

Notice d'information

Etude BODYBREST

Evaluer la pertinence des bodyscanners réalisés chez les patients dans le cadre d'accidents de la voie publique à symptomatologie limitée

Responsable de traitement : CHU BREST

Cette notice a été créée pour vous. Vous y trouverez des informations sur les raisons qui font que vos données de santé peuvent être recueillies et utilisées.

Vos données peuvent aider votre médecin à vous soigner. Lorsque vous consultez à l'hôpital, certaines de vos informations de santé sont enregistrées. Elles permettent la prise en charge de vos propres soins.

Vos données peuvent aussi servir à la recherche, afin de trouver des solutions qui améliorent la santé de tous. Ce sont vos données, et celles d'autres personnes qui ensemble sont étudiées pour améliorer la connaissance sur les maladies, et mieux les traiter.

C'est pourquoi le CHU de Brest mène cette étude.

Cette notice est là pour vous fournir toutes les informations : les objectifs poursuivis, les personnes qui la gèrent, les données qu'elle contient, les droits dont vous disposez.

Pour vous informer et gérer vos droits, vous pouvez retrouver toutes les études sur données et échantillons menées au CHU de Brest sur le portail de transparence :

<https://transparence.chu-brest.fr/>

Responsable scientifique

PR Alexis Philippe
Service d'urgence
CHU BREST

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge dans notre service d'urgence dans le cadre d'un accident de la voie publique entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024 au CHU de Brest. À ce titre, vos données de santé pourraient contribuer à une étude de recherche appelée BODYBREST.

1. Pourquoi cette étude ?

L'étude vise à évaluer la pertinence des bodyscanners réalisés chez les patients dans le cadre d'accidents de la voie publique à symptomatologie limitée (mono ou asymptomatique)

Cette étude n'entraîne aucune modification de vos soins ni de votre suivi médical. Elle repose uniquement sur l'analyse de données déjà présentes dans votre dossier médical.

2. Quelles données sont utilisées ?

Seules les données déjà collectées lors de votre prise en charge seront utilisées. Aucune information supplémentaire ne vous sera demandée. Elles sont pseudonymisées (codées, sans nom ni prénom) dès leur collecte et traitées de manières confidentielles pour cette étude nous recueillerons :

Votre âge au moment de votre passage, le type d'accident, et ses caractéristiques le nombre de régions cliniques atteintes, et de régions sans symptômes, les paramètres cliniques et biologiques recueillies au moment de votre venue ainsi que le résultat du scanner et la suite de votre visite.

3. Qui a accès à vos données ?

L'équipe de recherche du CHU de Brest, sous la responsabilité du Pr ALEXIS Philippe responsable scientifique et DOUBLIER Tiphaine, Interne d'urgences, coordinatrice de l'étude dans le cadre de sa thèse.

Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera publiée ou transmise.

4. Comment vos données sont-elles protégées ?

- Pseudonymisation : Vos données sont codées et ne contiennent pas votre identité.
- Accès restreint : Seuls les membres habilités de l'équipe de recherche y ont accès, via un système sécurisé.
- Conservation limitée : Vos données seront conservées 6 mois maximum après la fin de l'étude.

5. Quels sont vos droits ?

Vous pouvez, à tout moment et sans justification :

- Accéder à vos données et en obtenir une copie.
- Demander la correction d'une erreur dans vos données.
- Demander l'effacement de vos données (sous réserve des besoins de la recherche).
- Limiter temporairement l'utilisation de vos données.
- Vous opposer à l'utilisation de vos données

Merci de noter que vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour cette recherche dans la mesure où les analyses ne sont pas en cours ou réalisées.

Par conséquent sans expression de votre opposition dans **un délai d'un mois** après l'envoi de courrier ou la publication de cette note sur le portail de transparence du CHU de Brest, vos données pourront être recueillies pour la recherche

Exercer vos droits n'aura aucun impact sur votre prise en charge ou votre relation avec l'équipe médicale.

6. Comment exercer vos droits ou poser une question ?

Pour vous opposer ou poser une question :

- **Par email** : protection.donnees@chu-brest.fr
- **Via le portail de transparence** : <https://transparence.chu-brest.fr>
- **Par courrier** : CHU Brest – DPO 2 avenue Foch 29609 Brest
- **Contact direct** : PR/Dr Prénom Nom : mail

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la **CNIL** (www.cnil.fr) si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés.

7. Cadre réglementaire

Cette étude est menée dans le respect du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)** et des règles éthiques en vigueur. Elle a reçu les autorisations nécessaires et s'inscrit dans une **mission d'intérêt public**.

8. Collaborations futures

Vos données codées pourraient être partagées avec d'autres équipes de recherche uniquement dans le cadre de projets approuvés, sous réserve de votre droit d'opposition. En cas de transfert hors UE, le CHU garantit un niveau de protection équivalent à celui de l'Europe.

9. Comment participer et pourquoi votre participation est importante ?

Pour participer à cette étude vous n'avez rien à faire, sans opposition de votre part vos données seront recueillies, votre inclusion dans cette étude contribue à :

- **Améliorer les soins** pour les patients futurs.

Si vous souhaitez connaître les résultats de l'étude merci de contacter le responsable scientifique.

Merci pour votre confiance et votre contribution.

**Cordialement,
L'équipe du CHU de Brest**

Modèle de courrier (à transmettre, accompagné d'un justificatif d'identité) pour vous opposer :

Prénom/Nom : [Votre prénom et nom]

Date de naissance : [JJ/MM/AAAA]

Lieu de naissance : [Votre lieu de naissance]

☐ Je m'oppose à ce que mes données de santé soient utilisées pour l'étude BODYBREST

☐ Je m'oppose à ce que mes données personnelles soient utilisées pour des recherches ultérieures.

Contact pour l'accusé de réception : [votre email ou téléphone]

Date : [JJ/MM/AAAA]

Signature :

CAS 2 En tant que représentant, je m'oppose pour un proche, une personne protégée :

Je soussigné(e),

Nom usuel :

.....Prénom :.....

Identité de la personne pour laquelle je signe :

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Je signe pour cette personne en qualité de :

☐Témoin/tiers ☐Proche / personne de confiance ☐Tuteur ☐Curateur ☐
Parent

M'oppose à l'utilisation de ses données de santé pour cette recherche : ☐ **oui**

Date :/...../.....

Signature :