\* **Instructions** : Toutes les annotations en rouge doivent être effacées avant d’envoyer votre document au CER en réadaptation et en déficience physique. Ce canevas vise à vous guider dans la rédaction du formulaire de consentement pour votre projet. Certaines rubriques de ce canevas peuvent ne pas être applicables pour le type de projet de recherche que vous effectuez. Le cas échéant, vous n’avez pas à les inclure dans votre formulaire de consentement. Vous êtes invité à adapter le contenu des rubriques à votre projet de recherche. Il est fortement recommandé que vous consultiez le « [Guide de rédaction destiné aux cherche](http://www.recherche.umontreal.ca/fileadmin/user_upload/Ethique_humaine/CERES/Guide_FCLE.pdf)urs » afin de rédiger votre formulaire de consentement selon les exigences de notre CÉR et de respecter les principes éthiques en vigueur.

**\*\* Important :** Une attention particulière doit être portée à la **qualité du français** ainsi qu’au **langage utilisé** dans la rédaction du formulaire de consentement afin de s’assurer de la compréhension réelle du participant.

\*\*\* Le présent texte est libre de droit d’auteur. Vous pouvez donc reprendre intégralement les différentes formulations qui se retrouvent dans le document, sans être accusé de plagiat.

# 

# Lorsqu’un seul CISSS/CIUSSS impliqué : insérez son logo

**SI PLUS DE DEUX ÉTABLISSEMENTS,**

**INSÉRER LE LOGO « QUÉBEC-Drapeau » ci-dessous**

**et ajouter une rubrique « établissements partenaires**

**La taille des logos devrait être uniformisée**

# 

# Formulaire d’information et de consentement

(si plusieurs formulaires, spécifier à quelle clientèle ils sont destinés)

1. **Titre du projet**

Inscrire le titre du projet

1. **Responsable(s) du projet**

Prénom et nom

Statut/Occupation

Affiliation universitaire ou institutionnelle

Téléphone

Courriel

S’il y a plus d’un chercheur principal, inscrire cette information pour chacun d’eux. Aussi, afin de ne pas confondre certains participants qui pourraient croire que le chercheur principal est médecin, ne pas apposer le titre Dr devant son nom, mais plutôt inscrire Ph.D. après celui-ci.

Le CÉR recommande fortement d’éviter l’utilisation des coordonnées téléphoniques personnelles afin de préserver la vie privée des responsables du projet. Les coordonnées institutionnelles devraient être si possible priorisées.

Dans le cas d’un projet étudiant, assurez-vous d’inclure le nom du chercheur responsable et ceux des étudiants impliqués à la présente rubrique.

1. **Collaborateurs**

Prénom et nom

Statut/Occupation

Affiliation universitaire ou institutionnelle

Téléphone

Courriel

S’il y a plus d’un collaborateur, inscrire cette information pour chacun d’eux. S’il n’y en a pas, omettre cette rubrique.

Aussi, afin de ne pas confondre certains participants qui pourraient croire que le chercheur principal est médecin, ne pas apposer le titre Dr devant son nom, mais plutôt inscrire Ph.D. après celui-ci.

Le CÉR recommande fortement d’éviter l’utilisation des coordonnées téléphoniques personnelles afin de préserver la vie privée des responsables du projet. Les coordonnées institutionnelles devraient être si possible priorisées.

1. **Établissements partenaires**

Lorsque plusieurs établissements sont impliqués, veuillez les mentionner ici et mettre le logo « Québec-Drapeau » sur la première page.

Si un seul établissement n’est impliqué, veuillez supprimer cette rubrique.

1. **Organisme subventionnaire**

Ce projet de recherche est financé par :

Ou

Ce projet de recherche n’est pas financé.

1. **COMMERCIALISATION**

Dans le cas d’un projet impliquant la commercialisation d’un produit ou l’implication d’une compagnie privée faisant la commercialisation de produits, voici le texte suggéré :

Votre participation pourrait contribuer à la création de produits commerciaux ou à la commercialisation plus large de produits existants. Vous n’aurez cependant pas droit au partage d’éventuelles retombées économiques.

Si cela ne s’applique pas, veuillez retirer la rubrique.

1. **Préambule**

Texte suggéré :

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. **Description du projet et de ses objectifs**

Texte suggéré :

Le projet vise à étudier, évaluer…, (Brève description du projet, de sa nature, de son envergure et de la clientèle ciblée).

Les objectifs de celui-ci sont :

* décrire les buts spécifiques du projet. La mention des hypothèses est à éviter, car ceci pourrait introduire un biais chez le participant.

1. **Nature de la participation**

Cette rubrique doit décrire aux participants l’éventail des étapes qu’ils devront suivre s’ils décident de participer à la recherche. À la suite de la lecture de cette rubrique, le participant doit comprendre ce qu’on attend de lui en termes de participation à la recherche. En outre, devraient y figurer :

* Le recours à des tests préliminaires pour évaluer l’admissibilité d’un futur participant;
* La mention du nombre de rencontres (durée de chacune d’elles et temps prévu pour les pauses) avec le participant de recherche et la description sommaire de chacune des tâches que le participant devra effectuer;
* Le lieu où se dérouleront les tâches expérimentales (incluant l’adresse civique);
* La période de suivi, le cas échéant (particulièrement lors d’une étude longitudinale);
* L’utilisation d’enregistrement vidéo ou audio, le cas échéant;
* La mention de la présence, le cas échéant, du double insu ou d’un groupe contrôle (explication de l’impact et des conséquences sur le participant);
* Si le chercheur est également un intervenant agissant auprès du participant, une distinction doit être établie à cet effet, surtout si le participant a un lien de dépendance avec le chercheur.
* Si le participant est un employé du réseau de la santé et des services sociaux, préciser si la participation est faite sur le temps du travail ou à l’extérieur des heures de travail. (assurez-vous que ce qui est inclus au résultat de convenance institutionnelle correspond à ce qui se trouve au formulaire de consentement)

1. **Avantages pouvant découler de votre participation**

Texte suggéré :

Vous ne retirerez personnellement pas d’avantages à participer à cette étude. Toutefois, vous pourriez contribuer à l’avancement de la science dans le domaine de (préciser le domaine de votre recherche).

\*\*\*Dans certains projets, les participants peuvent retirer des bénéfices personnels concrets (exemple : sessions d’entraînement additionnelles, etc.). Alors, il faut le mentionner dans cette rubrique.

1. **Risques et inconvénients pouvant découler de votre participation**

**RISQUES**

Si le projet comporte peu de risques, le texte suggéré est le suivant (celui-ci doit être adapté à votre projet) :

Votre participation à ce projet de recherche ne vous fait courir que peu de risques.

Pour les participants qui sont des usagers, ajouter la phrase suivante (lorsqu’applicable) :

Il est aussi entendu que votre participation au projet n’affectera pas les soins et les services que vous recevez ou recevrez de votre établissement de réadaptation.

Pour les participants qui sont des employés, ajouter la phrase suivante (lorsqu’applicable) :

Il est aussi entendu que votre participation au projet n’affectera pas vos rôles et responsabilités dans votre milieu de travail ni votre statut d’emploi.

Si le projet comporte certains risques, il faut les mentionner tous et préciser les moyens mis en œuvre afin de limiter leur occurrence. Aussi, il faut les lister en ordre de grandeur, voir du plus important au moins important, en tenant compte de la probabilité qu’ils se produisent.

**Exemple :**

* Risque de chute : Le risque de perte d’équilibre lors de l’exécution de la tâche expérimentale ne peut être complètement éliminé. Afin de limiter les risques de chute, vous porterez un harnais. De plus, une personne sera à vos côtés afin d’assurer votre sécurité.
* Émotivité : Certaines questions peuvent faire resurgir chez vous des émotions désagréables qui pourraient vous incommoder. Si cela survient, vous pourrez en discuter avec un membre de l’équipe de recherche qui pourra vous diriger vers des professionnels de la santé ou pourra vous remettre une liste de ressources pouvant vous venir en aide.

**INCONVÉNIENTS**

Cette section doit mentionner tous les inconvénients que le participant à la recherche pourrait rencontrer en prenant part au projet (exemples : stress, fatigue, temps de participation, etc.). À la différence des risques qui ont une certaine probabilité de survenir, les inconvénients sont des conséquences directes et l’étude pour les participants. S’il n’y en a peu, le spécifier également.

**Exemples :**

Déplacement/durée de la participation: Le déplacement de votre domicile au site de recherche et la durée de la session d’environ \_\_\_ heure (s) peuvent représenter pour certaines personnes un inconvénient.

Utilisation de marqueurs : La pose d’électrodes et de marqueurs réfléchissants peut nécessiter le rasage de poils sur les surfaces de peau où ils seront placés. À ce titre, les règles d’hygiène les plus strictes (rasoirs et collerettes à usage unique, ruban hypoallergène, nettoyage de la peau avec de l’alcool) seront mises en place. Par ailleurs, malgré l’application de ces mesures d’hygiène, il se pourrait que la peau où les marqueurs/électrodes sont placés soit irritée. Dans de tels cas, une lotion calmante sera appliquée sur votre peau.

Fatigue

Sudation

1. **Accès aux résultats à la fin de la recherche**

Texte suggéré :

À la fin de l’étude, souhaitez-vous avoir accès aux résultats généraux découlant de ce projet de recherche.

Oui  courriel ou adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Non

Ou

Un compte-rendu des résultats généraux de l’étude vous sera envoyé lorsque celle-ci sera terminée.

1. **Accès à votre dossier médical**

Texte suggéré :

Vous autorisez l’équipe de recherche à consulter votre dossier de réadaptation afin d’y colliger les informations en lien avec (exemple : votre AVC, votre TCC, etc.) et nécessaires à la réalisation du projet de recherche.

Il est important de bien préciser les informations recherchées dans le dossier, ceci afin de limiter à ce qui est nécessaire.

Dans le cas où l’équipe de recherche n’a pas besoin de consulter le dossier médical du participant, omettre cette section du formulaire de consentement.

1. **Confidentialité**

Texte suggéré :

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l’étude seront codifiés afin d’assurer leur confidentialité. Seuls les membres de l’équipe de recherche y auront accès. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le CER en réadaptation et en déficience physique ou par la Direction de l’éthique et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

Les données de recherche (papier et enregistrements) seront conservées sous clé au (lieu) par le responsable de l’étude pour une période de (nombre selon la politique de conservation de l’université ou de l’établissement) ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. En cas de présentation de résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Dans le cas de rencontre de groupe (groupe de discussion), le respect de la confidentialité doit aussi être demandé à chaque participant. Voici le texte suggéré :

Nous vous demandons de demeurer discret sur l’identité des participants au groupe de discussion ainsi que sur les propos qui y ont été tenus.

1. **Enregistrement vidéo et / ou prise de photographies**

Texte suggéré :

Il est possible que certaines séances soient enregistrées sur support vidéo ou audio et que des photographies soient prises. Nous aimerions pouvoir utiliser ces dernières, avec votre permission, à des fins de formation et/ou de présentations scientifiques. Il n’est cependant pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet. Si vous refusez, les enregistrements et les photographies vous concernant seront détruits à la fin du projet dans le respect de la confidentialité.

Nous autorisez-vous à utiliser vos photographies ou enregistrements à des fins de formation ou de présentations scientifiques et à les conserver avec vos données de recherche?

Oui  Non

Vous pouvez également envisager la possibilité de « flouter » les visages des participants dans ce contexte, auquel cas veuillez en ajouter la mention ici-haut.

Si vous ne comptez pas prendre des photographies ou des enregistrements à des fins de formation ou de présentations scientifique, veuillez retirer cette rubrique.

Si les enregistrements et les photographies constituent des données brutes de recherche, cette rubrique ne s’applique pas. Veuillez plutôt vous référez aux rubriques « Nature de la participation » et « confidentialité » pour cette situation.

1. **Participation volontaire et droit de retrait**

Textes suggérés :

Vous êtes libre d’accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n’importe quel moment, sans avoir à donner de raison, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l’équipe de recherche. En cas de retrait de votre part, les documents audiovisuels et écrits vous concernant seront détruits, à votre demande.

Version groupe de discussion (« focus group ») :

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, d

e mettre fin à votre participation sans avoir à donner de raison ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Cependant, étant donné qu’il s’agit de groupe de discussion, il sera impossible d’effectuer une destruction totale des enregistrements et des transcriptions. Les dialogues seront conservés pour garder la cohérence de la discussion.

Version questionnaire anonyme :

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, d’y mettre fin sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu’aucune information permettant d’identifier les répondants n’est recueillie.

1. **Utilisation secondaire des données**

Texte suggéré :

Il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre d’autres projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité(e) aujourd’hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par le CER en réadaptation et en déficience physique (ou indiquer le nom d'un autre CÉR). L’équipe de recherche s’engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet. Acceptez-vous que vos données soient utilisées dans ce cadre :

Oui  Non

1. **Études ultérieures**

Texte suggéré :

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ?

non

oui pour une durée d’un an \*

oui pour une durée de deux ans \*

oui pour une durée de trois ans \*

\* Notez que si vous cochez l’une de ces trois cases, vos coordonnées personnelles seront conservées par le chercheur principal pour la période à laquelle vous avez consenti.

1. **Responsabilité de l’équipe de recherche**

Texte suggéré :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs (le commanditaire : à ajouter s’il y en a un) ou l’établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

1. **Indemnité compensatoire**

Textes suggérés (choisir celui-ci convient à votre projet de recherche) :

* Vous recevrez un montant de \_$ afin de couvrir vos frais de déplacement, sur présentation de reçus ;

Ou

* Vous recevrez \_\_ $ en contrepartie des contraintes et des inconvénients découlant de votre participation au projet de recherche ;

Ou

* Aucune indemnité compensatoire n’est offerte aux participants prenant part à ce projet de recherche.

1. **Personnes-ressources**

Texte suggéré :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, si vous souhaitez vous retirer de l’étude ou si vous voulez faire part à l’équipe de recherche d’un incident, vous pouvez contacter : (inscrire Nom, profession et coordonnées institutionnelles complètes : téléphone et courriel) Assurez-vous que cette personne-ressource comprend et s’exprime bien en français.

Dans le cas d’un projet étudiant, assurez-vous d’inclure le nom du chercheur responsable comme personne-ressource.

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du CER en réadaptation et en déficience physique par courriel à l’adresse suivante : cercrir@ssss.gouv.qc.ca.

Pour ces questions, vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes de votre établissement. (inscrire les coordonnées pour le rejoindre téléphone et courriel) ou (si plusieurs établissements, prévoir une annexe et inscrire les coordonnées de chacun des commissaires dans un document qui sera annexé au formulaire de consentement). VOIR LISTE EN ANNEXE

1. **Consentement**

Texte suggéré

Je déclare avoir pris connaissance et compris le présent projet, la nature et l’ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m’expose tel que présenté dans le présent formulaire. J’ai eu l’occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l’étude et de recevoir des réponses à mes questions. Une copie signée de ce formulaire d’information et de consentement doit m’être remise.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d’aucune sorte. Je certifie qu’on m’a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

\*\*\*Ajouter la phrase suivante dans le cas où la participation au projet peut avoir une incidence sur ses traitements de réadaptation du participant : Une copie du formulaire de consentement sera déposée dans mon dossier médical. Le cas échéant, l’équipe de recherche doit faire déposer le formulaire de consentement au dossier médical du participant.

NOM DU PARTICIPANT SIGNATURE

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

NOM DU REPRÉSENTANT SIGNATURE OBLIGATOIRE

LÉGAL DU PARTICIPANT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

INAPTE ou mineur

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

**LE CHERCHEUR REMET UNE COPIE SIGNÉE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTICIPANT ET EN CONSERVE UNE AU DOSSIER**

Dans le cas d’un sondage en ligne anonyme, vous pourriez utiliser la formulation  : « Je comprends qu’en répondant aux questions et en cliquant sur « envoyer » à la fin du sondage, j’exprime mon consentement à y participer. ».

1. **ASSENTIMENT**

L’assentiment peut être défini comme l’accord d’une personne inapte ou d’un mineur à prendre part à un projet de recherche.

Certaines personnes légalement inaptes ou certains mineurs, environ 8 ans et plus, peuvent tout de même être en mesure d’indiquer si elles souhaitent prendre part ou non à un projet de recherche, et ce, malgré le fait qu’elles sont incapables de donner un consentement libre et éclairé. Dans de telles circonstances, le chercheur doit obtenir l’assentiment du participant. Cet assentiment à lui seul est insuffisant pour permettre la participation à un projet de recherche. Par ailleurs, si la personne mineure ou inapte refuse, elle ne peut participer au projet.

Texte suggéré :

Je comprends que je peux mettre fin à ma participation à cette étude en tout temps et je comprends ce qu’implique ma participation à cette étude. J’accepte d’y prendre part.

NOM DU PARTICIPANT SIGNATURE

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Mineur :

Je, …………………………………………..confirme que j’ai expliqué à l’enfant mentionné ci-haut la nature de l’étude du projet de recherche et les risques connus impliqués dans la participation à cette recherche et que parent(s) et enfant ont l’option de se retirer de cette étude en tout temps. Nous avons assuré l’enfant/les parents que malgré la publication des résultats de l’étude, l’identité de l’enfant sera tenue confidentielle.

Majeur inapte :

Je, …………………………………………..confirme que j’ai expliqué au participant mentionné ci-haut la nature de l’étude du projet de recherche et les risques connus impliqués dans la participation à cette recherche et que le participant et son représentant légal ont l’option de se retirer de cette étude en tout temps. Nous leur avons assuré que malgré la publication des résultats de l’étude, l’identité du participant sera tenue confidentielle.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Signature du responsable du projet

ou de son représentant

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ ».

1. **Engagement du chercheur ou de son représentant**

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifie

1. avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
2. avoir répondu aux questions qu’il m’a posées à cet égard;
3. lui avoir clairement indiqué qu’il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
4. que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

**Dans le cas d’un participant inapte (à ajouter si applicable) :**

1. m’être assuré (e) que le participant a compris au maximum de ses capacités tous les aspects de sa participation à l’étude décrite dans le présent formulaire.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Signature du responsable du projet

ou de son représentant

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

.

**ANNEXE**

**COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

**DES ÉTABLISSEMENTS DU CRIR ET DE LEURS PARTENAIRES**

**Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay**

* **Centre de réadaptation Constance-Lethbridge**
* **Centre de réadaptation MAB-Mackay**

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal

Téléphone : 514-340-8222, poste 24222

Courriel : [ombudsman.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ombudsman.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca)

**Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal**

* **Centre de réadaptation Lucie-Bruneau**
* **Institut Raymond-Dewar**
* **Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal**

CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

Téléphone : 514-593-3600

Courriel : commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

**Hôpital juif de réadaptation**

CISSS de Laval

Téléphone : 450-668-1010, poste 23628

Courriel : [plaintes.csssl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:plaintes.csssl@ssss.gouv.qc.ca)

**Institut Nazareth et Louis-Braille**

CISSS de la Montérégie-Centre

Téléphone : 450-466-5434 ou sans frais 1-866-967-4825, poste 8884

Courriel : commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

**Centre de réadaptation en déficience physique de Lanaudière**

CISSS de Lanaudière

Téléphone : 450-759-5333, poste 2133 ou sans frais 1-800-229-1152, poste 2133

Courriel : plaintes.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

**Centre de réadaptation en déficience physique des Laurentides**

CISSS des Laurentides

Téléphone : 450-432-8708

Courriel : [info-plaintes@ssss.gouv.qc.ca](mailto:info-plaintes@ssss.gouv.qc.ca)