

**NOTICE D'INFORMATION ET FICHE
DE CONSENTEMENT**

**ENQUÊTE « INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS UN
CONTEXTE D'URBANISATION CROISSANTE EN
AFRIQUE DE L'OUEST »**

**ROUND 2 DE L'OBSERVATOIRE
DE POPULATION DE OUAGADOUGOU**

Novembre 2009

PARTIE I : NOTICE D'INFORMATION

1. INTRODUCTION

Je m'appelleet je travaille dans le cadre de **l'Observatoire de Population de Ouagadougou** mis en place par l'Institut supérieur des Sciences de Population de l'Université de Ouagadougou (ISSP/UO), auquel votre ménage a accepté de participer. Comme vous le savez, nous avons d'abord relevé la liste des habitants de tous les ménages de votre quartier. Puis nous sommes venus vous voir à nouveau pour prendre des informations sur les changements intervenus dans votre ménage (union, grossesse, décès, naissance, arrivée, départ) depuis notre premier passage, et sur vos conditions de vie et de logement. Nous repassons aujourd'hui pour actualiser ces informations, et nous le ferons à l'avenir tous les six mois, et ce au moins jusqu'à 2012.

Au cours de ce passage, nous menons en plus une opération spéciale : nous avons sélectionné un certain nombre de ménages parmi tous les ménages pour poser des questions plus détaillées sur la santé de ses habitants. L'objectif de cette enquête sur la santé est de documenter des problèmes de santé spécifiques au milieu urbain africain qui restent mal connus des décideurs au niveau national et international : les problèmes de santé liés à l'alimentation et au mode de vie, les problèmes de stress, les problèmes d'accès à des soins de qualité et abordables, les problèmes liés aux accidents et aux violences, les problèmes de santé liés à la salubrité des voisinages, les problèmes de santé des personnes âgées qui sont de plus en plus nombreuses en ville, les problèmes des grossesses non prévues et de la contraception. En partageant ces résultats avec les décideurs, nous espérons attirer leur attention sur ces problèmes, et favoriser la mise sur pied et le test de programmes qui pourront vous toucher directement.

2. DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE

Nous voudrions vous inviter à participer à cette enquête sur la santé qui ne concerne que ce passage (elle ne se répétera pas au cours des passages suivants). Votre ménage a été sélectionné au hasard parmi les ménages du quartier, et nous voudrions solliciter la participation des membres de votre ménage. Nous voudrions poser des questions sur la santé de tous les enfants âgés de 5 ans ou moins dans le ménage à une personne qui en à la

charge, et nous voudrions discuter personnellement avec toutes les personnes de votre ménage âgés de 15 ans et plus (OU : 50 ans et plus dans certains ménages). L'entretien dure 10 minutes environ par enfant, 30 minutes environ pour les adultes de 15 à 49 ans et environ 1 heure pour les personnes de 50 ans et plus. En plus des questions sur votre santé, nous aimerions prendre le poids, la taille et le tour de bras des enfants, et le poids, la taille, le tour de taille et la tension de toutes les personnes de 15 ans et plus (OU : 50 ans et plus dans certains ménages).

3. RISQUES ET BÉNÉFICES

Risques

Il n'y a pas de risques à répondre à nos questions. Cependant, des émotions ou des stress peuvent survenir au cours des questions sur votre état de santé et celui de vos enfants.

Bénéfices pour vous

Nous n'octroyons aucune somme ou aucun présent en échange de votre participation à cette étude. Cependant, vos bénéfices indirects sont les suivants :

- 1) Nous transmettrons les informations collectées aux décideurs, ce qui leur permettra, nous l'espérons, de mettre en place des politiques appropriées aux problèmes rencontrés.
- 2) Par ailleurs, vous pourrez bénéficier des interventions de santé qui pourraient être mises en place dans la zone d'étude.
- 3) Nous vous ferons part d'ici un certain temps de nos résultats, ce qui vous permettra de prendre éventuellement certaines mesures pour améliorer votre santé.
- 4) Nous vous communiquerons tout de suite votre poids, taille, tour de taille, périmètre brachial et tension, et nous vous indiquerons si ces mesures signifient qu'il vous faut aller consulter pour malnutrition (enfants) ou hypertension (adultes).

Bénéfices pour nous

Cette étude permettra aux chercheurs impliqués de produire de nouvelles connaissances scientifiques sur les problèmes sanitaires des populations urbaines africaines, d'échanger ces connaissances avec leurs collègues à l'étranger, et d'enrichir le savoir scientifique transmis aux étudiants.

4. CONFIDENTIALITÉ

Nous prenons les mesures suivantes pour assurer le respect de la confidentialité quant à votre participation à l'étude et sur le contenu de vos réponses :

- Chacun de nos enquêteurs signe un engagement de confidentialité (engagement signé avec information sur le risque pénal et financier encouru à partir de la loi sur le secret statistique) ;
- L'accès aux bases de données sera limité strictement à l'usage scientifique et aucun nom ni signe susceptible de faire reconnaître un ménage ne sera utilisé.

5. DIFFUSION DES RÉSULTATS

Les résultats de l'étude sur la santé seront présentés :

- aux populations qui font partie de l'Observatoire
- aux décideurs publics et autres partenaires
- au cours des différents fora scientifiques nationaux et internationaux ; les résultats serviront aussi à écrire des articles scientifiques qui seront publiés dans des revues nationales et internationales.

Dans aucune de ces restitutions, il ne sera fait mention de votre identité ou de toute déclaration susceptible de vous reconnaître. Les informations divulguées seront totalement anonymes.

⇒ **Avez-vous des questions à poser ?**

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous n'êtes pas obligé de prendre part à l'enquête santé si vous ne le souhaitez pas. Votre participation à ces passages est libre et volontaire. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez aussi décider d'arrêter l'entretien à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions sans fournir d'explication. Le fait de ne pas participer n'entraîne aucune sanction quelconque et n'affecte aucunement vos recours aux services de santé dans la ville de Ouagadougou. Votre participation est très importante pour nous, car nous avons sélectionné votre ménage pour participer.

PARTIE II : CERTIFICAT DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné **Mr/Mme (prénom nom)** _____, résidant dans le ménage **numéro** _____, atteste avoir reçu des informations détaillées sur l'enquête santé qui a lieu au cours de ce passage de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) ; cette étude est menée par l'Institut supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université de Ouagadougou. Je confirme que l'opportunité m'a été offerte de poser des questions relatives à cette étude sur la santé et que j'ai entièrement compris les explications qui m'ont été données.

J'ai connaissance des contraintes de temps liées à ma participation et que certaines des informations que je dois fournir sont sensibles, mais que la confidentialité de ces informations sera garantie par les responsables de l'OPO. J'ai été informé qu'il n'y a aucun risque ou bénéfice direct lié à ma participation à cette étude, que ma participation est volontaire et que je peux arrêter l'entretien à tout moment si je le veux. Il m'a été donné le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'un chercheur qui peut être facilement contacté au besoin.

Je soussigné certifie accepter de participer à l'enquête santé /___/
J'accepte de participer à l'enquête mais je refuse de signer ce certificat /___/

Date : (jour/mois/année) _____

Signature: _____

Si le signataire est âgé de plus de 15 ans mais n'a pas atteint la majorité :

Je, soussigné **Mr/Mme (prénom nom)** _____, tuteur de la personne précitée, atteste l'autoriser à participer à l'enquête santé.

J'accepte qu'elle participe à l'enquête mais je refuse de signer ce certificat /___/

Date : (jour/mois/année) _____

Signature: _____

Personne obtenant le consentement :

Nom de l'investigateur : _____

Signature de l'investigateur : _____

Date : (jour/mois/année) _____

Le répondant ou son tuteur reçoit une copie du Certificat de Consentement.

QUI CONTACTER POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS ?

1. M. Banza BAYA, directeur adjoint de l'ISSP, Université de Ouagadougou
Tél : 50 30 25 58/59 ou 70 21 00 55
2. M. Abdramane Soura, chercheur à l'ISSP, Université de Ouagadougou,
Tél : 50 30 25 58/59 ou 70 02 2 32

Vous pouvez aussi vous contacter le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso :

03 BP 7009 Ouagadougou 03 Burkina Faso

Tél : 50 32 62 84/ 70 27 31 75

Ministère de la Santé, Ouagadougou

SI LE RÉPONDANT NE SAIT PAS LIRE LE FRANÇAIS

Je (**prénom nom**) _____ suis témoin de la signature du certificat de consentement de participation à l'étude santé de « Observatoire de Population de Ouagadougou de **Mr/Mme (prénom nom)** _____, habitant du ménage **numéro** _____.

L'intéressé atteste avoir reçu des informations détaillées à propos de cette étude menée par l'Institut supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université de Ouagadougou. Il confirme que l'opportunité lui a été offerte de poser des questions et qu'il a entièrement compris les explications qui lui ont été données.

L'intéressé a connaissance des contraintes de temps liées à sa participation à l'étude et que certaines des informations qu'il doit fournir sont sensibles, mais que la confidentialité de ces informations sera garantie par les responsables de l'OPO. Il a été informé qu'il n'y a aucun risque ou bénéfice direct lié à sa participation à cette étude, que sa participation est volontaire et qu'il peut arrêter l'entretien à tout moment s'il le veut. Il lui est donné sur cette page le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'un chercheur qui peut être facilement contacté au besoin.

Je soussigné certifie que l'intéressé accepte de participer à cette étude / ___/

Je soussigné certifie que l'intéressé accepte de participer à l'étude mais refuse de signer ce certificat / ___/

Date : (jour/mois/année) _____

Signature du témoin: _____

Signature de l'intéressé: _____

Si le signataire est âgé de plus de 15 ans mais n'a pas atteint la majorité :

Je, soussigné **Mr/Mme (prénom nom)** _____,

tuteur de la personne précitée, atteste l'autoriser à participer à l'enquête santé.

J'accepte qu'elle participe à l'enquête mais je refuse de signer ce certificat / ___/

Date : (jour/mois/année) _____

Signature: _____

Personne obtenant le consentement :

Nom de l'investigateur : _____

Signature de l'investigateur : _____

Date : (jour/mois/année) _____

Le répondant reçoit une copie du Certificat de Consentement.

QUI CONTACTER POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS:

1. M. Banza BAYA, directeur adjoint de l'ISSP, Université de Ouagadougou
Tél : 50 30 25 58/59 ou 70 21 00 55
2. M. Abdramane Soura, chercheur à l'ISSP, Université de Ouagadougou,
Tél : 50 30 25 58/59 ou 70 02 2 32

Vous pouvez aussi vous contacter le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso :

03 BP 7009 Ouagadougou 03 Burkina Faso

Tél : 50 32 62 84/ 70 27 31 75, Ministère de la santé, Ouagadougou