

Registre Suisse des maladies inflammatoires du cerveau à l'âge pédiatrique (Swiss-Ped-IBrainD)

Ce projet est organisé par : Prof. Dr. med. Claudia Kuehni, Direction Swiss-Ped-IBrainD, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne

Information pour les adolescents à partir de 14 ans,

Chère, cher.....

Nous te proposons de participer à notre projet de recherche. Dans ce qui suit, le projet de recherche prévu te sera présenté. N'hésite pas à poser tes questions à ton médecin ou à nous contacter si tu souhaites recevoir plus d'informations.

1. Objectifs du projet de recherche

Le Swiss-Ped-IBrainD constituera un système détaillé et complet regroupant des informations sur la santé d'enfants touchés par une maladie inflammatoire du cerveau, en Suisse. Ce projet facilitera la recherche et permettra aux patients de participer à des études nationales et internationales. Le Swiss-Ped-IBrainD contribuera ainsi à améliorer le traitement des patients.

Avec ce projet, nous souhaitons collecter des données sur la fréquence et l'évolution des maladies inflammatoires du cerveau chez les enfants et les adolescents en Suisse. Ces informations sont importantes pour la planification des soins de santé.

2. Sélection des personnes pouvant participer au projet

Notre projet de recherche est réalisé avec des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire du cerveau.

Les enfants et adolescents dont les premiers symptômes sont apparus avant l'âge de 18 ans et qui sont traités et/ou vivent en Suisse peuvent participer.

3. Informations générales sur le projet

Les maladies inflammatoires du cerveau sont très rares à l'âge pédiatrique et affectent principalement des enfants par ailleurs en bonne santé. Il s'agit d'inflammations qui peuvent atteindre la totalité du système nerveux central, c'est-à-dire le cerveau et la moelle épinière.

La collecte structurée d'informations sur l'évolution de ces maladies et les thérapies chez les enfants constitue un premier pas vers une meilleure compréhension du tableau clinique. Outre les informations médicales essentielles, les questions relatives à la qualité de vie des enfants touchés sont aussi importantes. C'est pourquoi un registre des maladies inflammatoires du cerveau à l'âge pédiatrique en Suisse doit être mis en place en coopération avec les neuropédiatres suisses, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (ISPM) et le SwissPedNet.

La base de données électronique (REDCap) est conçue de tel façon, qu'elle pourra être reliée à d'autres bases de données en Suisse et à l'étranger. Autres projets liés au registre ont besoin de l'autorisation de la commission d'éthique compétente. Ton médecin t'informerait de tels projets. Les données saisies ne seront transmises que sous une forme codée. Cela signifie que seul ton médecin sera en mesure de savoir qui tu es.

La REDCap est tenue à jour. Nous prévoyons 15 à 20 nouveaux cas par an.

Nous effectuons ce projet dans le respect des prescriptions de la législation suisse. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé le projet.

4. Déroulement pour les participants

Les analyses diagnostiques et les traitements des patients atteints de maladies inflammatoires du cerveau sont réalisées dans les cliniques ou les cabinets privés, comme cela est toujours le cas. Aucun examen particulier ne sera réalisé pour le registre Swiss-Ped-IBrainD. Aucun échantillon de sang ni de tissu ne sera prélevé ou conservé dans le cadre de ce projet.

Des données ne seront saisies dans la banque de données que si une déclaration de consentement écrite existe. Si tu ne souhaites pas que tes données soient collectées, merci de l'indiquer à ton médecin. Un minimum de données sera alors collecté pour t'éviter d'être sollicité une deuxième fois et afin de préserver la pertinence du projet.

Les données suivantes seront collectées dans un ensemble de données minimum :

- Année de naissance
- Sexe
- Diagnostic
- Observations cliniques

Les données médicales suivantes seront collectées pour le registre : informations sur ta maladie (diagnostic, âge lors de l'apparition des premiers symptômes, examens réalisés et résultats correspondants des analyses d'urine, de sang, de liquide cérébral, des biopsies ou d'imagerie), maladies concomitantes d'ordre physique ou psychiatrique, ainsi que des informations sur le traitement. Nous saisisons en outre des données relatives à l'évolution annuelle de la maladie. En plus de ces informations, des données administratives telles que le nom, l'adresse, la date de naissance, l'email et des informations sur le médecin traitant ou la clinique seront aussi collectées. Cela est nécessaire afin de pouvoir associer de nouvelles informations à la bonne personne à une date ultérieure, afin de pouvoir t'informer de nouvelles études et afin de pouvoir te faire parvenir des questionnaires. Les données administratives permettant ton identification (nom, adresse, date de naissance, etc.) seront enregistrées séparément de tes données médicales.

Nous te ferons parvenir un questionnaire que tu pourras remplir (éventuellement avec l'aide de tes parents) une fois par an. Le temps nécessaire pour remplir un questionnaire est d'environ 1 heure. Nous actualisons également tes données une fois par an.

5. Bénéfices pour les participants

Ta participation contribuera à améliorer la planification des soins chez les enfants atteints de maladies inflammatoires du cerveau. Le traitement et les soins médicaux ne peuvent être optimisés que si la recherche dispose de suffisamment d'informations concernant les enfants touchés. Si une étude approfondie portant sur les maladies inflammatoires du cerveau a lieu dans les prochaines années en Suisse, nous pourrons te proposer d'y participer. La participation à ce genre d'études est toujours volontaire.

6. Droits des participants

Tu es libre d'accepter ou de refuser de participer au projet. Si tu choisis de ne pas participer ou si tu choisis de participer et reviens sur ta décision pendant le déroulement du projet, tu n'auras pas à te justifier. Cela ne changera rien à ta prise en charge médicale habituelle. Tu peux à tout moment poser toutes tes questions au sujet de l'étude. Adresse-toi pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la feuille d'information. Tu reçois une copie de la déclaration de consentement signée.

7. Obligations des participants

Ta participation ne t'oblige à rien et n'engendre aucun coût pour toi.

8. Risques

Tu ne seras exposé à aucun risque en participant au projet, car aucun examen ni traitement supplémentaire ne sera réalisé.

9. Découvertes pendant le projet

Un résumé des résultats sera publié dans des publications scientifiques (revues pour les médecins) et présenté lors de congrès scientifiques. Ces données ne contiennent jamais d'informations personnelles et ne peuvent pas être liées à une personne en particulier.

10. Confidentialité des données

Toutes les informations sont traitées à tout moment de façon absolument confidentielle. Seul un nombre limité de personnes peut consulter ces données, et exclusivement afin de pouvoir accomplir des tâches nécessaires au déroulement du projet. Seules des données sous forme codée (sans nom ou autre information permettant une identification) seront évaluées à des fins de recherche. Dans le cas d'une publication, il sera impossible de remonter jusqu'à toi à partir des données agrégées. Ton nom n'apparaîtra jamais ni sur Internet, ni dans une publication.

Parfois, les journaux scientifiques exigent la transmission de données individuelles (données brutes). Si tes données individuelles doivent être transmises, elles seront codées de telle façon que personne en dehors du projet ne puisse savoir qui tu es.

Ce projet peut être inspecté à tout moment par la commission d'éthique compétente ou par un préposé à la protection des données. Il se peut que la direction du projet doive communiquer tes données personnelles et médicales pour les besoins de ces inspections. Si des données importantes te concernant manquent, elles pourront être complétées à l'aide d'autres statistiques ou par une prise de contact avec les médecins qui te suivront par la suite ou avec tes proches.

Toutes les personnes impliquées dans l'étude de quelque manière que ce soit sont tenues au secret professionnel. Toutes les directives relatives à la protection des données sont respectées et tu as à tout moment le droit de consulter tes données. Les données seront conservées dans la base de données pour une durée maximale de 80 ans.

11. Retrait du projet

Tu peux à tout moment te retirer du projet si tu le souhaites. Un refus actuel ou une rétractation ultérieure n'a pas de conséquences sur ta prise en charge médicale. Si tu ne donnes pas ton accord ou le retires plus tard, seul l'ensemble de données minimum ne comportant ni nom ni adresse sera enregistré. Il ne sera pas possible d'anonymiser les données.

12. Rémunération des participants

Si tu participes à ce projet, tu ne recevras pour cela aucune rémunération. Ta participation n'aura aucune conséquence financière pour toi ou ton assurance maladie.

13. Financement du projet

Le projet est financé par des tiers. Consulte le site www.swiss-ped-ibraind.ch pour plus d'informations.

14. Interlocuteur(s)

Si tu as des questions, tu peux t'adresser à ton médecin traitant ou directement à un des collaborateurs scientifiques du Swiss-Ped-IBrainD.

Collaborateurs scientifiques du Swiss-Ped-IBrainD :

Universität Bern

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Swiss-Ped-IBrainD

Mittelstrasse 43

3012 Bern

Email : swiss-ped-ibraind@ispm.unibe.ch

Tél. +41 31 631 56 78

www.swiss-ped-ibraind.ch

Déclaration de consentement pour les adolescents à partir de 14 ans

- Lis attentivement ce formulaire.
- N'hésite pas à poser des questions lorsque tu ne comprends pas quelque chose ou que tu souhaites avoir des précisions.

Numéro BASEC du projet : (après soumission à la commission d'éthique compétente) :	2019-00377
Titre de l'étude :	Swiss Pediatric Inflammatory Brain Disease Cohort Study (Swiss-Ped-IBrainD) Registre Suisse des maladies inflammatoires du cerveau à l'âge pédiatrique.
Directrice du projet, institution responsable	Prof. Dr. med. Claudia Kuehni, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern, Mittelstrasse 43, 3012 Bern
Lieu de réalisation du projet :	_____ _____ _____
Participant / participante : (nom et prénom en caractères d'imprimerie) :	_____
Date de naissance :	_____
	<input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme

Je confirme :

- avoir reçu, lu et compris la feuille d'information (version 5.1, 08.03.2021). J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec le Registre Suisse des maladies inflammatoires du cerveau à l'âge pédiatrique (Swiss-Ped-IBrainD). Je conserve la feuille d'information et le deuxième exemplaire de la déclaration de consentement.
- avoir été informé-e que l'inscription dans le Swiss-Ped-IBrainD et la participation aux études qui en résultent est volontaire.
- avoir eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- savoir que je peux retirer ce consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans que cela ait de répercussion défavorable sur la suite de la prise en charge médicale usuelle. Les données permettant de m'identifier seront alors effacées du Swiss-Ped-IBrainD.

Par ma signature, je déclare :

- être d'accord pour que les données relatives à ma maladie soient transmises par tous les médecins traitants et leurs collaborateurs dans les cabinets et les hôpitaux au Swiss-Ped-IBrainD.
- être d'accord pour que les données soient saisies dans le Swiss-Ped-IBrainD et utilisées aux fins de recherche décrites.
- être d'accord pour que les données puissent être transmises à des fins de recherche à des tiers, ainsi qu'à des institutions étrangères, tant que des dispositions légales relatives à la protection des données comparables à celles en Suisse sont respectées. Les données sont uniquement transmises sans information permettant une identification.
- être d'accord pour que les données soient conservées pour une durée indéfinie, si cela sert à la recherche.
- être d'accord pour que mes données soient complétées par d'autres sources (données de l'Office fédéral de la statistique, de l'assurance-invalidité, de la caisse maladie, des registres nationaux et internationaux spécifiques aux maladies, des registres des habitants).

- être d'accord pour que le Swiss-Ped-IBrainD prenne contact avec moi, par ex. afin de recueillir des données au moyen d'un questionnaire ou pour me proposer de participer à une étude approfondie. Je suis libre d'accepter ou de refuser toute participation à chaque étude qui m'est proposée.
- être d'accord pour que mon médecin traitant et d'autres médecins qui me soignent soient contactés pour des renseignements.
- être d'accord pour que les spécialistes compétents de l'institution et de la Commission d'éthique compétente pour cette étude, puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.
- que j'ai accepté de participer au projet et/ou qu'aucun signe de résistance à la participation n'a été observé.

Je confirme que j'ai été informé·e en ce qui concerne le Swiss-Ped-IBrainD et que j'autorise l'inscription et la réutilisation des données dans la recherche.

Lieu, date	Signature du participant / de la participante
------------	---

Pour les enfants < 18 ans

Lieu, date	Nom et prénom de la mère* Signature: _____
Lieu, date	Nom et prénom du père* Signature: _____

** Dans la mesure du possible, les deux parents doivent signer. Une signature suffit pour l'inscription.*

Attestation du médecin : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante et à ses parents la nature, l'importance et la portée du Swiss-Ped-IBrainD. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce registre conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part au Swiss-Ped-IBrainD, je m'engage à l'en informer, ou à en informer ses parents, immédiatement.

Lieu, date	Nom et prénom du médecin assurant l'information : Signature :
------------	--