

Les conflits d'intérêts - Organisme : Hôpital Montfort – Complément	
EN VIGUEUR LE :	DERNIÈRE RÉVISION :
CATÉGORIE : Administration - générale	SOURCE : Bureau d'éthique de la recherche (BÉR)
AUTRES RÉFÉRENCES : SOP105C Conflicts of Interest – Organization PROSER 070 : Approvisionnement	APPROUVÉE PAR (DATE) : COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CÉR) 2015/06/24

1. PRÉAMBULE

La présente procédure de fonctionnement normalisée (PFN) est **complémentaire** au mode opératoire normalisé (MON) 105C «Conflits d'intérêts – Organisation » / SOP105C « Conflicts of Interest – Organization » du Réseau des Réseaux (R2) qui porte sur la déclaration et la gestion des conflits d'intérêts en ce qui concerne les organismes». Ce PFN ajoute quelques précisions à la SOP105C, notamment

- Un ajout à la section 5. *Procédure*.

2. OBJECTIF

Ce PFN décrit les conflits d'intérêts qui pourraient exister au sein d'un organisme dans le cadre de la recherche avec les humains.

3. PORTÉE/APPLICATION

Ce PFN s'applique à tous les employés de l'Hôpital Montfort ainsi qu'aux membres du CÉR, aux chercheurs et aux administrateurs.

4. RESPONSABILITÉ

Le CÉR de l'Hôpital Montfort a l'obligation de veiller à ce que l'équité et la transparence du processus d'évaluation éthique de la recherche ne soient pas compromises par des conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents.

Les employés de l'Hôpital Montfort ont la responsabilité de déclarer et de gérer tous les conflits d'intérêts conformément à ce PFN lors de l'évaluation des projets de recherche. Il est possible de déclarer un conflit d'intérêt ou de demander un avis visant à déterminer s'il y a réellement un conflit d'intérêt, au Bureau de l'Éthique de la Recherche (BÉR) en remplissant le formulaire « *Déclaration de conflit d'intérêts* » (Annexe 1).

Pour déterminer s'il y a réellement un conflit d'intérêt, les chercheurs peuvent également demander un avis au BÉR en complétant le formulaire le verso de l'Annexe.

L'Hôpital Montfort doit rendre publiquement accessibles les politiques et les procédures en matière de conflits d'intérêts à toute la communauté de recherche.

5. DÉFINITIONS

Voir le « [glossaire](#) » dans SharePoint et page Web du CÉR, la section [politiques et procédures](#)

6. PROCÉDURE

6.1. Gestion des conflits d'intérêts institutionnels

- À la suite de la découverte et de la divulgation au CÉR d'un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent au sein de l'Hôpital Montfort, le CÉR se laissera guider par les mécanismes institutionnels prévus quant à la façon de le gérer.
- Toutefois, il incombe au CÉR de décider comment ces conflits d'intérêts seront gérés. Le CÉR doit déterminer s'il doit être divulgué aux participants à la recherche dans le cadre du processus de consentement.

7. HISTORIQUE DE LA PFN ADOPTÉE

Date (jj-mm-aaaa) et signature	Versions	Pages	Description de la modification
26/04/2017	1	4	Modification du logo seulement
26/05/2021 	1	4	Texte harmonisé pour faire le lien avec la version française des SOP, sans aucune modification de contenu.

8. RÉFÉRENCES

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada. Institut de recherches en santé du Canada : *Énoncé de la Politique des trois Conseils* (EPTC 2). Éthique de la recherche avec les êtres humains 2014.
- SOP105C Conflicts of Interest – Organization du Réseau des Réseaux
- POSER 070 : Approvisionnement

Annexe 1 - recto

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

JE SOUSSIGNÉ(E) DÉCLARE CE QUI SUIT :

Déclaration annuelle

Déclaration faite en cours d'année

Je déclare au (à la) président(e) du CÉR que j'estime être en situation de conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel pour les motifs suivants : (décrire la nature du conflit)

1. Je reconnais avoir des intérêts personnels dans une société ayant pour objet principal ou accessoire la recherche au sens du Règlement.

Nom de la société

Nature de l'intérêt

2. Je reconnais avoir des intérêts personnels (prime au rendement, droits de propriété intellectuelle, royautés, voyage, etc.) dans le présent projet.

Nature de l'intérêt

3. Je reconnais qu'à l'égard du présent projet, un proche, un associé ou une société par actions dans laquelle j'ai un proche ou un associé a un intérêt important.

Nom du proche, associé ou société

Nature de l'intérêt

(Si quelque intérêt est indiqué aux paragraphes 1, 2 et 3, le chercheur raye le paragraphe 4 qui suit. Dans ce cas et dans le cas contraire, il appose ses initiales sur la ligne prévue en regard de ce paragraphe.)

4. Je n'ai aucun intérêt personnel au sens du règlement dans une recherche que j'exécute. Il en va de même de tout proche ou associé ou de toute société par actions dans laquelle moi, ou un proche ou un associé, a un intérêt important.

Initiales et date

La Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, L.R.O., 1990 Chapitre F.31, comporte des restrictions concernant la collecte de renseignements personnels. Si, pour compléter cette déclaration, il s'avère nécessaire de fournir des précisions sur les intérêts d'une personne proche, de telles informations doivent provenir directement de cette personne et il serait utile qu'elles soient jointes à la déclaration

Annexe 2 - verso

DEMANDE D'AVIS

Par la présente, je demande l'avis de [REDACTED] sur les faits décrits dans la présente *Déclaration de conflits d'intérêts*.

Signature

Année/mois/jour

AVIS

Je soussigné(e) [REDACTED] déclare avoir pris connaissance de la présente *Déclaration de conflits d'intérêts*.

À mon avis :

- les faits décrits ne constituent pas une situation de conflit d'intérêts;
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts réel;
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts potentiel;
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêt apparent.

Les mesures suivantes doivent être prises pour gérer cette situation : [REDACTED]

Signature

Année/mois/jour

Je soussigné(e) [REDACTED], signataire de la présente *Déclaration de conflits d'intérêts*, me déclare d'accord sur les mesures décrites ci-dessus et m'engage à les respecter.

Signature

Année/mois/jour