

**Note d'information pour la participation
à une Base de Volontaires**

Médecin Investigateur:

Nom: Docteur Marie GRALL BRONNEC
Service: Service d'Addictologie – Unité d'Investigation Clinique Addictions Comportementales (UIC 18)
Adresse : Pôle Universitaire d'Addictologie et Psychiatrie
CHU de Nantes – Hôpital Saint Jacques
Bâtiment Louis Philippe – section 0
85, rue de saint Jacques
44093 Nantes cedex 1
Téléphone: 02 40 84 76 20

Responsable de la recherche

Nom : CHU de Nantes
Adresse : 5 Allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Principaux contacts : Secrétariat de l'UIC Addictions Comportementales (UIC 18)
Téléphone : 02 40 84 76 20

Ce document est remis au volontaire.

Un exemplaire est conservé par l'Unité d'Investigation Clinique Addictions Comportementales.

Madame, Monsieur,

L'Unité d'Investigation Clinique Addictions Comportementales et Troubles Complexes de l'Humeur du CHU de Nantes est à l'initiative de la création d'une Base de Volontaires, sous la responsabilité médicale du Professeur Marie GRALL BRONNEC.

L'objectif de cette base est de pouvoir conserver les coordonnées des personnes contactant le service pour participer à un protocole de recherche. Les volontaires ayant accepté d'intégrer la base pourront recevoir par mail, téléphone ou courrier postal des propositions de participation à des protocoles de recherche.

Cette Base de Volontaires est réalisée à partir de quelques données personnelles, médicales et relatives à vos habitudes de jeu collectées grâce aux réponses que vous apporterez au questionnaire joint.

Les données vous concernant seront conservées dans la Base de Volontaires tant que vous l'acceptez.

Aucune de vos réponses au questionnaire ne seront rendues anonymes, vous serez clairement identifiable dans la Base de Volontaires (nom, prénom, adresse).

Cette Base ne présente pas de risque pour votre santé. Aucune analyse des données présentes dans cette Base ne sera réalisée.

Pour être menée à bien, cette Base de Volontaires nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de cette Base auront connaissance de vos données nominatives.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, à l'effacement (ou "droit à l'oubli"), de portabilité et de limitation du traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France).

Pour toute question concernant cette base, le retrait de consentement, ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès rectification, etc...), vous pouvez contacter le médecin en charge de cette base aux coordonnées mentionnées au début de ce document, ou en envoyant un mail à bp-volontairesuic18@chu-nantes.fr.

Pour toute question générale sur la protection de vos données, vous pouvez envoyer un courrier à l'établissement responsable de la recherche à l'adresse suivante : CHU de Nantes, direction de la recherche, 5 allée de l'île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1, ou adresser un mail au Délégué à la protection des Données (DPO) à vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr."

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de faire partie de cette Base de Volontaires qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier.

Le médecin qui vous a proposé d'intégrer la Base de Volontaires et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

A compléter par le volontaire

Prénom/Nom :

J'atteste être majeur lors de mon inscription dans la Base de Volontaires du Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de NANTES

J'accepte que mes données nominatives soient enregistrées dans la Base de Volontaires et de recevoir des propositions de participation à des protocoles de recherche : **oui** **non**

Date :

Merci de conserver cette notice d'information