

## Annexe 1- Plan de gestion du conflit d'intérêts

### DÉCISION DU RESPONSABLE DE L'UNITÉ OU DU COMITÉ DE L'UNITÉ

*Cette section doit être complétée, selon le cas, par le Responsable de l'unité ou par le président du Comité de l'unité au nom du Comité de l'unité. Veuillez cocher la case qui correspond à votre décision et, si vous décidez que le Déclarant est en conflit d'intérêts, veuillez donner les informations demandées ci-après.*

Nom du Déclarant : \_\_\_\_\_

Titre du déclarant : \_\_\_\_\_

Nom de l'unité d'attache : \_\_\_\_\_

Le Déclarant n'est pas en conflit d'intérêts.

Le Déclarant est en conflit d'intérêts.

1 - Description du conflit d'intérêts :

- *Description de la situation où le Déclarant se trouve en conflit d'intérêts;*
- *Nom des personnes, institutions, organismes ou entreprises impliqués;*
- *Le cas échéant, titre de l'activité de recherche, numéro d'avis d'octroi et nom du contrat concerné;*
- *Date ou durée de la situation;*
- *Nature de l'avantage dont le Déclarant a ou pourrait bénéficier en raison du conflit d'intérêts;*
- *Valeur approximative de cet avantage (si applicable).*

2- Description des mesures qui devront être mises en œuvre par le Déclarant ou autres acteurs impliqués afin d'éliminer le conflit d'intérêts ou d'en réduire au maximum l'impact:

3- Description des actions requises pour assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures dictées dans le point 2 précédent:

4- Responsable de la mise en place des mesures et de leur suivi : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** du Responsable de l'unité ou du président du Comité de l'unité, selon le cas :

Nom \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

## COMITÉ DE L'UNITÉ

Nom des membres du Comité de l'unité qui ont rendu la décision :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Membre étudiant, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION DU DÉCLARANT

J'ai pris connaissance de la présente annexe (plan de gestion) dûment complétée et je m'engage à prendre les mesures nécessaires afin d'éliminer ou réduire le conflit d'intérêts.

Dans le cas particulier du DHSS, je reconnais que les informations contenues à la présente annexe peuvent être dévoilées en totalité à l'organisme subventionnaire américain ou en partie au public.

Nom du Déclarant \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Le déclarant qui n'est pas satisfait de la décision du comité ou du responsable de l'unité quant à l'existence d'un conflit et à son plan de gestion, peut demander au comité d'appel de réviser cette décision.

Pour connaître la procédure de demande de révision par le comité d'appel, veuillez vous référer au site [www.interets.umontreal.ca](http://www.interets.umontreal.ca).

**N. B.** Une copie de la déclaration d'intérêts et de la présente Annexe dûment complétées et signées doivent être retournées **par le chercheur** au **CER** lorsque qu'il dépose un projet de recherche impliquant des participants humains en vue d'obtenir une approbation éthique.

Lorsque la Déclaration visée implique des activités de recherche ou un financement du DHHS et que l'existence d'un conflit d'intérêts à été constaté une copie de la présente Annexe dûment complétée et signée doit être envoyée **par le comité d'unité** au BRDV.