**[INSTITUTION NAME]**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CHEF DE MÉNAGE**

**Titre de l’étude :** [INSÉRER LE PAYS] Enquête sur les comportements face au paludisme

**Investigateur principal :** [INSÉRER LE NOM]

**N° IRB :** [INSÉRER LE NUMÉRO IRB]

**Date de la version de l’IP :** [INSÉRER LE NUMÉRO DE VERSION DU PROTOCOLE IRB ET LA DATE DE LA VERSION DU PROTOCOLE]

[Salutations] Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je suis ici aujourd’hui au nom de (NOM DU CABINET DE RECHERCHE) et du Centre des programmes de communication de l’Université Johns Hopkins. Nous cherchons à en savoir plus sur ce que les personnes de cette communauté savent, croient et font à propos du paludisme. Votre ménage a été choisi de manière aléatoire pour y participer.

**PROCÉDURES**

Si vous acceptez de participer à l’étude, nous vous poserons des questions sur les biens du ménage, les personnes qui font partie de votre ménage, les services de santé qu’utilisent les membres de ce ménage, les moustiquaires disponibles dans votre ménage, la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, et les sources d’eau. Nous demanderons à voir toutes les moustiquaires que vous avez dans votre ménage, qu’elles soient suspendues ou non. Si les moustiquaires sont suspendues, avec votre permission, nous pourrions avoir besoin d’entrer dans les chambres pour les inspecter. Nous ferons également une liste de tous les membres adultes de ce ménage. À partir de cette liste, nous sélectionnerons toutes les femmes âgées de 18 à 49 ans pour un entretien. Si votre ménage est choisi pour l’interview d’un homme, nous interrogerons un homme de votre ménage âgé de 18 à 59 ans. Nous utiliserons ceci [MONTRER À L’ENQUÊTÉ(E) L’OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES] pour obtenir vos réponses.

Nous n’enregistrerons nulle part votre nom complet ni votre adresse — vous et votre ménage serez identifiés uniquement par un numéro d’identification dans nos données. Vos réponses ne seront pas partagées avec qui que ce soit en dehors de l’équipe de l’étude. Nous ne partagerons pas non plus avec vous les réponses des autres personnes que nous interrogerons dans ce ménage. Si nous partageons les données de cette étude en dehors de l’équipe des données, vous ne serez pas identifié(e). Les informations que vous nous fournirez seront conservées sur des appareils et seuls les membres de l’équipe de l’étude ayant le mot de passe pourront voir ces informations. Nous enregistrerons les prénoms ou les surnoms des personnes qui font partie de votre ménage pour faciliter l’entretien, mais nous ne retiendrons pas ces informations dans les données. Si vous signez ce formulaire, il sera conservé dans une pièce qui ferme à clé, séparément des réponses que vous fournirez. Vous n’êtes pas obligé(e) de participer à cette étude si vous ne le souhaitez pas. Si vous décidez d’y participer, vous pouvez décider de ne pas répondre à toute question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, ou vous pouvez mettre fin à l’étude à tout moment. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre si vous décidez de ne pas y participer ou si vous décidez d’arrêter l’étude.

**RISQUES/DÉSAGRÉMENTS**

Il n’y a aucun risque physique lié à la participation à cette étude. Il est possible que certaines questions que nous poserons puissent vous mettre mal à l’aise ou dans l’embarras, mais nous ferons en sorte que nous parlions dans un endroit où vous vous sentirez à l’aise pour le faire. Il y a un petit risque que quelqu’un puisse apprendre vos réponses, mais nous ferons tout notre possible pour nous assurer que cela n’arrive pas. L’entretien d’aujourd’hui avec vous durera environ 35 minutes, et peut-être même moins.

[MODIFIER CE PARAGRAPHE SELON LE CONTEXTE PERTINENT] Conformément aux consignes de sécurité liées au coronavirus, nous vous demandons de porter votre masque facial pendant toute cette interaction. Nous identifierons un espace extérieur privé si possible, qui nous permettra de maintenir une distance physique de 2m/6ft entre nous. Nous allons tous les deux nous laver les mains avec de l'eau et du savon (si disponible) et nous avons également un désinfectant pour les mains à utiliser.

**PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES**

Les informations recueillies dans cette étude ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Les données peuvent être partagées avec d'autres personnes en dehors du personnel de l'étude, mais uniquement d'une manière qui ne révélera pas qui vous êtes. Vous ne serez pas identifié personnellement dans les publications résultant de cette étude.

**AVANTAGES**

Le fait de répondre aux questions ne vous apportera aucun bénéfice direct. Toutefois, les informations que vous fournirez nous aideront à savoir si les programmes actuels de prévention contre le paludisme en [INSÉRER LE PAYS] fonctionnent bien, et également à mettre au point des programmes futurs axés sur le paludisme, ce qui bénéficiera aux populations de [INSÉRER LE PAYS] en général.

**QUI DEVRIEZ-VOUS APPELER EN CAS DE QUESTIONS OU DE PROBLÈMES ?**

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant cette étude, vous pouvez contacter [INSÉRER LE NOM DU CONTACT LOCAL, LE TITRE, L'INSTITUTION ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE]. Vous pouvez également contacter [INSÉRER LE NOM DU CISR LOCAL QUI A APPROUVÉ L'ÉTUDE] si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant à l'étude. Contactez-les si vous sentez que vous n'avez pas été traité équitablement ou si vous avez d'autres préoccupations. Leurs coordonnées sont : [INSÉRER LE NOM DU CISR LOCAL QUI A APPROUVÉ L'ÉTUDE, LEUR ADRESSE, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET ADRESSE E-MAIL]

**AUTORISATION DE POURSUIVRE**

Acceptez-vous de participer à cet entretien? Oui Non

Si la réponse est non, remercier la personne et mettre fin à la session.

Si la réponse est oui, demander à la personne d’écrire son nom, de signer le document et d’apposer la date d’aujourd’hui ci-dessous :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’enquêté(e) en lettres capitales Signature de l’enquêté(e) Date

*Si le participant est incapable de lire ou d'écrire et de fournir une signature ci-dessus, et si cela est culturellement approprié, demandez-lui de marquer une « empreinte du pouce gauche » dans la case ci-dessous. De plus, obtenez la signature d'un témoin qui est en mesure de confirmer que le processus de consentement éclairé a été correctement mené.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du témoin (nom en caractères d'imprimerie) Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’enquêteur en lettres capitales Signature de l’enquêteur Date