

FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT DE STATUT DE CHERCHEUR ET DE PRIVILÈGES DE RECHERCHE À SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS

IDENTIFICATION DU CHERCHEUR	
Nom :	Prénom :
Titre (MD, PhD, MSc, autre) :	
Profession :	
Établissement d'appartenance :	
Téléphone :	Courriel :
Ordre professionnel :	
Autre statut dans un établissement académique :	
Veuillez décrire vos champs d'intérêt :	
Veuillez indiquer cinq mots clés au maximum permettant d'identifier la discipline de recherche :	

STATUT DE CHERCHEUR À SANTÉ QUÉBEC OUTAOUAIS	
☐ NOUVELLE DEMANDE	☐ CHANGEMENT
☐ RENOUELEMENT	
<i>Veuillez cocher le statut demandé</i>	
Chercheur régulier	☐
Chercheur régulier clinicien	☐
Chercheur associé	☐
Chercheur associé clinicien	☐
Chercheur collaborateur	☐

PRIVILÈGES DE RECHERCHE
☐ NOUVELLE DEMANDE
☐ RENOUELEMENT

TEMPS CONSACRÉ À LA RECHERCHE
☐ 1 % à 24 %
☐ 25 % à 50 %
☐ 51 % à 74 %
☐ 75 % à 100 %

DOCUMENTS À SOUMETTRE

- ✓ CV commun à jour ou autre format accepté;
- ✓ Attestation de [formation éthique du MSSS](#) (modules 1, 3.1 et 3.2) ou une formation équivalente (ex. : [formation éthique de l'EPTC2](#)) – À refaire si les formations sont mises à jour.

ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT DU CHERCHEUR

Le chercheur s'engage à :

- ☐ Respecter les normes relatives à l'éthique et à la conduite responsable en recherche;
- ☐ Prendre connaissance et respecter le [Cadre réglementaire de la recherche avec des participants humains de Santé Québec Outaouais, ainsi que toutes les politiques et procédures de l'établissement en matière de recherche et d'éthique de la recherche](#);
- ☐ Respecter les dispositions relatives à la confidentialité des renseignements personnels des usagers;
- ☐ Respecter les décisions du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) qui aura approuvé ses projets de recherche et qui en fera le suivi éthique;
- ☐ Déclarer tout conflit d'intérêts, apparent ou réel, actuel ou potentiel, direct ou indirect;
- ☐ Maintenir ses compétences et connaissances scientifiques nécessaires à la réalisation de ses activités de recherche;
- ☐ S'assurer de la compétence des membres de ses équipes de recherche;
- ☐ Diffuser les résultats de ses projets de recherche à Santé Québec Outaouais;
- ☐ Mentionner le Centre de recherche de Santé Québec Outaouais dans tous les rapports, articles, communications ou autres formes d'application des connaissances reliés à des projets de recherche réalisés au sein de Santé Québec Outaouais;
- ☐ Divulguer toute procédure en lien avec la création d'une entreprise ou une incorporation;
- ☐ Aviser les autorités compétentes de toute enquête ou de toute sanction dont il ferait l'objet dans le cadre d'une recherche;
- ☐ Remettre la documentation additionnelle requise, le cas échéant, avant de débiter tout essai clinique (voir annexe I).

Le chercheur consent à :

- ☐ Ce que soient communiqués aux autorités compétentes des renseignements qui permettent d'établir son identité lorsqu'une allégation de manquement à la conduite responsable en recherche le mettant en cause s'avère fondée;
- ☐ Ce que son profil soit rendu public sur le site web du Centre de recherche de Santé Québec Outaouais.

Lien vers le profil sur une plateforme de recherche (ex. : ResearchGate, Google Scholar, ORCID for Researchers, etc.) :

Courte biographie :

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

- ☐ Je soussigné(e) estime ne pas être en situation de conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel
- ☐ Je soussigné(e) estime être en situation de conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel pour les motifs suivants :

Si ces motifs impliquent des relations avec des proches, des tiers ou des entreprises, veuillez vous assurer d'inclure toutes les informations pertinentes, notamment :

- ✓ Le nom des proches, des tiers ou des entreprises concernés;
- ✓ Les relations avec ces derniers et la nature de leur implication;
- ✓ Les détails concernant les avantages financiers pertinents (droit de propriété, actions, honoraires, compensations financières, etc.);
- ✓ La nature de vos activités et la rémunération associée (cela inclut notamment toute participation à un conseil d'administration ou à un conseil de direction).

RÉSERVÉ AU CHERCHEUR

Commentaires :

Signature du chercheur :

Date :

Transmettre le formulaire et les documents à l'adresse 07_cisso_crecherche@ssss.gouv.qc.ca

RÉSERVÉ À LA DIRECTION SCIENTIFIQUE

Dossier complet : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Recommandation statut de chercheur : Octroi ☐ Changement ☐ Renouvellement ☐

Commentaires :

Recommandation privilèges de recherche : Octroi ☐ Renouvellement ☐

Commentaires :

Signature de la direction scientifique :

Nom et titre :

Date :

RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT, DES RELATIONS UNIVERSITAIRES ET DE LA RECHERCHE (DERUR)

Statut de chercheur : Octroi ☐ Changement ☐ Renouvellement ☐
Commentaires :

Signature de la DERUR :

Nom et titre :

Date :

RÉSERVÉ AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES, PHARMACIENS ET SAGES-FEMMES (CMDPSF) (SI APPLICABLE)

Recommandation des privilèges de recherche : Octroi ☐ Renouvellement ☐ N/A ☐
Commentaires :

Signature d'un représentant du CMDPSF :

Nom et titre :

Date :

RÉSERVÉ AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL OU AU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'ÉTABLISSEMENT (CAE)

Privilèges de recherche : Octroi ☐ (2 ans) Renouvellement ☐ (3 ans)

Commentaires :

Signature du PDG ou d'un représentant du CAE :

Nom et titre :

Date :

ANNEXE 1 – ESSAIS CLINIQUES

**DOCUMENTS ADDITIONNELS À SOUMETTRE AVANT DE DÉBUTER TOUT ESSAI CLINIQUE –
VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE CENTRE DE RECHERCHE :
07_CISSO_CRECHERCHE@SSSS.GOUV.QC.CA**

- ✓ Attestation de [formation éthique du MSSS](#) (module 3.3), sauf si la formation éthique de l'EPTC2 a été faite
 - o À refaire si la formation est mise à jour
- ✓ Attestation de formation des Bonnes Pratiques Cliniques (GCP) de [CITI Program](#) ou l'équivalent approuvé
 - o Formation complète initiale GCP : échéance 3 ans
 - o Première mise à niveau : échéance 3 ans
 - o Deuxième mise à niveau : échéance 3 ans
 - o Formation complète à refaire après deux mises à niveau : échéance 3 ans
- ✓ Attestation de formation du Titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues de Santé Canada de [CITI Program](#) ou l'équivalent approuvé
 - o À refaire aux 3 ans
- ✓ Attestation de lecture des Modes Opératoires Normalisés (MON)
 - o À refaire aux deux ans ou lors d'une mise à jour
- ✓ CV à jour daté et signé
- ✓ Copie de la licence de pratique valide
 - o À fournir à nouveau annuellement tout au long de la réalisation de l'essai clinique