[3. Financement 4](#_Toc163202870)

[4. Évaluation scientifique 4](#_Toc163202871)

[5. Résumé du projet de recherche 5](#_Toc163202872)

[6. Recrutement des personnes participantes, collecte et consentement 6](#_Toc163202873)

[7. Risques et inconvénients associés à la participation 8](#_Toc163202874)

[8. Confidentialité des données 9](#_Toc163202875)

[9. Déclaration de conflit d’intérêts 11](#_Toc163202876)

[10. Signatures 11](#_Toc163202877)

[ANNEXES 12](#_Toc163202878)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Informations générales | | | | | | | |
| * 1. Titre du projet de recherche | | | | | | | |
| Compléter | | | | | | | |
| * 1. Personne chercheuse responsable ou direction de recherche | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
|  | | | | Téléphone | | | |
| * 1. Personne qui complète la demande ou personne étudiante chercheuse | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
|  | | | | Téléphone | | | |
| * 1. Co-chercheurs ou co-chercheuses, personnes collaboratrices ou personnes étudiantes impliquées dans le projet | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
| Adresse | | | | Téléphone | | | |
| Rôle dans le projet | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
| Adresse | | | | Téléphone | | | |
| Rôle dans le projet | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
| Adresse | | | | Téléphone | | | |
| Rôle dans le projet | | | | | | | |
| Nom, Prénom | | | | Statut académique | | | |
| Institution, Département | | | | Courriel | | | |
| Adresse | | | | Téléphone | | | |
| Rôle dans le projet | | | | | | | |
| * 1. Types de projet | | | | | | | |
| Projet impliquant seulement une institution | | | | | | | |
| Projet impliquant une ou plusieurs autres institutions | | | | | | | |
| Préciser : Autre(s) institution(s) | | | | | | | |
| Préciser : Comité d’éthique de la recherche (CER) initial selon l’entente multiétablissements de la Fédération | | | | | | | |
| Projet de recherche à l’international : Préciser | | | | | | | |
| Projet avec recrutement de personnes participantes | | | | | | | |
| Projet avec utilisation secondaire de données ou de matériel biologique collectés sur des humains (voir Annexe 1) | | | | | | | |
| Autre : Compléter | | | | | | | |
| * 1. Discipline·s de recherche | | | | | | | |
| Science de l’éducation | Sciences humaines | | | Sciences naturelles | | Ingénierie | |
| Technologie de l’information | Sciences infirmières | | | Autre : Compléter | | | |
| * 1. Échéancier du projet | | | | | | | |
| Début du projet de recherche : JJ/MM/AAAA | | | Fin prévue du projet : JJ/MM/AAAA | | | | |
| Début du recrutement : JJ/MM/AAAA | | | Fin prévue du recrutement : JJ/MM/AAAA | | | | |
| Début de la collecte des données : JJ/MM/AAAA | | | Fin prévue de la collecte des données : JJ/MM/AAAA | | | | |
| Obtention des données de recherche (uniquement pour l’utilisation secondaire de données) : JJ/MM/AAAA | | | | | | | |
| 1. Recherche impliquant les premières nations, les Inuits ou les Métis du Canada | | | | | | | à compléter si applicable |
| Type(s) de communauté(s) | | | | | | | |
| Territoriale | | Organisationnelle | | | Fondée sur des intérêts | | |
| Nature et étendu de la participation de la communauté et mesures de collaborations : Préciser | | | | | | | |
| Raison justifiant la non-sollicitation d’autorisation officielle : Préciser | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Financement | | | |
| * 1. Statut du financement | | | |
| Projet non financé (Passer à la section 4) | | | |
| Projet financé : | Financement reçu | | Financement à venir |
| * 1. Sources de financement | | | |
| CRSNG | CRSH | | IRSC |
| FRQNT | FRQSC | | FRQS |
| IRSST | MITACS | | Fonds internes |
| Ministère provincial : Précisez | | Ministère fédéral : Précisez | |
| Autre(s) : Précisez | | | |
| Titre de la subvention ou du programme de subvention : Compléter | | | |
| Numéro de référence de la subvention : Compléter | | | |
| Industrie : Nom de l’entreprise | | | |
| 1. Évaluation scientifique | | | |
| La validation scientifique a été réalisée par : Compléter | | | |
| La validation scientifique n’a pas été réalisée | | | |

|  |
| --- |
| 1. Résumé du projet de recherche |
| Si vous rencontrez des problèmes à utiliser des mises en forme particulières (souligné, gras, liste à puces, etc.), copiez, puis collez votre texte dans la zone de champ ci-bas en utilisant l’option « coller en fusionnant la mise en forme » (clic droit – « options de collage »). |
| * 1. Mise en contexte / Problématique (Max 600 mots) |
| Compléter |
| * 1. Question, hypothèse et objectifs (Max 1200 mots) |
| Compléter |
| * 1. Méthodologie (Max 600 mots) |
| Compléter |
| * 1. Retombées prévues (Max 600 mots) |
| Compléter |
| * 1. Avantages de la participation (Max 500 Mots) |
| Compléter |
| \*\*POUR LES PROJETS DE RECHERCHE UTILISANT UNIQUEMENT DES DONNÉES SECONDAIRES OU DU MATÉRIEL BIOLOGIQUE, COMPLÉTEZ L’ANNEXE 1 PUIS PASSEZ À LA SECTION 8. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES\*\* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Recrutement des personnes participantes, collecte et consentement | | | | | |
| * 1. Personnes participantesvisées | | | | | |
| Personnes participantes mineures | | Âgées de | | Femme  Homme  Diversité de genre | |
| Personnes participantes majeures | | Âgées de | | Femme  Homme  Diversité de genre | |
| Personnes participantes majeures inaptes | | Âgées de | | Femme  Homme  Diversité de genre | |
| Nombre total de personnes participantes visées: Compléter | | | | | |
| Nombres de personnes participantes visées par institution: Compléter si applicable | | | | | |
| Population(s) cible(s) : Compléter si applicable | | | | | |
| * 1. Personne(s) responsable(s) du recrutement | | | | | |
| Nom, Prénom | Nom, Prénom | | Nom, Prénom | | Nom, Prénom |
| * 1. Méthode de recrutement | | | | | |
| Compléter | | | | | |

* 1. Équipement scientifique en contact avec les personnes participantes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si applicable, compléter l’annexe 2. | | | |
| * 1. Critères de sélection des personnes participantes | | | |
| Critères d’inclusion : Compléter | | | |
| Critères d’exclusion : Compléter | | | |
| * 1. Consentement libre, éclairé et continu | | | |
| Personne(s) responsable(s) d’obtenir le consentement : Nom, Prénom | | | |
| Moyens mis en place pour s’assurer d’obtenir le consentement **libre, éclairé, continu** des personnes participantes (détailler pour chaque type de consentement) | | | |
| Compléter | | | |
| Plan en cas de retrait de consentement. | | | |
| Compléter | | | |
| * 1. Chronologie et lieu du déroulement de la collecte | | | |
| Nombre de séances prévues pour compléter la participation : Compléter | | | |
| Durée totale de la participation : Compléter | | | |
| Durée supplémentaire hors participation (s’il y a lieu) : Compléter | | | |
| Étapes : Compléter | | | |
| Où? : Où se dérouleront les séances | | | |
| Quand? : Quand se dérouleront les séances? Selon la disponibilité, sur les heures de travail, etc. (Il est à noter que si la collecte se fait sur les heures de travail, une autorisation de l’employeur pourrait être requise) | | | |
| * 1. Recherche avec divulgation partielle ou duperie | | | |
| Une forme de duperie sera utilisée | | Aucune forme de duperie ne sera utilisée | |
| Description de la forme de duperie : Compléter | | | |
| Plan de débreffage : Compléter si applicable | | | |
| * 1. Compensation | | | |
| Aucune compensation n’est prévue (Passer à la section 7) | | | |
| Type de compensation : | Financière | | Matérielle |
| Description de la compensation | | | |
| Disposition prise en cas de retrait du consentement au cours de la participation | | | |
| Si la personne participanteretire son consentement, elle : | | | |
| Recevra l’intégralité de la compensation | Recevra une partie de la compensation | | Ne recevra aucune compensation |
|  | Préciser | | Préciser |

|  |
| --- |
| 1. Risques et inconvénients associés à la participation |
| Risque(s) ou inconvénient(s) physique(s) (chute, douleur, malaise, fatigue, etc.) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |
| Risque(s) ou inconvénient(s) psychologique(s) (stress, anxiété, etc.) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |
| Risque(s) ou inconvénient(s) d’atteinte à la vie privée (bris de confidentialité, etc.) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |
| Répercussion(s) légale(s) (poursuites, etc.), sociale(s) (marginalisation, etc.) ou économique(s) (perte de salaire, dépenses encourues en raison de la participation, etc.) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |
| Risque(s) ou Inconvénient(s) moraux (remise en cause des valeurs, etc.) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |
| Autre(s) risque(s) ou inconvénient(s) : Détails |
| Mesure(s) d’atténuation |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Confidentialité des données | | | | | | | | |
| * 1. Renseignements personnels des personnes participantes | | | | | | | | |
| Nom et prénom | | Date de naissance | | | | Âge au moment de la participation | | |
| Adresse courriel | | Adresse postale | | | | Numéro de téléphone | | |
| Nom du Cégep | | Campus | | | | Programme d’études | | |
| Année d’étude dans le programme | | Code permanent | | | | Nom de l’entreprise / de l’employeur | | |
| Titre d’emploi | | Ancienneté | | | | Numéro de matricule / d’employé | | |
| Sexe assigné à la naissance | | Appartenance de genre | | | | Appartenance ethnique | | |
| Appartenance culturelle | | Religion | | | | Autre(s) : Compléter | | |
| Aucun renseignement personnel ne sera recueilli (passer à la section 9.2) | | | | | | | | |
| Collecte ou utilisation de matériels crées par les personnes participantes | | | | | | OUI | | NON |
| Utilisation d’une clé de correspondance | | | | | | OUI | | NON |
| Si NON, justifier pourquoi: Compléter | | | | | | | | |
| Personnes autorisées à consulter la clé de correspondance | | | | | | | | |
| Tous les membres de l’équipe de recherche identifiés à la section 1. INFORMATIONS GÉNÉRALES | | | | | | | | |
| Une partie des membres de l’équipe : Compléter | | | | | | | | |
| Durée de conservation de la clé de correspondance | | | | | | | | |
| 5 ans | | | 7 ans | | | Autre : Préciser | | |
| * 1. Enregistrements | | | | | | | | |
| Enregistrements recueillis pour les besoins du projet | | | | | | | | |
| Photos | Vidéos | | | Audio | | | Autres : Compléter | |
| Aucun enregistrement ne sera recueilli (passer à la section 8.3) | | | | | | | | |
| Utilisation des enregistrements à des fins d'étude, d'enseignement, de recherche ou lors de conférences scientifiques | | | | | | | | |
| OUI | | | | NON | | | | |
| Si OUI, décrivez les moyens mis en place pour assurer la protection de l’identité des personnes participantes. | | | | | | | | |
| Compléter | | | | | | | | |
| * 1. Protection des données (renseignements personnels, données de recherche, enregistrements) | | | | | | | | |
| Personnes autorisées à consulter les données recueillies durant le projet | | | | | | | | |
| Tous les membres de l’équipe de recherche identifiés à la section 1. INFORMATIONS GÉNÉRALES | | | | | | | | |
| Une partie des membres de l’équipe : Compléter | | | | | | | | |
| Durée de conservation des données | | | | | | | | |
| 5 ans | | | 7 ans | | | Autre : | | |
| Méthodes de conservation des données : Compléter | | | | | | | | |
| Transfert de données entre personnes collaboratrices : Compléter | | | | | | | | |
| Plan en cas de retrait de consentement : Compléter | | | | | | | | |
| Méthode de destruction des données : Compléter | | | | | | | | |
| * 1. Utilisation secondaire / Mise en banque des données collectées | | | | | | | | |
| Dans le cadre de ce projet, les données seront : | | | | | | | | |
| Stockées dans une banque de données | | | | | | | | |
| Nom de la banque de données | | | | | | | | |
| Conservées pour utilisation secondaire | | | | | | | | |
| Données mises en banque ou conservées | | | | | | | | |
| Renseignements personnels et clé de correspondance | | | | | | | | |
| Justifier | | | | | | | | |
| Données de recherche | | | | | | | | |
| Enregistrements | | | | | | | | |
| * 1. Publication / Activités scientifiques / Activités d’enseignement | | | | | | | | |
| RAPPEL : La publication et l’utilisation dans le cadre d’activités scientifiques ou d’enseignement des renseignements personnels et de la clé de correspondance sont formellement interdites, car ceci contrevient aux principes de respect de la confidentialité et de respect de la vie privée. | | | | | | | | |
| Utilisation des données codées dans des publications, activités scientifiques ou activités d’enseignement | | | | | | | | |
| OUI | | | | | NON | | | |
| Type de publications / activités | | | | | | | | |
| Si OUI : | | | | | | | | |
| Je m’engage à ne publier aucune donnée qui permettrait d’identifier de manière directe ou indirecte les personnes participantes. | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Déclaration de conflit d’intérêts | | | à compléter si applicable |
| Aucun membre de l’équipe de recherche n’est en situation de conflit d’intérêts. | | | |
| Un ou plusieurs membres de l’équipe de recherche sont en situation de conflit d’intérêts réelle, potentielle ou apparente. | | | |
| Membre(s) concerné(s) |  |  | |
| Description du (des) conflit(s) d’intérêt | | | |
| Date de signature de la dernière déclaration de conflit d’intérêts : JJ/MM/AAAA | | | |
| 1. Signatures | | | |
| * 1. Engagements de la personne chercheuse principale | | | |
| J’atteste que les renseignements consignés dans le présent formulaire et dans les documents joints sont exacts. | | | |
| J’atteste avoir pris connaissance de l’Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2022). | | | |
| Je m’engage à obtenir l’autorisation préalable du Comité d’éthique de la recherche avant d’entreprendre le recrutement et la collecte de données. | | | |
| Je m’engage à informer le Comité d’éthique de la recherche de tout changement des conditions de participation des sujets humains et fournir des renseignements supplémentaires au besoin. | | | |
| Je m’engage à informer les membres de l'équipe du projet de leurs obligations éthiques. | | | |
| Je m'engage à ce que le recrutement et la collecte ne soient pas entrepris tant que le certificat n'aura pas été reçu. | | | |
| Je m'engage à obtenir l'autorisation préalable du CER avant de mettre en œuvre tout changement significatif des conditions de participation des êtres humains au projet. | | | |
| Je m'engage à fournir tout renseignement supplémentaire demandé par le CER en cours de projet. | | | |
| Je m'engage à fournir les rapports de suivi, le cas échéant, et le rapport. | | | |
| * 1. Signature de la personne chercheuse principale ou de la direction de recherche | | | |
| Nom, Prénom | Signature : | JJ/MM/AAAA | |
| * 1. Signature de la personne qui complète la demande ou de la personne étudiante chercheuse | | | |
| Nom, Prénom | Signature : | JJ/MM/AAAA | |

ANNEXES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE 1. Utilisation secondaire de données ou de matériel biologique** | | | | | | | | à compléter si applicable | | |
| Provenance des données/du matériel biologique | | | | | | | | | | |
| Projet(s) de recherche approuvée(s) par : | | | | | | | | | | |
| Nom du CER | | Nom du CER | | Nom du CER | | | Nom du CER | | | |
| Numéro de référence éthique | | Numéro de référence éthique | | Numéro de référence éthique | | | Numéro de référence éthique | | | |
| Personne chercheuse responsable : Nom, Prénom | | Personne chercheuse responsable : Nom, Prénom | | Personne chercheuse responsable : Nom, Prénom | | | Personne chercheuse responsable : Nom, Prénom | | | |
| Institution | | Institution | | Institution | | | Institution | | | |
| Titre du projet de recherche source | | Titre du projet de recherche source | | Titre du projet de recherche source | | | Titre du projet de recherche source | | | |
| L’utilisation secondaire a-t-elle été prévue dans le protocole initial ? | | | | | | | | | | |
| OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | | | NON |
| Transfert des données de recherche/du matériel biologique | | | | | | | | | | |
| Méthodes de transfert des données / du matériel biologique (Ex. : serveur partagé, clé USB, lien de téléchargement, etc.) | | | | | | | | | | |
| Compléter | | | | | | | | | | |
| Les données / le matériel biologique transférés seront codés | | | | | | OUI | | | NON | |
| Des renseignements personnels seront transférés avec les données / le matériel biologique (Si oui, compléter la section 9) | | | | | | OUI | | | NON | |
| Si oui, justifier la nécessité d’obtenir ces renseignements | | | | | | | | | | |
| Ententes prises avec la personne chercheurse responsable des données / du matériel biologique quant à l’utilisation (Ex. : copie locale interdite, utilisation sur le serveur uniquement, etc.) | | | | | | | | | | |
| Compléter | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE 2. Équipement scientifique en contact avec les personnes participantes** | à compléter si applicable |
|  | |
| Outil / instrument : Compléter  Utilité de l’outil / instrument : Compléter  Mode de fonctionnement : Compléter  Précautions préalables à l’utilisation : Compléter  \*Dans la mesure du possible, annexez des photos / illustrations des outils / instruments ainsi que leur positionnement sur le corps des personnes participantes \* | |
|  | |