

1. Identification

Toute personne, incluant les médecins, pharmaciens et dentistes, souhaitant réaliser un projet de recherche au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest ou sous ses auspices (à titre de chercheur principal ou cochercheur) doit détenir des privilèges de recherche (membre du CMDP) ou un statut de chercheur (non-membre du CMDP). Pour ce faire, cette personne doit démontrer avoir les compétences et les connaissances appropriées pour mener des projets de recherche, et ce, afin d'assurer la sécurité et l'intégrité des participants qui y prendront part.

Nom : _____ Prénom : _____
Titre d'emploi : _____
Adresse professionnelle : _____
Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____
N° de téléphone : _____ Autre : _____
Adresse courriel : _____

2. Situation actuelle en recherche du demandeur

☐ Non applicable

➡ Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Membre d'un ordre professionnel québécois :
Nom de l'ordre : _____
N° de permis : _____
- ☐ Membre du CMDP du CISSS de la Montérégie-Ouest
 - ☐ Si médecin dans un établissement privé également, précisez où : _____
- ☐ Chercheur d'établissement, précisez où : _____
- ☐ Chercheur universitaire clinicien, précisez où : _____
- ☐ Chercheur universitaire, précisez où : _____
- ☐ Chercheur professionnel en santé, précisez où : _____
- ☐ Chercheur collégial, précisez où : _____
- ☐ Chargé de cours ou professeur, précisez où : _____
- ☐ Étudiant : Parrainé par un directeur de recherche qui détient des privilèges de recherche ou un statut de chercheur du CISSS de la Montérégie-Ouest (octroi non requis pour ce statut)
- ☐ Collaborateur de recherche (octroi non requis pour ce statut)
- ☐ Autre, précisez : _____

3. Type de demande

☐ **Demande de RECONNAISSANCE d'un statut de chercheur**

➡ Passez immédiatement à la section 6. en incluant votre CV à la demande ainsi qu'une preuve d'octroi de statut de chercheur d'un autre établissement du RSSS ou établissement d'enseignement.

☐ **Demande d'OCTROI de privilèges de recherche**

Délai d'octroi demandé: ☐ 24 mois ou ☐ autre, spécifiez pourquoi : _____

Si applicable, veuillez spécifier le rôle en recherche prévu sur le projet :

☐ Chercheur principal (responsable)

☐ Cochercheur

☐ Chercheur qualifié (CQ) ou Investigateur principal (m.d. seulement ou, m.d. ou dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Sous-investigateur (m.d. seulement ou, m.d. dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Promoteur-investigateur (médecin seulement ou, m.d. ou dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Autre : _____

☐ N/A

➡ Passez ensuite à la section 4.

☐ **Demande de RENOUELEMENT de privilèges de recherche**

Délai d'octroi demandé: ☐ 36 mois ou ☐ autre, spécifiez pourquoi : _____

Si applicable, veuillez spécifier le rôle en recherche prévu sur le projet :

☐ Chercheur principal (responsable)

☐ Cochercheur

☐ Chercheur qualifié (CQ) ou Investigateur principal (m.d. seulement ou, m.d. ou dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Sous-investigateur (m.d. seulement ou, m.d. dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Promoteur-investigateur (médecin seulement ou, m.d. ou dentiste pour des études cliniques en médecine dentaire)

☐ Autre : _____

☐ N/A

➡ Passez ensuite à la section 5.

☐ **Demande d'OCTROI d'un statut de chercheur**

Délai d'octroi demandé : ☐ **36 mois** ou ☐ durée du projet (à privilégier pour les nouveaux chercheurs et chercheurs professionnels en santé) ou ☐ autre, spécifiez pourquoi : _____

Si applicable, veuillez spécifier le rôle en recherche prévu sur le projet :

☐ Chercheur principal

☐ Cochercheur

☐ Autre : _____

➡ Passez ensuite à la section 4.

☐ **Demande de RENOUELEMENT d'un statut de chercheur**

Délai d'octroi demandé : ☐ **36 mois** ou ☐ durée du projet (à privilégier pour les nouveaux chercheurs et chercheurs professionnels en santé) ou ☐ autre, spécifiez pourquoi : _____

Si applicable, veuillez spécifier le rôle en recherche prévu sur le projet :

☐ Chercheur principal

☐ Cochercheur

☐ Autre : _____

➡ Passez ensuite à la section 5.

4. Documents à joindre à la demande d'OCTROI de privilèges de recherche ou d'un statut de chercheur au CISSS de la Montérégie-Ouest

- ☐ CV à jour incluant une liste de vos activités de recherche
- ☐ Attestation de lecture du *Cadre réglementaire sur les activités de recherche au CISSS de la Montérégie-Ouest*¹
- ☐ Attestation de formation en éthique de la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux²:
 - Niveau 1
 - Niveau 3 : modules 3.1 et 3.2OU une formation équivalente (exemple : attestation du didacticiel de l'[EPTC2](#)³)

Documents additionnels à fournir pour un essai clinique :

- ☐ Attestation de formation en éthique de la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux¹ : Niveau 3, module 3.3 (la formation de l'[EPTC2](#)³ équivalent à cette attestation) (*à refaire en cas d'une mise à jour*)
- ☐ Attestation de lecture des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC)⁴ ou de formations équivalentes telles que celle du [CITI \(Collaborative Institutional Training Initiative\)](#) Program⁵ ou la [Formation des bonnes pratiques cliniques - NDAT CTN Training](#)⁵ (*valide pour 2 ans*)
- ☐ Attestation de lecture des Modes Opératoires Normalisés (MON) relatifs à l'installation où se dérouleront les activités de recherche (**valide pour 2 ans**)

¹ [CRD-10270](#)

² [Modules de formation en éthique de la recherche - MSSS](#)

³ [Didacticiel – EPTC 2 : FER](#)

⁴ [Bonnes pratiques cliniques : Addenda intégré de l'E6\(R1\) ICH thème E6\(R2\)](#)

⁵ [GCP - CITI Program](#)

- ☐ Attestation de lecture du **Titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues** de Santé Canada⁶ (**valide pour 2 ans**)
- ☐ CV à jour daté et signé (à fournir chaque année)
- ☐ Copie de licence de pratique valide (à fournir chaque année)

5. Documents à joindre à la demande de RENOUELEMENT de privilèges de recherche ou d'un statut de chercheur

Documents à fournir :

- ☐ CV à jour incluant une liste de vos activités de recherche
- ☐ Attestation de lecture du *Cadre réglementaire sur les activités de recherche au CISSS de la Montérégie-Ouest*⁶ (**à refaire en cas d'une mise à jour**)
- ☐ Attestation de formation en éthique de la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux⁷ (**à refaire en cas d'une mise à jour**) :
 - Niveau 1
 - Niveau 3 : modules 3.1 et 3.2OU une formation équivalente (exemple : attestation du didacticiel de l'[EPTC2²](#))

Documents additionnels à fournir pour un essai clinique (valides pour 2 ans) :

- ☐ Attestation de formation des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC)³ (ou de formation équivalente)^{4,8} (**valides pour 2 ans**)
- ☐ Attestation de lecture du **Titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues** de Santé Canada⁹ (**valide pour 2 ans**)
- ☐ Attestation de lecture du *Cadre réglementaire sur les activités de recherche au CISSS de la Montérégie-Ouest*¹⁰ (**à refaire en cas d'une mise à jour**)
- ☐ Attestation de lecture des Modes Opératoires Normalisés (MON) relatifs à l'installation où se dérouleront les activités de recherche (**valide pour 2 ans**)
- ☐ CV à jour daté et signé (à fournir chaque année)
- ☐ Copie de licence de pratique valide (à fournir chaque année)

ATTENTION! Les formations doivent être complétées avant de transmettre cette demande.

⁶ [CRD-10270](#)

⁷ [Modules de formation en éthique de la recherche - MSSS](#)

⁸ [Formation des bonnes pratiques cliniques - NDAT CTN Training](#)

⁹ [Titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues « Drogues destinées aux essais cliniques sur des sujets humains »](#)

¹⁰ [CRD-10270](#)

Formulaire de dépôt d'une demande visant à se faire octroyer, renouveler ou reconnaître un statut de chercheur ou des privilèges de recherche

6. Engagement du chercheur

Je m'engage à :

- Respecter les normes relatives à l'éthique et à la conduite responsable en recherche généralement applicables;
- Respecter le *Cadre réglementaire sur les activités de recherche au CISSS de la Montérégie-Ouest*¹¹ applicable de l'établissement, en particulier les dispositions à propos de la confidentialité des renseignements personnels des usagers;
- Maintenir les connaissances appropriées en recherche et les connaissances sur les normes relatives à l'éthique et à la conduite responsable en recherche;
- Respecter les décisions du CER qui aura approuvé les projets de recherche et qui en fera le suivi éthique;
- Assurer la compétence des membres de mon équipe de recherche;
- Obtenir l'autorisation du CISSS de la Montérégie-Ouest pour agir comme membre d'une équipe de recherche lorsqu'une recherche n'est pas réalisée sous les auspices de l'établissement;
- Déclarer mes activités de recherche réalisées à l'extérieur de l'établissement. Ces activités peuvent comprendre les projets de recherche des étudiants sous ma supervision ainsi que les banques de données et biobanques constituées à des fins de recherche et qui se trouvent à l'extérieur de l'établissement;
- Aviser les autorités compétentes de toute enquête ou de toute sanction dont je ferais l'objet dans le cadre d'une recherche.

Je consens à :

- Ce que soient communiqués aux autorités compétentes des renseignements qui permettent d'établir mon identité, si une allégation de manquement à la conduite responsable en recherche me mettant en cause s'avère fondée.

Signature du demandeur

Nom (en lettre moulées) : _____

Signature : _____ Date : _____



Non membre du CMDP, transmettez votre demande à votre directeur qui poursuivra à la section 7.

Membre du CMDP ou RECONNAISSANCE de statut de chercheur, votre demande se termine ici. Transmettez votre demande à la DRIA à l'adresse suivante : recherche.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca

¹¹ [CRD-10270](#)

7. Catégorie de demandeur non membre du CMDP

☐ **Non applicable**

I. Section réservée au directeur du demandeur (ou personne désignée par le directeur)

☐ **Non applicable**

Après l'évaluation de la demande, nous recommandons :

- ☐ L'octroi ou le renouvellement de privilèges de recherche OU d'un statut de chercheur, tel que demandé
- ☐ L'octroi ou le renouvellement de privilèges de recherche OU d'un statut de chercheur avec les conditions et/ou commentaires suivants :

☐ Autres recommandations :

Signature du directeur (ou personne désignée par le directeur) du demandeur (*non-membre du CMDP*)

Nom (en lettre moulées) : _____

Titre et Direction: _____

Signature : _____

Date : _____

Assurez-vous de transmettre la demande et documentation requise à la DRIA du CISSS de la Montérégie-Ouest à l'adresse suivante : recherche.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

II. Section réservée au Guichet unique de la recherche du CISSS de la Montérégie-Ouest

☐ RECONNAISSANCE (la demande se termine ici)

☐ Soumission pour OCTROI

Le statut en recherche dans l'établissement proposé (n'en sélectionner qu'un seul):

- ☐ Chercheur d'établissement
- ☐ Chercheur universitaire clinicien
- ☐ Chercheur universitaire
- ☐ Chercheur professionnel en santé
- ☐ Chercheur collégial
- ☐ Autre, spécifiez : _____

☐ Soumission pour RENOUELEMENT

Le statut en recherche dans l'établissement proposé (n'en sélectionner qu'un seul):

- ☐ Chercheur d'établissement
- ☐ Chercheur universitaire clinicien
- ☐ Chercheur universitaire
- ☐ Chercheur professionnel en santé
- ☐ Chercheur collégial
- ☐ Autre, spécifiez : _____

Signature de la personne ayant reçu et révisé la demande

Nom (en lettre moulées) : Choisissez un élément.

Signature : _____ Date : _____

III. Section réservée à la personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation des recherches au CISSS de la Montérégie-Ouest

- ☐ L'octroi ou le renouvellement d'un statut de chercheur et d'un statut en recherche, tel que demandé
- ☐ L'octroi ou le renouvellement d'un statut de chercheur et d'un statut en recherche, avec les conditions et/ou commentaires suivants :

☐ Autres recommandations :

Signature de la personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation des recherches au CISSS de la Montérégie-Ouest

Nom (en lettre moulées) : Choisissez un élément. Titre : Choisissez un élément.

Signature : _____ Date : _____

8. Catégorie de demandeur membre du CMDP

☐ **Non applicable**

I. Section à compléter par le CMDP

Après l'évaluation de la demande, nous recommandons :

- ☐ L'octroi ou le renouvellement de privilèges de recherche tel que demandé
- ☐ L'octroi ou le renouvellement de privilèges de recherche avec les conditions et/ou commentaires suivants :

☐ Autres recommandations :

Signature du représentant du CMDP

Nom (en lettre moulées)
et titre :

Choisissez un élément.

Signature :

Date :

CMDP, assurez-vous de transmettre votre recommandation à la DRJA à l'adresse suivante :
recherche.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

II. Soumission par le CMDP au Conseil d'administration (CA) du CISSS de la Montérégie-Ouest pour approbation

Le CA consignera sa décision dans son formulaire de résolution qui sera acheminé au [Guichet unique de la recherche](#) pour tenue du dossier.

III. Section réservée au Guichet unique de la recherche du CISSS de la Montérégie-Ouest

☐ Soumission pour OCTROI

Le statut en recherche dans l'établissement proposé (n'en sélectionner qu'un seul):

- ☐ Chercheur d'établissement
- ☐ Chercheur universitaire clinicien
- ☐ Chercheur universitaire
- ☐ Chercheur professionnel en santé
- ☐ Chercheur collégial
- ☐ Autre, spécifiez : _____

☐ Soumission pour RENOUELEMENT

Le statut en recherche dans l'établissement proposé (n'en sélectionner qu'un seul):

- ☐ Chercheur d'établissement
- ☐ Chercheur universitaire clinicien
- ☐ Chercheur universitaire
- ☐ Chercheur professionnel en santé
- ☐ Chercheur collégial
- ☐ Autre, spécifiez : _____

Signature de la personne ayant reçu et révisé la demande

Nom (en lettre moulées) : Choisissez un élément.

Signature : _____

Date : _____

III. Section réservée à la personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation des recherches au CISSS de la Montérégie-Ouest

- ☐ L'octroi ou le renouvellement d'un statut en recherche dans l'établissement (titre en recherche) tel que demandé
- ☐ L'octroi ou le renouvellement d'un statut en recherche dans l'établissement (titre en recherche) avec les conditions et/ou commentaires suivants :

☐ Autres recommandations : _____

Signature de la personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation des recherches au CISSS de la Montérégie-Ouest

Nom (en lettre moulées) : Choisissez un élément.

Titre : Choisissez un élément.

Signature : _____

Date : _____