

Note d'information

Etude UrgOdont

Evaluation des urgences odontologiques hospitalières au CHU de Brest sur une période d'un an (2024)

Responsable de traitement : CHU BREST

Cette note 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.

Lorsque vous consultez au CHU, 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, ainsi que celles d'autres personnes, qui sont étudiées ensemble pour améliorer la connaissance sur les maladies.

Cette note 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 menées au CHU sur le portail de transparence du CHU de Brest : <https://transparence.chu-brest.fr/>

Responsable scientifique

Pr ARBAB CHIRANI REZA
Service d'Odontologie
CHU de Brest

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge dans notre service d'[urgence dentaire du CHU de Brest](#) entre le [01/01/2024](#) et le [31/12/2024](#). À ce titre, vos données de santé peuvent contribuer à une étude de recherche appelée UrgOdont. Cette note a pour but de vous informer sur cette étude, l'utilisation de vos données, et vos droits.

1. Pourquoi cette étude ?

L'étude UrgOdont vise à :

- Déterminer les profils des patients consultant en urgence odontologique au CHU de Brest sur une année
- Déterminer les motifs de consultations
- Déterminer les améliorations possibles

[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. Vos données seront pseudonymisées (codées, sans nom ni prénom) dès leur collecte et traitées de manière confidentielle.

Pour cette étude nous recueillerons :

[Données : âge, sexe, antécédents médicaux](#)

[Motif de consultation : raison pour laquelle vous avez été pris\(e\) en charge](#)

3. Qui a accès à vos données ?

- L'équipe de recherche du CHU de Brest, sous la responsabilité du Pr ARBAB CHIRANI REZA

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 1 an maximum après la fin de l'étude.
- Sécurité renforcée : Les analyses sont réalisées dans un environnement protégé.

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

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour cette recherche, à condition que les analyses ne soient pas déjà en cours ou terminées.

Par conséquent sans expression de votre opposition dans **un délai d'un mois** après l'envoi de cette note ou sa publication 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 ?

Pour vous opposer ou poser une question :

- **Par email auprès du délégué à la protection des données** : 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
- **Par mail auprès du porteur du projet**: Pr ARBAB CHIRANI REZA reza.arbabchirani@chu-brest.fr

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. Pourquoi votre participation est importante ?

Même sans action de votre part, votre inclusion dans cette étude contribue à améliorer les soins pour les patients futurs.

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 **UrgOdont**
- ☐ 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 :