

**FORMULAIRE DE DECLARATION DE LA FIN D'UNE RECHERCHE BIOMEDICALE PORTANT
 SUR UN MEDICAMENT A USAGE HUMAIN AUPRES DE L'AGENCE FRANCAISE DE
 SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE ET D'UN COMITE DE PROTECTION DES
 PERSONNES**

FFE
 280806

**PARTIE A COMPLETER PAR L'AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE
 SANTE (Afssaps) / LE COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP)**

Date de réception de la déclaration :

Référence attribuée par l'Afssaps :

Référence attribuée par le CPP :

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

A. ETAT MEMBRE DANS LEQUEL LA DECLARATION EST SOUMISE : FRANCE

B. IDENTIFICATION DE L'ESSAI CLINIQUE

B.1 Numéro EudraCT : 2008-008369-37

B.2 Numéro de code du protocole de l'essai attribué par le promoteur : C08-35

B.3 Titre complet de l'essai clinique : Un placebo peut il améliorer l'apprentissage d'une habileté motrice manuelle du sujet sain? Comparaison avec la paroxétine

C. IDENTIFICATION DU DECLARANT (cocher les cases appropriées)

C.1 DECLARANT AUPRES DE L'AFSSAPS

C.1.1 Promoteur ☒

C.1.2 Représentant légal du promoteur ☒

C.1.3 Personne ou organisme délégué par le promoteur pour soumettre la demande ☐

C.1.4 **Compléter ci-après :**

C.1.4.1 Organisme : Inserm

C.1.4.2 Nom de la personne à contacter : Sonia GUEGUEN

C.1.4.3 Adresse : 8 rue de la Croix Jarry - 75013 Paris

C.1.4.4 Numéro de téléphone : 01.44.23.60.47

C.1.4.5 Numéro de télécopie : 01.44.23.67.10

C.1.4.6 Mél : rqr.c.siege@inserm.fr

C.2 DECLARANT AUPRES DU CPP

C.2.1 Promoteur ☐

C.2.2 Représentant légal du promoteur ☐

C.2.3 Personne ou organisme délégué par le promoteur pour soumettre la demande ☐

C.2.4 Investigateur chargé de soumettre la demande, si applicable¹

• Investigateur coordonnateur (en cas d'essai multicentrique)

• Investigateur principal (en cas d'essai monocentrique)

C.2.5 **Compléter ci-après :**

C.2.5.1 Organisme :

C.2.5.2 Nom :

C.2.5.3 Adresse :

C.2.5.4 Numéro de téléphone :

C.2.5.5 Numéro de télécopie :

C.2.5.6 Mél :

¹ Selon les dispositions législatives nationales.

D. FIN DE L'ESSAI

D.1	S'agit-il de la fin de l'essai en France ?	☒ oui	☐ non
D.1.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) : 13/05/2011		
D.2	S'agit-il de la fin de l'essai dans tous les pays concernés ?	☒ oui	☐ non
D.2.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) : 13/05/2011		
D.3	S'agit-il d'un arrêt anticipé de l'essai ?	☐ oui	☒ non
D.3.1	Si oui, préciser la date (JJ/MM/AAAA) :		
D.3.2	Quels sont les motifs de l'arrêt anticipé ?		
D.3.2.1	Sécurité	☐ oui	☐ non
D.3.2.2	Manque d'efficacité	☐ oui	☐ non
D.3.2.3	Essai non débuté	☐ oui	☐ non
D.3.2.4	Autre	☐ oui	☐ non
D.3.3	Si oui à l'une des questions ci-dessus, apporter les précisions suivantes, brièvement, en pièce jointe à ce formulaire (texte libre) :		
D.3.3.1	la justification de l'arrêt anticipé de l'essai ;		
D.3.3.2	le nombre de personnes en France recevant le traitement au jour de l'arrêt anticipé de l'essai et la prise en charge envisagée de ces personnes ;		
D.3.3.3	les conséquences de l'arrêt anticipé au regard de l'évaluation des résultats et de l'évaluation du rapport des bénéfices et des risques du médicament expérimental.		

E. SIGNATURE DU DECLARANT EN FRANCE

E.1	Par la présente, j'atteste / j'atteste au nom du promoteur (biffer la mention inutile) que : • les informations fournies ci-dessus à l'appui de cette déclaration sont exactes ; • un résumé du rapport final de l'essai sera transmis à l'Afssaps dès que possible et au plus tard 1 an après la fin de l'essai dans tous les pays concernés.		
E.2	DECLARANT AUPRES DE L'AFSSAPS (tel qu'indiqué en C.1)	☒	
E.2.1	Date : 18/02/2014		
E.2.2	Signature : 		
E.2.3	Nom : Sonia GUEGUEN		
E.3	DECLARANT AUPRES DU CPP (tel qu'indiqué en C.2)	☐	
E.3.1	Date :		
E.3.2	Signature :		
E.3.3	Nom :		