**Formulaire B  
Description de projet et demande d’attribution de droits de consultation des bases de données de l’Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) du SNDS**

**V 31/08/2018**

**Ce formulaire est à envoyer signé et scanné à :** [snds@inserm.fr](mailto:snds@inserm.fr)

**Identification du demandeur**

**Identité du demandeur *(tous les champs sont obligatoires)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  | |
| Unité INSERM – adresse |  | |
| Nom du responsable hiérarchique (responsable d’équipe Inserm ou directeur d’unité Inserm) |  | |
| Statut du demandeur dans l’unité | Chercheur | Ingénieur de recherche / Ingénieur d’étude |
|  | Post-doctorant | étudiant en master |
|  | Doctorant | autre, précisez : |
| Employeur  (ex Inserm, Université) | public, précisez lequel : | privé, précisez lequel :  (dans ce cas une copie du contrat de prestation vous liant à l’unité Inserm sera demandée) |
| Source de financement du poste du demandeur si différent | public, précisez laquelle : | privé, précisez laquelle : |

**Coordonnées du demandeur et de son responsable hiérarchique Inserm (tous les champs sont obligatoires)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Demandeur** | **Responsable hiérarchique\*** |
| Email |  |  |
| Coordonnées téléphoniques |  |  |

***\**** *responsable d’équipe Inserm ou directeur d’unité Inserm du demandeur.*

**Demande d’accès au(x) profil(s) bordereau(x) EGB**

**Les profils bordereaux du SNDS souhaités :**

**(Attribution des profils pour une durée maximale de 5 ans renouvelable)**

Description des profils disponibles pour les équipes de l’Inserm :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **n° profil** | **Type** | **Nb identifiants potentiels** | **Accès et logiciel** |
| 13 | Données agrégées bénéficiaires et agrégées PS | 0 |  |
| 14 | Données agrégées bénéficiaires, individuelles anonymes PS | 0 |  |
| 9B | Données agrégées bénéficiaires et agrégées PS, | 0 | DAMIR – SAS Guide |
| 17 | EGB Données individuelles bénéficiaires, individuelles anonymes PS, | 1 | EGB – SAS Guide |
| 17C | EGB Données individuelles bénéficiaires, individuelles anonymes PS | 2 | EGB – SAS Guide |

*Tous ces profils concernent des données dont le périmètre est inter régimes avec visibilité nationale*

**Attention :** Les profils bordereaux demandés doivent correspondre aux stricts besoins du projet d’étude déclaré ci-après. En particulier, l'accès au profil 17C avec croisement d'identifiants potentiels doit être argumenté.

Cette demande d’attribution de profil(s) pourra faire l’objet d’une demande de complément d’information sur le projet d’étude ou d’un refus si la demande de profil(s) ne correspond pas aux besoins de l’étude.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n° profil(s) bordereaux** | **Déjà attribué ou en cours\* ?** | **Date de début**  (si déjà attribué ou en cours) | **Date de fin**  (si déjà attribué ou en cours) | **Date de début**  (Début souhaité de l’accès pour le projet décrit ci-après) | **Date de fin**  (Fin souhaitée de l’accès pour le projet décrit ci-après) |  | **Demande de prolongation des droits\*\***  (nouvelle date de fin) |
| 13 | Oui / non |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Oui / non |  |  |  |  |  |  |
| 9B | Oui / non |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Oui / non |  |  |  |  |  |  |
| 17C | Oui / non |  |  |  |  |  |  |

\* *rayer la mention inutile.  
\*\*en cas demande de prolongation des droits, le formulaire B doit être daté et signé par le demandeur et son responsable hiérarchique à la date de demande de prolongation des droits.*

**Description du projet d’étude motivant la demande d’accès à l’EGB**

**Projet d’utilisation de l’EGB motivant la demande d’accès à l’EGB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intitulé du Projet | Date de début | Date de fin | Source de financement du projet  (privée ou publique) |
|  |  |  |  |

**Pour toutes les demandes** d’extraction de l’EGB dans le cas d’un projet **incluant un financement privé**, il est demandé de fournir un protocole complet un mois avant l'accès aux données. Le commanditaire de l'étude **doit être** l'Inserm.

**Description du PROJET (préciser clairement votre besoin d’utilisation des données de l’EGB)**

|  |
| --- |
| **Contexte / Justification du projet**  **Objectif général**  **Objectifs secondaires**  **Schéma d’étude** (Ex : étude observationnelle transversale entre juillet 2014 et juin 2015)  **Justification de la durée de l’étude (retro-planning)** |

**Méthodes et variables utilisées**

|  |
| --- |
| **Définition de la population d’étude**  **Critères d’inclusion**  **Définition et mesure des événements étudiés**  **Variables utilisées**  **Méthodes statistiques utilisées** |

**Le demandeur habilité\* :**Le Président Directeur-Général de l’Inserm a délégué son pouvoir d’Autorité d’Enregistrement (AE) à des Autorités d’Enregistrement Déléguées (AED).

**Le demandeur s’engage à signaler aux Autorités d’Enregistrement Déléguées (par mail à** [snds@inserm.fr](mailto:snds@inserm.fr)**) :**  
- Tout changement administratif dans ses fonctions (changement de projet, fin de projet, fin d’utilisation des données du SNDS, changements d'affectation dans l'unité concernée…) pouvant impacter les droits d’utilisation,  
- Tout particulièrement tout départ au plus tard une semaine avant celui-ci,  
- Tout projet d’exploitation des données de l’EGB ainsi qu’à lui en fournir le résumé du protocole, ou le protocole complet si le financement inclut une source privée.

Le demandeur déclare avoir pris connaissance, avoir signé, et s’engage à respecter les Conditions Générales d’Utilisation (CGU) du SNDS.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fait à le …/… /…**

**Nom, prénom :   
Signature :**

\*ayant suivi les formations Architecture et données du SNDS et EGB dispensées par la CNAM.

**Le Responsable hiérarchique Inserm\* :**  
Le responsable hiérarchique Inserm déclare que les informations renseignées dans le présent document sont correctes et que le demandeur habilité est bien un personnel de son unité/équipe Inserm (employé de son unité/équipe Inserm, étudiant ayant signé une convention de stage ou de doctorat avec son unité/équipe Inserm ou prestataire sous contrat et agissant pour le compte de son unité/équipe Inserm).  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fait à le …/… /…**

**Nom, prénom :   
Signature :**

\* responsable d’équipe Inserm ou directeur d’unité Inserm du demandeur.