

Objet : Enquête sur l'implantation du programme de vaccination VPH en CSSS

Bonjour,

J'ai pris connaissance de vos réponses au questionnaire sur le VPH et j'aurais besoin de quelques précisions ou éclaircissements. Pour ce faire, je vous demanderais de bien vouloir m'accorder une entrevue téléphonique d'environ 30 minutes. Si cela vous convient, voici la marche à suivre :

1. Dans un premier temps, lire le **formulaire de consentement** ci-joint, **apposer vos initiales** en bas de chaque page, **le signer** et m'envoyer la dernière page signée **par télécopieur** avant l'entrevue.
2. M'envoyer **l'original** du formulaire de consentement signé par la poste à l'adresse suivante:

Aicha Hamid
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Direction de santé publique - Affiliation universitaire
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec), J4K 2M3

Veuillez noter qu'une copie vous sera retournée.

3. **Fixer une date d'entrevue** qui vous convient et m'envoyer l'information par courriel (**date** et **heure** du rendez-vous ainsi que le numéro de téléphone pour vous joindre).

Je vous contacterai pour confirmer dès que la date de l'entrevue sera fixée.

Aicha Hamid, M.Sc.

Agente de recherche
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
1255 rue Beauregard,
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777 poste 3050
Télécopieur : (450) 928-3295
Courriel : a.hamid@rrsss16.gouv.qc.ca

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - RÉPONDANT EN CSSS

N° DE PROJET : AA-HCLM-09-025

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation de l'implantation du programme de vaccination
contre les VPH chez les adolescentes du Québec

PROTOCOLE :

COMMANDITAIRE : MSSS

CHERCHEUR PRINCIPAL : Dre Maryse Guay

**DÉPARTEMENT DU
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Santé publique

ADRESSE : Hôpital Charles LeMoine
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

TÉLÉPHONE : (450) 928-6777 p. 3070

INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

BUT DE L'ÉTUDE

Évaluer certains aspects de l'implantation du programme de vaccination contre les VPH chez les adolescentes du Québec et connaître les déterminants de la vaccination contre les VPH des adolescentes.

PROCÉDURES

Vous participerez à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes. Vous pourrez cesser de participer, et ce, sans que cela vous cause aucun préjudice. Les données recueillies auprès de vous seront alors détruites.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

La participation à l'étude ne comporte pas de risques, outre le bris de confidentialité pour lequel des précautions seront prises : données traitées dans la plus stricte confidentialité, conservées sous clé, accès informatique limité et protégé par mot de passe, sauvegarde dans un site à accès limité et destruction des données à la fin de l'étude. Les données publiées seront traitées de manière anonyme.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Vous ne tirerez pas de bénéfices directs de l'étude, mis à part votre contribution à l'amélioration des connaissances sur la vaccination contre les VPH et sur l'organisation des services de vaccination au Québec.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

CONFIDENTIALITÉ

Vous permettez aussi que l'on collecte, rapporte et transmette au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ainsi qu'aux organismes de réglementation du Canada et d'autres pays – des données recueillies dans le cadre de cette étude. Mais aucun renseignement personnel ne sera transmis.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre travail ou sur votre contribution au programme de vaccination au Québec.

Si vous décidez, à n'importe quel moment, de vous retirer de l'étude, l'information recueillie par votre participation jusqu'à ce point sera quand même remise au MSSS.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec le Dre Maryse Guay, chercheur principal, au (450) 928-6777, poste 3070.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche, c'est-à-dire s'il y a des risques, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoynes au (450) 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoynes au (450) 466-5434.

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise à ma contribution au programme de vaccination au Québec et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera déposé dans le dossier de recherche.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature du témoin

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

Signature de la personne qui a présenté le
consentement

Nom (caractères d'imprimerie)

Date / heure (si requis)

