# Formulaire de demande d’évaluation d’un projet de recherche

|  |
| --- |
| **dépôt du dossier de la demande d’évaluation**  *Section à remplir par le demandeur.*  Prénom/nom du chercheur responsable :  Titre du projet de recherche :  Date de soumission du dossier :  Nom du CÉR évaluateur (le cas échéant) :  Numéro de projet attribué par le CÉR évaluateur (le cas échéant) : |

Contenu

[Documents à joindre à votre demande 2](#_Toc94078135)

[Section 1 – Identification du projet de recherche 4](#_Toc94078136)

[Section 2 – Renseignements généraux sur le projet de recherche 4](#_Toc94078137)

[Section 3 – Profil des participants pressentis au CISSS des Laurentides 8](#_Toc94078138)

[Section 4 – Implications organisationnelles et financières du projet au sein du CISSS des Laurentides 9](#_Toc94078139)

[Section 5 – Respect des devoirs des chercheurs en matière d’intégrité 10](#_Toc94078140)

[Section 6 – Volet scientifique du projet de recherche 11](#_Toc94078141)

[Section 7 – Volet éthique du projet de recherche 11](#_Toc94078142)

[Section 8 – Diffusion des résultats et transfert des connaissances 12](#_Toc94078143)

[Section 9 – Déclaration d’intérêt 13](#_Toc94078144)

[Section 10 – Attestation de lecture du cadre réglementaire de la recherche du CISSS des Laurentides 14](#_Toc94078145)

[Section 11 – Engagement du chercheur responsable 15](#_Toc94078146)

[Annexe 1 : Liste des chercheurs responsables locaux 17](#_Toc94078147)

[Annexe 2 : Domaines de recherche 18](#_Toc94078148)

[Annexe 3 : Installations du CISSS des Laurentides 19](#_Toc94078149)

|  |
| --- |
| **Veuillez soumettre le dossier de votre demande au Bureau de soutien à la recherche du CISSS des Laurentides à l’adresse suivante :** [**recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)  **N.B. Le processus d’évaluation du projet de recherche ne sera entamé qu’à partir du moment où le dossier de la demande sera jugé complet par les instances concernées.** |

### Documents à joindre à votre demande

Le dossier de votre demande doit être composé du présent formulaire et de TOUS les documents listés ci-dessous qui s’appliquent au projet de recherche.

Afin de vous assurer que le dossier de votre demande sera considéré comme complet, indiquez dans la liste ci-dessous tous les documents qui le composent. Veuillez transmettre ces documents en pièces détachées et, si possible, en format Word.

N.B. S’il s’agit d’un projet de recherche multicentrique pour lequel le Comité d’éthique de la recherche (CÉR) du CISSS des Laurentides n’agit pas comme CÉR évaluateur, tous les documents ayant été déposés au CÉR évaluateur ou ayant été approuvés par celui-ci doivent être joints à la présente demande, ainsi que les versions du FIC avec ajustements locaux.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Inclus* | *N/A* |  |
|  |  | Le **formulaire d’engagement du chercheur responsable** daté et signé, l’**attestation de lecture du cadre réglementaire de la recherche du CISSS des Laurentides** datée et signée,et la **déclaration d’intérêt** remplie, datée et signée (cf. sections 9, 10 et 11 du présent document); |
|  |  | Si l’évaluation éthique est complétée, la **décision rendue par le CÉR évaluateur du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)[[1]](#footnote-1)** avec les commentaires et en incluant les modifications demandées; |
|  |  | Si l’évaluation éthique n’est pas complétée, la **lettre du CÉR évaluateur du RSSS confirmant qu’il accepte d’évaluer le projet**; |
|  |  | La **preuve d’approbation** du projet de recherche par un **comité scientifique de la recherche** reconnu; |
|  |  | Le **protocole de recherche complet** dans sa plus récente version, signé et daté, accompagné des documents justificatifs et des annexes; |
|  |  | Les pièces attestant que le chercheur responsable et les co-chercheurs détiennent respectivement des **privilèges de recherche** ou un **statut de chercheur** délivrés par le CISSS des Laurentides ou reconnus par celui-ci[[2]](#footnote-2); |
|  |  | [[3]](#footnote-3)La version française et, le cas échéant, la version anglaise du **formulaire d’information et de consentement** (FIC) clairement présenté comme tel et daté, conforme au modèle en vigueur dans le RSSS[[4]](#footnote-4) et intégrant les **ajustements locaux**[[5]](#footnote-5) ; |
|  |  | Si le projet implique une banque de données et/ou de matériel biologique, le **formulaire de consentement spécifique** à cette banque, conforme au modèle en vigueur dans le RSSS2 et intégrant les **ajustements locaux**3, dans sa version française et, le cas échéant, dans sa version anglaise; |
|  |  | Les **documents utilisés en vue du recrutement des participants**, avec date de version (ex. : lettre d’invitation, affiche, annonce sur internet, protocole téléphonique, message de rappel) **et tous autres documents** **destinés aux participants ou aux candidats potentiels** (ou à leur tiers autorisé) dans la ou les langues comprises par eux, qui seront remplis ou utilisés dans le cadre du projet, avec date de version; |
|  |  | Les **outils de collecte des données** (grille d’observation, questionnaire, schéma d’entretien, etc.), dans leur plus récente version et datés; |
|  |  | Si le projet implique une banque de données et/ou de matériel biologique, le **cadre de gestion** (protocole relatif aux règles et procédures de fonctionnement) de cette banque; |
|  |  | Si le projet implique une banque de données et/ou de matériel biologique et si applicable, la **copie de la convention régissant l’utilisation des données ou tout document équivalant** (il s’agit d’un engagement écrit, par lequel le propriétaire et l’administrateur de la banque, les chercheurs, le personnel responsable et les utilisateurs de la banque s’engagent à préserver la confidentialité des données et le cadre de gestion relatif aux règles de fonctionnement de la banque.); |
|  |  | Si le projet implique un produit à l’étude, un **résumé** adéquatde toutes les **données de tolérance, pharmacologiques, pharmaceutiques et toxicologiques**, disponibles sur le produit évalué, ainsi qu’un **résumé** de l’**expérience clinique acquise** à ce jour avec ce produit (ex. : version récente de la brochure de l’investigateur, lettre de non-objection de Santé Canada, publications, résumé des caractéristiques du produit); |
|  |  | Si le projet requiert l’accès aux dossiers d’usagers ou d’employés, un **document de présentation** de la **démarche** et de vos **besoins** (critères d’extraction des données, soutien technique requis, etc.); |
|  |  | [[6]](#footnote-6)Si le projet requiert l’accès aux dossiers d’usagers sans leur consentement, le [**formulaire de demande d’accès à des dossiers médicaux à des fins de recherche**](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/); |
|  |  | Le cas échéant, la **lettre d’autorisation de la Commission d’accès à l’information**; |
|  |  | Le **calendrier de réalisation du projet** de recherche au sein du CISSS des Laurentides, en incluant les activités de transfert de connaissances; |
|  |  | Si le projet est financé par l’entreprise privée, le **plan des ressources requises et des coûts** relatifs à la réalisation du projet au sein du CISSS des Laurentides, signé et daté[[7]](#footnote-7); |
|  |  | Lorsque requis (ex. : projet financé par l’entreprise privée), une **proposition de contrat de recherche**; |
|  |  | Tout **document financier ou légal pertinent dans le cadre du CISSS des Laurentides** (ex. : contrat, entente de service, etc.); |
|  |  | Si requis (ex. : chercheur n’étant rattaché ni à un établissement d’enseignement post-secondaire ni à un établissement du RSSS), la **preuve de couverture d’assurance** civile et professionnelle du chercheur, du promoteur et de l’organisme sous contrat; |
|  |  | Le cas échéant, **lettres des personnes-ressources** du CISSS des Laurentides confirmant leur acceptation de soutenir la réalisation du projet de recherche ou toute autre **lettre d’appui** de personnes rattachées au CISSS des Laurentides; |
|  |  | Autres documents pertinents. Précisez : |

S’il s’agit d’un projet de recherche devant être évalué par le CÉR du CISSS des Laurentides, joignez également les documents suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Inclus* | *N/A* |  |
|  |  | Le **rapport d’évaluation scientifique** d’un comité scientifique de la recherche reconnu ayant approuvé le projet de recherche, lequel contient la décision que celui-ci a rendue ainsi que les questions, préoccupations et commentaires qu’il a formulés; |
|  |  | La **déclaration de toutes les démarches entreprises auprès d’autres CÉR** en vue de faire approuver le présent projet de recherche à l'étude et de toutes les décisions antérieures significatives relatives au projet (dont celles ayant mené à une décision négative ou à une modification de protocole) prises par d’autres CÉR ou autorités réglementaires à propos du projet de recherche en question. Le cas échéant, décrire les modifications apportées au projet de recherche reliées à ces décisions et fournir les raisons des précédentes décisions défavorables; |
|  |  | Le **curriculum vitae** du chercheur responsable et des co-chercheurs (dans le cas d’un projet de recherche multicentrique, fournir les CV de tous les chercheurs responsables et co-chercheurs des sites locaux.); |
|  |  | S’il s’agit d’un essai de psychothérapies, un **résumé de l’expérience clinique** acquise à ce jour concernant l’intervention à l’étude, s’il ne figure pas au protocole; |
|  |  | La ou les **preuves de financement** ou de subvention; |
|  |  | Tout **document financier ou légal relié au projet** (budget, contrat de recherche, entente(s) de service, entente(s) de transfert, etc.); |
|  |  | Le cas échéant, **les lettres d’appui des organismes** où des participants seront recrutés; |
|  |  | Autres documents pertinents. Précisez : |

**N.B. Informations devant notamment apparaître dans le protocole de recherche :**

* Description des modalités de sélection des participants et d'obtention du consentement;
* Moyens prévus, dont les annonces publicitaires, en vue du recrutement des participants;
* Description de la compensation financière offerte aux participants pressentis pour leur participation au projet de recherche (y compris le remboursement des frais et l’accès à des soins médicaux);
* Description de l’indemnisation prévue en cas de préjudice;
* Description de l'étendue de la couverture d'assurance en responsabilité civile en cas de préjudice subi par un participant de la recherche;
* Description des considérations éthiques soulevées par le projet de recherche;
* Description des méthodes d’analyse statistique utilisées;
* Durée de conservation des dossiers de recherche;
* Description des mesures prévues pour assurer la confidentialité des informations nominatives et personnelles des participants de recherche.

### Section 1 – Identification du projet de recherche

1. Indiquez le titre complet du projet de recherche, tel qu’il apparaît sur la page frontispice du protocole, dans la langue originale :

Indiquez, le cas échéant, le titre en français du projet :

1. Indiquez le titre abrégé officiel du projet ou veuillez en proposer un en vue de simplifier les communications :

1. Indiquez le nom/prénom, les coordonnées et le statut du **chercheur** **responsable** du projet de recherche et de son encadrement au sein du CISSS des Laurentides.

N.B. S’il s’agit d’un projet mené pour l’obtention d’un diplôme ou dans le cadre d’un stage postdoctoral, le chercheur responsable est le directeur de recherche/stage.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Adresse : |  | | |
| Établissement : |  | | |
| Département/Discipline : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

Chercheur universitaire  Chercheur d’établissement public

Autre Précisez :

1. S’il s’agit d’un projet mené en vue de l’obtention d’un diplôme ou dans le cadre d’un stage postdoctoral, indiquez le nom/prénom, les coordonnées et le statut de l’**étudiant/stagiaire**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Adresse : |  | | |
| Établissement : |  | | |
| Département/Discipline : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

Étudiant de maîtrise  Doctorant  Résident  Post-doctorant

1. Indiquez, le cas échéant, le nom/prénom, la fonction et les coordonnées de la personne nommée par le chercheur responsable pour communiquer avec le Bureau de soutien à la recherche et, le cas échéant, le CÉR du CISSS des Laurentides (coordonnateur de recherche ou autre membre de l’équipe de recherche) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Fonction : |  | | |
| Adresse : |  | | |
| Établissement : |  | | |
| Département/Discipline : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

### Section 2 – Renseignements généraux sur le projet de recherche

1. Indiquez s’il s’agit d’un projet de recherche monocentrique ou multicentrique[[8]](#footnote-8) :

Monocentrique

Multicentrique

**S’il s’agit d’un projet de recherche multicentrique**, indiquez le nom/prénom et les coordonnées du **chercheur principal** chargé de l’ensemble du projet de recherche :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Adresse : |  | | |
| Établissement : |  | | |
| Département/Discipline : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

**S’il s’agit d’un projet multicentrique non évalué par le CÉR du CISSS des Laurentides**, indiquez le nom des établissements du RSSS (CIUSSS, CISSS, CHU) où le projet sera réalisé :

1. S’il y a lieu, indiquez ci-dessous le nom/prénom de **tous les** **co-chercheurs ou collaborateurs** qui seront impliqués dans la réalisation du projet au CISSS des Laurentides, en précisant leur affiliation, occupation et rôle dans le projet, ainsi que leurs coordonnées.

N.B. Pour un projet multicentrique évalué par le CÉR du CISSS des Laurentides, complétez l’annexe 1.

4. Dans quelle(s) discipline(s) s’inscrit le projet de recherche (ex. : hémato-oncologie, physiothérapie, psychologie, sciences de la gestion, service social, etc.)?

1. À partir de la liste des domaines de recherche ci-jointe (annexe 2), précisez le domaine du projet de recherche :

1. Indiquez la principale thématique abordée par le projet de recherche :

1. Indiquez la durée prévue du projet de recherche en nombre de mois :

1. Dans la réalisation du projet à l’une ou l’autre de ses étapes, des ententes de service ou de sous-traitance seront-elles requises (ex. : firme de sondages ou de saisies de données, organisation réalisant des tests ou analyses, consultant ou spécialiste agissant à titre de travailleur autonome)?

Non  Oui

**Dans l’affirmative,** veuillez les détailler ici et annexer les contrats ou protocoles de confidentialité :

1. Le cas échéant, indiquez les caractéristiques particulières du projet de recherche (cochez la ou les cases correspondantes).

Projet de recherche comportant un volet génétique ou génomique

Projet de recherche requérant l’accès aux dossiers médicaux avec le consentement des usagers

Projet de recherche requérant l’accès aux dossiers médicaux sans le consentement des usagers[[9]](#footnote-9)

Projet de recherche comportant un volet en neuro-imagerie

Projet de recherche constituant une prolongation, une sous-étude ou une étude de suivi (follow-up) d’un projet déjà approuvé par un CÉR du RSSS. (Le cas échéant, précisez le numéro de référence donné au projet par le CÉR :      )

1. Indiquez les méthodes ou outils de collecte de données auxquels vous aurez recours dans le cadre du projet de recherche :

Analyse de données secondaires (ex. : étude sur dossiers)

Enregistrement audio  Enregistrement audiovisuel

Entretien individuel  Groupe de discussion

Examen de laboratoire  Examen en imagerie médicale

Expérimentation clinique (médicamenteuse, chirurgicale, psychothérapique, etc.)

Expérimentation en laboratoire  Observation

Questionnaire  Test de psychologie

Prélèvement  Autre(s) Précisez :

1. Décrivez brièvement le projet de recherche en des termes aussi peu techniques que possible et sans faire de renvoi au protocole. Ces informations seront notamment utilisées à des fins de présentation du projet de recherche auprès des directions et services qui participeront à l’évaluation de la convenance institutionnelle du projet.

|  |
| --- |
| 1. Problématique :      1. Objectifs poursuivis :      1. Hypothèses :      1. Méthodologie (dispositif de recherche; population/taille de l’échantillon; procédures d’échantillonnage et de recrutement; etc.) :      1. Retombées du projet de recherche, dont pour le CISSS des Laurentides :      1. Autres informations que vous jugez utiles à nous transmettre : |

#### Essai clinique

Si le projet n’est pas un essai clinique, passez à la question 19.

1. Indiquez la ou les catégories auxquelles votre projet appartient :

Recherche qui relève de la compétence de Santé Canada (ex. : essai clinique).

Médicament expérimental :

Phase I  Phase II  Phase III  Phase IV

Phase IB  Phase IIB  Phase IIIB

Autre Précisez :

Instrument médical :

Classe I  Classe II  Classe III  Classe IV

Autre Précisez :

Produit de santé naturel

Produit radiopharmaceutique (médicament à visée diagnostique, pronostique, voire thérapeutique comportant des atomes radioactifs.) :

Randomisé  Ouvert  En double insu  En simple insu

Placebo  Agent actif comparatif

1. Quelle est la situation qui s’applique en l'espèce?

Le promoteur ou le fabricant a obtenu l’autorisation de Santé Canada (ex. : lettre de non-objection [NOL], avis d’autorisation).

Le promoteur ou le fabricant attend la décision de Santé Canada.

Le promoteur ou le fabricant n’a pas déposé de demande à Santé Canada.

L’autorisation de Santé Canada n’est pas nécessaire.

1. Le médicament, le produit biochimique, le produit de santé naturel ou le dispositif médical expérimental est-il assujetti à la réglementation de :

La Food and Drug Administration (FDA) états-unienne?   Non  Oui

L’Agence européenne du médicament?  Non  Oui

#### Banque de données ou de matériel biologique

Si le projet implique l’utilisation ou la constitution d’une banque de données ou de matériel biologique (biobanque) répondez aux questions suivantes. Si cela ne s’applique pas au projet, passez à la rubrique « Financement du projet ».

1. Titre de la banque (si distinct du titre indiqué à la question 1) :

1. S’agit-il d’une banque existante ?

Non  Oui

S’il s’agit d’une banque existante, les personnes ayant contribué à la banque ont-elles déjà donné leur consentement dans le cadre d’un projet du même type que le vôtre?

Non  Oui

Par ailleurs, s’il s’agit d’une banque existante, veuillez fournir copie de la plus récente approbation éthique annuelle émise par le CÉR responsable du suivi éthique de cette banque.

1. Nom et coordonnées du responsable de la banque :

1. Type de contenu (données, matériel biologique) de la banque :

1. Type de projets de recherche qui ont/auront recours à cette banque :

1. Nom du ou des CER qui font/feront l’évaluation éthique et le suivi éthique continu des projets de recherche pour lesquels la banque est/sera utilisée :

RAPPEL : Si dans le cadre de votre projet, il y a constitution d’une banque, veuillez joindre le cadre de gestion de la banque et copie de la convention régissant l’utilisation des données. S’il s’agit d’un projet qui a recours à une banque existante, veuillez fournir copie de la plus récente approbation éthique annuelle émise par le CÉR responsable du suivi éthique de cette banque.

#### Financement du projet de recherche

1. Indiquez la ou les sources de financement du projet :

|  |  |
| --- | --- |
| Aucun financement  Projet de recherche financé par l’industrie privée (ex. : compagnie pharmaceutique).  Indiquez le nom du promoteur ainsi que celui de l’organisme de recherche contractuel (ORC) lié au projet, le cas échéant.  Nom du promoteur :  Nom de l’ORC :  Projet de recherche subventionné par un organisme subventionnaire public fédéral.  Indiquez le nom de l’organisme subventionnaire :  Projet de recherche subventionné par un organisme subventionnaire public provincial.  Indiquez le nom de l’organisme subventionnaire :  Projet de recherche subventionné par un ministère fédéral.  Indiquez le nom du ministère : | Projet de recherche subventionné par un ministère provincial.  Indiquez le nom du ministère :  Projet de recherche subventionné par une fondation caritative.  Indiquez le nom de la fondation :  Projet de recherche entrepris à l’initiative du chercheur et subventionné par l’industrie (*investigator – initiated with industry funding*).  Indiquez le nom de la compagnie en cause : ­  Projet de recherche subventionné par un organisme subventionnaire fédéral américain (ex. : NIH, OHRP, VA).  Précisez le nom de l’organisme subventionnaire :  Financement interne d’une université, d’un centre de recherche, d’un établissement collégial, etc. (ex. : concours interne, fonds du département, fonds de recherche personnels du chercheur).  Précisez : |
| Autre(s) source(s) Précisez : | |

### Section 3 – Profil des participants pressentis au CISSS des Laurentides

1. Le projet de recherche implique-t-il la participation de participants humains[[10]](#footnote-10) :

Non  Oui

1. Indiquez si le projet de recherche implique ou non :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| 1. La participation de personnes (usagers, employés, etc.) du CISSS des Laurentides. |  |  |
| 1. La constitution ou l’utilisation de banques de données venant du CISSS des Laurentides. |  |  |
| 1. L’utilisation de matériel biologique humain provenant du CISSS des Laurentides (ex. : organes, tissus, cellules ou fluides corporels prélevés sur des êtres humains vivants, des cadavres, des fœtus ou des embryons). |  |  |
| 1. L’utilisation de renseignements personnels ou confidentiels contenus dans des dossiers (cliniques ou administratifs) du CISSS des Laurentides. |  |  |

1. Indiquez le nombre de participants à recruter dans le cadre du projet :

Au CISSS des Laurentides :       Au total (si plus d’un établissement participant) :

1. Indiquez l’âge des participants pressentis au CISSS des Laurentides? ­­

1. Cochez les énoncés qui caractérisent le mieux le profil des participants pressentis au CISSS des Laurentides :

Femmes

Hommes

Usagers admis du CISSS des Laurentides

Usagers inscrits du CISSS des Laurentides

Proches d’usagers admis ou inscrits du CISSS des Laurentides

Personnel du CISSS des Laurentides en incluant les gestionnaires, médecins et sages-femmes

Précisez :

Bénévoles du CISSS des Laurentides

Stagiaires du CISSS des Laurentides

Majeurs inaptes

Majeurs dont l’inaptitude est subite

Mineurs sous la loi de la protection de la jeunesse

Personnes présentant une problématique de santé physique particulière

Précisez :

Personnes présentant une problématique de santé mentale particulière

Précisez :

Personnes répondant à une ou des caractéristiques psychosociales, culturelles ou économiques spécifiques

Précisez :

Personnes concernées par un programme ciblé

Précisez :

Personnes recrutées dans un groupe témoin

Autre(s) Précisez :

1. Indiquez les installations du CISSS des Laurentides (cf. Annexe 3) et le nombre de participants par installation qui seront sollicités dans le cadre du projet :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Installations** | **Participants pressentis** | | | | |
| **Nombre d’usagers** | **Nombre de proches d’usagers** | **Nombre de membres du personnel** | **Autres** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total de participants** |  |  |  |  |  |

### Section 4 – Implications organisationnelles et financières du projet au sein du CISSS des Laurentides

N.B. Il importe d’annexer au présent formulaire le calendrier de réalisation du projet de recherche au sein du CISSS des Laurentides.

1. Décrivez le déroulement de la cueillette de données au sein du CISSS des Laurentides afin d’avoir une idée précise de vos attentes à notre endroit :

1. Indiquez, le cas échéant, le nom/prénom, la fonction et les coordonnées de la ou des personnes-ressources du CISSS des Laurentides qui ont déjà accepté de soutenir le projet de recherche dans sa réalisation :

4. La réalisation du projet de recherche nécessite-t-elle le concours de membres du personnel du CISSS des Laurentides ou le recours à des ressources matérielles de l’établissement?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

N.B S’il s’agit d’un projet de recherche financé par l’entreprise privée, vous aurez à remplir et signer un Plan des ressources requises et des coûts du projet de recherche. Communiquez avec notre équipe pour plus de renseignements.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de ressources requises au CISSS des Laurentides** | **Détail**  Fournissez le plus d’informations possibles sur les besoins du projet (ex. : nombre de personnes, nombre d’heures, description de tâches requises, etc.) | **Le cas échéant, montant prévu au budget pour couvrir chacun des besoins indiqués** |
| Intervenants ou autres membres du personnel (ex. : pour le repérage ou le recrutement de participants, la cueillette de renseignements, la participation à des entrevues, questionnaires ou autres méthodes de collecte de données, à titre d’expert) |  |  |
| Analyses de laboratoire\* |  |  |
| Archives |  |  |
| Pharmacie\*\* |  |  |
| Services diagnostiques |  |  |
| Services administratifs ou financiers (ex. : données sur des achats, statistiques diverses) |  |  |
| Équipements divers (ex. : équipement informatique) |  |  |
| Autres |  |  |

\*Les services de laboratoire du CISSS des Laurentides relèvent de la responsabilité d’Optilab – grappe Laval-Lanaudière-Laurentides. Pour connaître la démarche à mener pour recourir aux services d’Optilab dans le cadre de votre projet, communiquez avec notre équipe à l’adresse suivante : [recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)

\*\* Lorsqu’il s’agit d’un projet impliquant des médicaments de recherche, la responsabilité du contrôle de ces médicaments incombe, en premier, au chef du département clinique de pharmacie.

1. Dans le cas d’une étude à double insu, le projet de recherche nécessite-t-il l’implication de la pharmacie dans la levée d’insu?

Non  Oui  NAP

1. Le projet de recherche nécessite-t-il l’achat de médicaments ou de matériel par le département de pharmacie?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, détaillez :

1. Le projet prévoit-il l’acquisition de mobilier, d’équipement, d’instrument, d’ouvrage ou de matériel qui sera par la suite cédé au CISSS des Laurentides?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, précisez :

### Section 5 – Respect des devoirs des chercheurs en matière d’intégrité

1. Est-ce qu'un chercheur lié au projet (chercheur principal ou co-chercheur) ou l’un des membres de sa famille retirera un bénéfice personnel, de nature financière ou autre, de sa participation au projet (ex. : rémunération, dividendes, prime de rendement, droits de propriété intellectuelle, brevet, royautés, voyages, option d’achat d’actions ou tout autre avantage)?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, remplissez le tableau qui suit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom/prénom** | **Fonction** | **Nature du bénéfice personnel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Est-ce qu’un chercheur lié au projet (chercheur principal ou co-chercheur) ou l’un des membres de sa famille a un lien financier ou autre avec le promoteur ou l’ORC (ex. : propriétaire, actionnaire, consultant, membre du conseil d’administration, employé)?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, remplissez le tableau qui suit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom/prénom** | **Fonction** | **Nature du lien** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Le projet prévoit-il une gratification, une prime d’intermédiaire (finder’s fee), une prime de chasseur de têtes (bounty-hunting fees) ou toute autre forme de récompense ou d’avantage destiné aux personnes chargées du recrutement des participants?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, précisez :

1. Le projet prévoit-il le versement d’une prime pour l’enrôlement compétitif?

Non  Oui

1. Le chercheur et son équipe de recherche sont-ils couverts par une assurance responsabilité pour les activités de recherche?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, celle-ci couvre-t-elle le remboursement des dépenses générées par un préjudice qu’aurait subi une personne du fait de sa participation au projet?

Non  Oui  Ne s’applique pas

1. Le projet de recherche sera-t-il inscrit dans un registre public?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, quel est le registre public dans lequel le projet de recherche a été ou sera inscrit?

ClinicalTrials.gov Numéro attribué au projet :      

Controlled-trials.com Numéro attribué au projet :

### Section 6 – Volet scientifique du projet de recherche

1. Le projet a-t-il été approuvé sur le plan scientifique par un comité de pairs reconnu?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, veuillez joindre la preuve d’approbation scientifique et indiquer ci-dessous la provenance du comité scientifique évaluateur :

Le comité scientifique d’un établissement dont le centre de recherche reçoit des financements d’un organisme subventionnaire québécois ou fédéral.

Le comité scientifique de l’un des organismes subventionnaires, québécois ou fédéraux, ou d’un organisme reconnu par l’un de ceux-ci.

Le comité scientifique d’une université (ex. : comité de programme, comité de thèse).

**Dans l’affirmative**, précisez sa composition :

Le comité scientifique de l’un des organismes reconnus soit par un État membre de l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) – tels que l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), en France, ou les National Institutes of Health (NIH), aux États-Unis – soit par l’un de ces organismes reconnus.

### Section 7 – Volet éthique du projet de recherche

1. Si des mineurs, des majeurs inaptes ou des majeurs dont l’inaptitude est subite sont recrutés, justifiez ce choix.

**Cochez** si cette information figure déjà au protocole et indiquez la page :

Ne s’applique pas

1. Le projet de recherche implique-t-il un accès à des dossiers déjà constitués?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, cochez la ou les cases correspondantes ci-dessous :

Dossiers médicaux  Dossiers de recherche

Données de la RAMQ  Données du fichier MedÉcho

Autre. Précisez en mentionnant le logiciel requis :

**Indiquez** la ou les personnes qui procèderont à la consultation des dossiers :

**Joignez en annexe** un document faisant état de la démarche et de vos besoins(critères d’extraction des données, soutien technique requis, etc.).

1. Les participants seront-ils identifiés à partir de dossiers détenus par des chercheurs liés au projet, qu’il s’agisse de dossiers médicaux, de dossiers de recherche ou de banques de participants?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, les participants de recherche pressentis ont-ils donné leur consentement relativement à cette utilisation secondaire?

Non  Oui

1. Le contact initial des participants pressentis sera-t-il fait par une personne non liée au projet de recherche (ex. : un intervenant ou une agente administrative)?

Non  Oui   Ne s’applique pas

**Dans la négative**, justifiez :

**Cochez** si cette information figure déjà au protocole et indiquez la page :

1. Quelles sont les modalités relatives au recrutement des participants? Cochez la ou les cases correspondantes. (N.B. Joignez au présent formulaire copie de tout le matériel utilisé.)

Lettre  Sollicitation téléphonique  Courriel

Approche directe (ex. : à l’occasion d’une consultation)

Matériel publicitaire (ex. : annonce, affiche, dépliant publicitaire, publicité électronique ou vidéo)

Autre(s) modalité(s) de recrutement. Précisez :

1. Comment la confidentialité des renseignements permettant d’identifier les participants sera-t-elle assurée? Cochez la ou les cases correspondantes.

Les renseignements seront dénominalisés (codés avec accès à la clé du code).

Les renseignements seront dépersonnalisés (codés sans accès à la clé du code).

Les renseignements seront complètement anonymisés (retrait de tous les identificateurs directs et indirects).

Les renseignements seront conservés de façon sécuritaire.

Autre(s) mesure(s) de protection de la confidentialité. Précisez :

1. Quelle est la durée de la conservation des données de recherche et des documents relatifs au projet?

15 ans (si essai clinique avec médicament)  10 ans (pour tout autre type de projet)

1. Indiquer le lieu de conservation des dossiers de recherche et, le cas échéant, de la liste des participants :

Lieu de conservation des dossiers de recherche :

Lieu de conservation de la liste des participants :

1. Advenant le cas que vous quittiez votre établissement de rattachement, abandonniez le projet de recherche ou vous trouviez incapable d’assumer vos fonctions de chercheur pour toute autre raison, indiquez qui assumera les responsabilités relatives à la conservation et à la destruction de vos dossiers de recherche et de la liste des participants, en précisant son affiliation, son rôle dans le projet de recherche et ses coordonnées.

1. Veuillez indiquer, si pertinent, toute autre mesure de suivi et de sécurité en regard de vos dossiers de recherche et liste de participants que vous avez prévue advenant le cas que vous quittiez votre établissement de rattachement, abandonniez le projet de recherche ou vous trouviez incapable d’assumer vos fonctions de chercheur pour toute autre raison:

### Section 8 – Diffusion des résultats et transfert des connaissances

1. Quelles sont les modalités prévues de la diffusion globale des résultats du projet de recherche en regard, notamment, du respect de la confidentialité des participants?

**Cochez** si cette information figure déjà au protocole et indiquez la page :

1. Le contrat de recherche prévoit-il des restrictions relativement à la publication des résultats finaux ou à la divulgation des résultats intermédiaires?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, indiquez-les et justifiez :

1. Prévoyez-vous offrir des activités de transfert de connaissances liées au projet de recherche au sein du CISSS des Laurentides?

Non  Oui

**Dans l’affirmative**, veuillez ajouter dans le calendrier de réalisation du projet de recherche au sein du CISSS des Laurentides les activités de transfert de connaissances prévues.

**Dans la négative**, êtes-vous d’accord pour élaborer un plan d’action en matière de transfert des connaissances au sein du CISSS des Laurentides?

Non  Oui

**Dans la négative**, précisez les raisons :     

### Section 9 – Déclaration d’intérêt

Intérêts liés au commanditaire du projet

**À ma connaissance, outre les honoraires professionnels qui me sont versés par le promoteur de l’étude, je déclare par la présente que :**

j’ai des intérêts personnels (veuillez spécifier ci-dessous)

je n’ai pas d’intérêt personnel

…dans la compagnie qui commandite le projet de recherche, qu’il s’agisse d’un intérêt financier ou professionnel et que cet intérêt soit apparent ou réel, actuel ou potentiel.

Précision(s) quant au(x) type(s) d’intérêt(s) détenu(s) :

|  |
| --- |
|  |

**Par ailleurs, je déclare qu’à ma connaissance, outre les honoraires professionnels qui pourraient leur être versés, un ou des membres de l’équipe de recherche :**

ont des intérêts personnels (veuillez spécifier ci-dessous)

n’ont pas d’intérêt personnel

…dans la compagnie qui commandite le projet de recherche, qu’il s’agisse d’un intérêt financier ou professionnel et que cet intérêt soit apparent ou réel, actuel ou potentiel.

Précision(s) quant au(x) type(s) d’intérêt(s) détenu(s) :

|  |
| --- |
|  |

Veuillez, si cela s’applique, expliquer ci-dessous les multiples rôles, en incluant celui d’intervenant (médecin traitant, infirmière, psychologue, etc.), accomplis dans le cadre du projet de recherche par vous-même ou par l’un ou l’autre des membres de votre équipe de recherche.

|  |
| --- |
|  |

Veuillez détailler ci-dessous vos affiliations corporatives ainsi que celles qui concernent l’un ou l’autre des membres de votre équipe de recherche.

|  |
| --- |
|  |

Pour tout autre intérêt, apparent ou réel, actuel ou potentiel, direct ou indirect, retiré dans le cadre du projet de recherche par vous-même ou par l’un ou l’autre des membres de votre équipe de recherche, veuillez le ou les détailler ci-dessous.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du chercheur responsable |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom et prénom du chercheur responsable |  |  |

### Section 10 – Attestation de lecture du cadre réglementaire de la recherche du CISSS des Laurentides

|  |
| --- |
| Tout chercheur responsable d’un projet de recherche mené au CISSS des Laurentides s’engage à respecter le cadre réglementaire de la recherche de l’établissement. Il doit concurremment s’assurer du respect de ce cadre par chacun des membres de son équipe de recherche. |

J’atteste avoir pris connaissance des documents suivants du cadre réglementaire de la recherche du CISSS des Laurentides qui me concernent :

* [*Politique relative aux activités de recherche*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/cadre-reglementaire-de-la-recherche/)

\*concerne tout chercheur

* [*Procédure d’encadrement et de réalisation des projets de recherche*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/cadre-reglementaire-de-la-recherche/)

\*concerne tout chercheur

* [*Procédure de gestion des fonds de recherche*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/cadre-reglementaire-de-la-recherche/)

\*concerne tout chercheur rattaché au CISSS des Laurentides

* [*Règlements sur la régie interne du CÉR du CISSS des Laurentides*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/cadre-reglementaire-de-la-recherche/)

\*concernent tout chercheur dont le projet est évalué et suivi par le CÉR du CISSS des Laurentides

* [*Procédure de gestion des allégations de manquement à la conduite responsable en recherche*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/cadre-reglementaire-de-la-recherche/)

\*concerne tout chercheur

* *Modes opératoires normalisés en recherche clinique[[11]](#footnote-11)*

\*concernent tout chercheur réalisant un essai clinique

Par ailleurs, j’atteste avoir pris connaissance de la [*Politique sur la conduite responsable en recherche*](https://www.scientifique-en-chef.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Politique-sur-la-conduite-responsable-en-recherche_FRQ_sept-2014.pdf) des Fonds de recherche du Québec (2014).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du chercheur responsable |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom et prénom du chercheur responsable |  |  |

### Section 11 – Engagement du chercheur responsable

J’atteste que les renseignements déclarés dans le présent formulaire sont exacts. À titre de chercheur responsable, je comprends que je suis responsable de l’encadrement et de la réalisation du présent projet de recherche au CISSS des Laurentides. À ce titre, je m’engage :

* À respecter les lois et normes en vigueur dans le domaine de la recherche, notamment en matière de conduite responsable en recherche, d’éthique de la recherche, de bonnes pratiques de gestion de la recherche et de bonnes pratiques cliniques en recherche;
* À respecter le cadre réglementaire de la recherche en vigueur au CISSS des Laurentides, en incluant les dispositions relatives à la confidentialité des renseignements personnels des usagers;
* À respecter les décisions du comité d’éthique de la recherche (CÉR) responsable de l’évaluation et du suivi éthiques du présent projet de recherche;
* À ne pas débuter les activités du projet de recherche sous les auspices du CISSS des Laurentides en l’absence de l’autorisation émise par la personne formellement mandatée à cette fin;
* À prendre connaissance de toute l’information qui sera transmise au Bureau de soutien à la recherche de la Direction de l’enseignement et de la recherche du CISSS des Laurentides (BSR) et au CÉR évaluateur en lien avec le projet susmentionné;
* À rendre compte au BSR et au CÉR évaluateur du déroulement du projet, ainsi que des actes, le cas échéant, des co-chercheurs, de l’étudiant/stagiaire ou de tout autre membre de l’équipe de recherche;
* À déclarer tout conflit d’intérêts, apparent ou réel, actuel ou potentiel, direct ou indirect me concernant ou concernant un ou des membres de mon équipe de recherche;
* À déclarer mon ou mes affiliations corporatives dans le projet de recherche, ainsi que celles qui concernent un ou plusieurs membres de mon équipe de recherche;
* À aviser les autorités compétentes de toute enquête ou de toute sanction dont je ferais l’objet dans le cadre d’une activité de recherche;
* À maintenir mes compétences et connaissances nécessaires à la réalisation de mes activités de recherche, notamment en ce qui a trait à l’éthique de la recherche, à la conduite responsable en recherche ainsi que, le cas échéant, aux Bonnes pratiques cliniques et aux modes opératoires normalisés;
* À superviser adéquatement les membres de mon équipe de recherche et à m’assurer que chacun d’entre eux possède les compétences requises, respecte les normes, règles, procédures et politiques en vigueur dans le CISSS des Laurentides, dont son cadre réglementaire de la recherche, ainsi que les normes et la législation québécoise et canadienne en vigueur;
* À ne pas procéder à toute forme de double rémunération pour un même acte clinique, test ou examen[[12]](#footnote-12);
* À ne transmettre aucune facturation d’honoraires professionnels à la RAMQ pour des services non médicalement requis10;
* À constituer et à tenir à jour une liste des participants au projet (cette liste sera disponible sur demande aux personnes autorisées);
* À veiller à ce que moi-même et tous les membres de mon équipe de recherche bénéficient pour les activités réalisées dans le cadre du projet de recherche d’une assurance responsabilité et à m’assurer en tout temps de la validité de cette dernière;
* À ce que les frais liés aux services fournis par le CISSS des Laurentides pour l'examen du projet de recherche, son autorisation et les suivis soient acquittés selon la grille tarifaire applicable plus indexation annuelle, à la réception de la facture émise à cet effet par le CISSS des Laurentides. Je comprends donc que si les frais facturables ne sont pas acquittés par le promoteur du projet pour quelque raison que ce soit, lesdits frais me seront facturés et je m’engage à les payer à partir d’un autre fonds.
* À reconnaître l’établissement dans mes publications et mes communications.

Je déclare avoir informé le BSR et le CÉR évaluateur :

* Des multiples rôles, en incluant celui d’intervenant (ex. : médecin traitant, ergothérapeute, infirmière, psychologue), assumés par moi-même ou l’un ou l’autre des membres de mon équipe de recherche dans le cadre du projet de recherche;
* De mes affiliations corporatives dans le projet de recherche, ainsi que celles qui concernent un ou plusieurs membres de mon équipe de recherche;
* De tout intérêt en lien avec le projet de recherche, apparent ou réel, actuel ou potentiel, direct ou indirect, retiré par moi-même ou par l’un ou l’autre des membres de mon équipe de recherche.

J’autorise le CISSS des Laurentides à ce que soient communiqués aux autorités compétentes des renseignements qui permettent d’établir mon identité si une allégation de manquement à la conduite responsable en recherche me mettant en cause était jugée recevable. Je m’engage à ce que les co-chercheurs, l’étudiant/stagiaire ou tout autre membre de l’équipe de recherche lié au présent projet aient autorisé une telle communication en pareille situation.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du chercheur responsable |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom et prénom du chercheur responsable |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de l’étudiant/stagiaire |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’étudiant/stagiaire |  |  |

### Annexe 1 : Liste des chercheurs responsables locaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |  | | |
| Établissement en cause : |  | | |
| Téléphone : |  | Courriel : |  |

### Annexe 2 : Domaines de recherche

*\*Liste des domaines provenant des FRQ*

Santé

1. [Appareil locomoteur et arthrite](http://www.frqs.gouv.qc.ca/le-frqs/mission-et-domaines-de-recherche#appareil)
2. Santé circulatoire et respiratoire
3. Cancer
4. Santé de la mère, des enfants et des adolescents
5. Génétique humaine
6. Santé des populations
7. Maladies infectieuses et immunitaires
8. Santé différentielle des sexes
9. Neurosciences, santé mentale et toxicomanies
10. Services de santé
11. Nutrition et métabolisme
12. Vieillissement

Culture et société

1. Arts, littérature et société
2. Gestion des organisations
3. Création artistique et littéraire
4. Langues et langage
5. Cultures, religions et civilisations
6. Médias, communications et information
7. Développement et fonctionnement des personnes et des communautés, et vie sociale
8. Milieux de vie, aménagement et appropriation de l'espace humain
9. Économie, emploi et marchés
10. Nature, transformation et gouvernance de la société et des institutions
11. Éducation, savoirs et compétences
12. Relations internationales et développement

Nature et technologies

1. Énergie
2. Organismes vivants (êtres humains)
3. Environnement
4. Ressources naturelles
5. Fabrication et constructions
6. Structures abstraites
7. Matériaux
8. Techniques, mesures et systèmes
9. Nature et interactions de la matière
10. Technologies de l'information et des communications
11. Organismes vivants (animal, monère, protiste, végétal)

### Annexe 3 : Installations du CISSS des Laurentides

#### Hôpitaux

|  |  |
| --- | --- |
| **Hôpital d'Argenteuil** **Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil**  145, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4C7 | **Centre de services de Rivière-Rouge** 1525, rue l'Annonciation Nord Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0 |
| **Hôpital de Mont-Laurier** 2561, chemin de la Lièvre Sud Mont-Laurier (Qc) J9L 3G3 | **Hôpital de Saint-Eustache** 520, boul. Arthur-Sauvé Saint-Eustache (Qc) J7R 5B1 |
| **Hôpital Laurentien** 234, rue Saint-Vincent Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2B8 | Pavillon Jacques-Duquette (234, rue Saint-Vincent) |
| **Hôpital régional de Saint-Jérôme** 290, rue De Montigny Saint-Jérôme (Qc) J7Z 5T3 | Pavillon Marie-Berthe Thibault (185, rue Durand)  Pavillon Rosaire Lapointe (190, rue Saint-Marc) |

#### CLSC

|  |  |
| --- | --- |
| **CLSC d'Argenteuil** **Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil** 145, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4C7 | **CLSC de Labelle** 17, rue du Couvent Labelle (Qc) J0T 1H0 |
| **CLSC et Centre de services ambulatoires en pédopsychiatrie**  189, rue Mary Lachute (Qc) J8H 2C3 | **CLSC de l'Établissement de détention** 2, boul. de la Salette Saint-Jérôme (Qc) J7Y 5G5 |
| **CLSC de Mirabel** 8467, rue Saint-Jacques Saint-Augustin, Mirabel (Qc) J7N 2A3 | **CLSC de Mont-Laurier** 757, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1T3 |
| **CLSC de Piedmont** 694, Chemin Avila Piedmont (Qc) J0R 1R3 | **CLSC de Saint-Sauveur** 150, rue Principale Saint-Sauveur (Qc) J0R 1R6 |
| **CLSC de Mont-Tremblant** 635, rue Léonard Mont-Tremblant (Qc) J8E 3H9 | **Service de soutien à domicile, secteur Mont-Tremblant (équipe SAD) et prêt d’équipement** 2555, rue de L’Aulnaie Mont-Tremblant, (Qc) J8E 0E5  **Clinique externe de réadaptation** 2555, rue de L’Aulnaie suite C203 Mont-Tremblant, (Qc) J8E 0E5  **Centre de jour** 2450, rue de L'Aulnaie Mont-Tremblant, (Qc) J8E 0E5 |
| **CLSC de Notre-Dame-du-Laus** 8, rue Saint-Denis  Case postale 309 Notre-Dame-du-Laus (Qc) J0X 2M0 | **CLSC de Rivière-Rouge** Centre de services de Rivière-Rouge 1525, rue de l'Annonciation Nord Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0 |
| **CLSC de Sainte-Agathe-des-Monts (Édifice Grignon)** 2, rue Préfontaine Ouest Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 1C3 | **CLSC du Village-des-Monts** 118, rue Principale Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2R8 |

|  |  |
| --- | --- |
| **CLSC et centre de réadaptation en déficience physique du Centre-Ville-de-Sainte-Agathe** 144, rue Pincipale  Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 1K3 | **CLSC Lafontaine** **(Santé mentale et services psychosociaux)** 1000, rue Labelle Saint-Jérôme (Qc) J7Z 5N6 |
| **CLSC du Centre-ville-de-Saint-Jérôme** **(Famille, enfance et jeunesse)** 430, rue Labelle Saint-Jérôme (Qc) J7Z 5L3 |  |
| **Centre multiservices de santé et de services sociaux de Thérèse-De Blainville (anciennement CLSC de Thérèse-De Blainville)** 125, rue Duquet Sainte-Thérèse (Qc) J7E 0A5 | **CLSC Saint-Joseph** **(Info-Santé et SIM-SIV)** 55, rue Saint-Joseph Sainte-Thérèse (Qc) J7E 4Y5 |
| **CLSC et Centre de jour de Grenville** 93, rue Maple Grenville (Qc) J0V 1J0 | **CLSC de Sainte-Anne-des-Plaines** 482, boul. Sainte-Anne Sainte-Anne-des-Plaines (Qc) J9N 1H0 |
| **CLSC Jean-Olivier-Chénier** 29, Chemin d'Oka Saint-Eustache (Qc) J7R 1K6 | Service de soutien à domicile, secteur Lac-des-Deux-Montagnes (équipe SAD) 67, boul. Industriel Saint-Eustache (Qc) J7R 6X5 |
| **CLSC du boulevard Arthur-Sauvé** 367 boul. Arthur-Sauvé, suites 1420 1421 (Qc)  J7P 2B1 |  |

#### Centres de prélèvement

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre de prélèvement de Saint-Eustache (Centre de services ambulatoires de Saint-Eustache) 239, rue Robinson Saint-Eustache (Qc) J7R 5S5** | **Centre de prélèvement de Thérèse-De Blainville 300, rue Sicard Sainte-Thérèse (Qc) J7E 3X5** |
| **Centre de prélèvement d'Argenteuil Services offerts au Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil 145, avenue de la Providence Lachute (Québec)  J8H 4C7** | **Centre de prélèvement de Saint-Jérôme 480, 5e Rue Saint-Jérôme (Qc) J7Z 0H6** |
| **Centre de prélèvement des Pays-d'en-Haut 150 rue Principale St-Sauveur (Qc) J0R 1R6** | **CLSC du Village-des-Monts 118, rue Principale Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2R8** |
| **Centre de prélèvement de Rivière-Rouge Services offerts au Centre de services de Rivière-Rouge 1525, rue l'Annonciation Nord Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0** | **Centre de prélèvement de Mont-Laurier Services offerts à l'Hôpital de Mont-Laurier 2561, Chemin de la Lièvre Sud Mont-Laurier (Qc) J9L 3G3** |
| **CLSC de Mont-Tremblant 635, rue Léonard Mont-Tremblant (Qc) J8E 3H9** | **Centre de prélèvement de Sainte-Anne-des-Plaines 482, boul. St-Anne Sainte-Anne-des-Plaines (Qc) J5N 3R3** |

#### Centres d’hébergement

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre d'hébergement de Labelle 50, rue de l'Église Labelle (Qc) J0T 1H0** | **Centre d'hébergement de Mont-Tremblant 925, rue de Saint-Jovite Mont-Tremblant (Qc) J8E 3J8** |
| **Centre d'hébergement de Saint-Benoît 9100, rue Dumouchel Mirabel (Qc) J7N 5A1** | **Centre d'hébergement de Saint-Eustache 55, rue Chénier Saint-Eustache (Qc) J7R 4Y8** |
| **CHSLD de Blainville 1352, boul. Michèle-Bohec Blainville (Qc) J7C 5S4** | **CHSLD de Saint-Jérôme 200, rue Rolland Saint-Jérôme (Qc) J7Z 5S1** |
| **Centre d'hébergement des Hauteurs 707, boul. de Sainte-Adèle Sainte-Adèle (Qc) J8B 2N1** | **Centre d'hébergement Drapeau-Deschambault 100, rue du Chanoine-Lionel-Groulx Sainte-Thérèse (Qc) J7E 5E1** |
| **Centre d'hébergement Hubert-Maisonneuve 365, Chemin de la Grande-Côte Rosemère (Qc) J7A 1K4** | **Centre d'hébergement L'Équip'Âge 1525, rue L'Annonciation Nord Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0** |
| **CHSLD de Sainte-Adèle 249, boulevard Sainte-Adèle Sainte-Adèle (Qc)  J8B 1A9** | **Centre d'hébergement Sainte-Anne 411, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1S1** |
| **Pavillon Philippe-Lapointe 234, rue Saint-Vincent Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2B8** | **Résidence de Lachute 377, rue Principale Lachute (Qc) J8H 1Y1** |
| **Unités du Pavillon et de La Fontaine Centre multiservices de santé et de services sociaux d'Argenteuil 145, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4C7** |  |

#### Services jeunesse ET DPJ

|  |
| --- |
|  |
| **Deux-Montagnes** 333, Antonin-Campeau, bureau 101 Deux-Montagnes (Qc) J7R 0A2 | **Sainte-Thérèse** 300, rue Sicard, suite 255 Sainte-Thérèse (Qc) J7E 3L1 |
| **Saint-Jérôme** 500, boul. des Laurentides, bureau 241 Saint-Jérôme (Qc) J7Z 4M2 | **Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Sainte-Agathe-des-Monts** 125A, Tour du Lac, C.P. 60 Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 3A1 |
| **Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Lachute** 143, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4E9 | **Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Saint-Jérôme** 348, 350 et 352 rue Bocage Saint-Jérôme (Qc) J7Y 2Y5 |
| **Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Jérôme** 358, rue Laviolette Saint-Jérôme (Qc) J7Y 2T1 | **Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Boisbriand** 3056, chemin de la Rivière-Cachée Boisbriand (Qc) J7H 1H9 |
| **Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Mont-Laurier** 419, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1S1 | **Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Sainte-Sophie** 225, Chemin du Lac Bertrand Sainte-Sophie (Qc) J5J 2M1 |
| **Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Jérôme** 148, rue Castonguay Saint-Jérôme (Qc) J7Y 2J2 | **Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation d'Huberdeau** 104, rue Vert-Pré Huberdeau (Qc) J0T 1G0 |
| **Centre multiservices de santé et de services sociaux de La Rivière-du-Nord** 66 rue Danis Saint-Jérôme (Qc)  J7Y 2R3 |  |

#### Centres de réadaptation DI-TSA

|  |  |
| --- | --- |
| **Argenteuil** 390, avenue Béthany Lachute (Qc) J8H 4G8 | **CASIS Argenteuil** 390, avenue Béthany Lachute (Qc) J8H 4G8 |
| **Deux-Montagnes/Mirabel** 333, rue Antonin-Campeau, bureau 102 Deux-Montagnes (Qc) J7R 0A2 | **CASIS Saint-Eustache** 356, rue Grande-Côte Saint-Eustache (Qc) J7P 1G3 |
| **Lafontaine** 55, 104e Avenue Saint-Jérôme (Qc) J7Y 1H5 | **CASIS Lafontaine** 55, 104e Avenue Saint-Jérôme (Qc) J7Y 1H5 |
| **Marlyne la p'tite girafe** 18110, rue Lapointe Mirabel (Qc) J7J 1K8 | **Rivière-du-Nord** 500, boul. des Laurentides, bureau 255 Saint-Jérôme (Qc) J7Z 4M2 |
| **Mont-Laurier** 600, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1S9 | **CASIS Mont-Laurier** 679, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1T2 |
| **Rivière-Rouge** 1525, rue l'Annonciation Nord, 2e étage Nord, N246 Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0 | **CASIS Rivière-Rouge** 602, rue de l'Annonciation Nord Rivière-Rouge (Qc) J0T 1T0 |
| **Sainte-Agathe/Pays-d'en-Haut** 233, rue Saint-Vincent Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2B7 | **CASIS Sainte-Agathe** 233, rue Saint-Vincent Saint-Sauveur (Qc) J8C 2B7 |
| **Thérèse-De Blainville** 140, Chemin de la Grande-Côte Rosemère (Qc) J7A 1H3 | **Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Rosemère** 138A, Chemin de la Grande-Côte Rosemère (Qc) J7A 1H3 |
| **RAC** 44, rue du Pavillon Saint-Jérôme (Qc) J7Y 3S4 | **CASIS Pays-d'en-Haut** 66, au Pied-de-la-Côte (2) Saint-Sauveur (Qc) J0R 1R5 |

#### Centres de réadaptation DP

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre de réadaptation en déficience physique de Blainville 1300, boul. du Curé-Labelle Blainville (Qc) J7C 2N8** | **Lachute 145, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4C7** |
| **Saint-Eustache 29, chemin d'Oka, bureau 220 Saint-Eustache (Qc) J7R 1K6** |  |
| **Centre de réadaptation en déficience physique de la rue Boyer 11, rue Boyer Saint-Jérôme (Qc) J7Z 2K5** | **Saint-Jérôme 51, rue Boyer Saint-Jérôme (Qc) J7Z 2K5** |
| **Centre de réadaptation en déficience physique de Mont-Laurier 515, rue Hébert, bureau 01 Mont-Laurier (Qc) J9L 2X4** | **CLSC et centre de réadaptation en déficience physique du Centre-Ville-de-Sainte-Agathe 144, rue Principale Est, bureau 300 Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 1K3** |
| **Sainte-Agathe 234, rue Saint-Vincent Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 2B8** | **Centre de réadaptation en déficience physique et de services externes pour les aînés d'Youville 531, rue Laviolette Saint-Jérôme (Qc) J7Y 2T8** |

#### Services en santé mentale/dépendance

Dépendance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deux-Montagnes**  333, Antonin-Campeau, bureau 103 Deux-Montagnes (Qc) J7R 0A2 | **Lachute** 145, avenue de la Providence Lachute (Qc) J8H 4E9 |  |
| **Mont-Laurier** 757, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1T3 | **Centre de réadaptation en dépendance de Sainte-Agathe-des-Monts** 21, rue Godon Ouest Sainte-Agathe-des-Monts (Qc) J8C 1E5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centre de réadaptation en dépendance de Thérèse-De Blainville**  125, rue Duquet Sainte-Thérèse (Qc) J7E 0A5 | **Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Jérôme (services externes)**  906, rue Labelle St-Jérôme (Qc) J7Z 5M5 |  |
| **Centre de réadaptation** **en dépendance de Saint-Jérôme(bureaux administratifs)** 910, rue Labelle St-Jérôme (Qc) J7Z 5M5 | **Centre de dépendance 24/7** 465, 5e Rue Saint-Jérôme (Qc) J7Z 0J3 |  |
| **Programme d'évaluation des** **conducteurs automobiles** **(SAAQ)**  910, rue Labelle St-Jérôme (Qc) J7Z 5M5 |  |  |

Santé mentale

|  |  |
| --- | --- |
| **Clinique externe de psychiatrie de Saint-Jérôme** 190, rue Saint-Marc Saint-Jérôme (Qc) J7Z 2V8 | **Clinique externe de psychiatrie de Sainte-Thérèse** 55, rue Saint-Joseph, 2e étage Sainte-Thérèse (Qc) J7E 4Y5 |
| **Clinique externe de pédopsychiatrie** 115, rue Saint-Laurent Saint-Eustache (Qc)  J7P 3Z5 | **Clinique externe de psychiatrie adulte** 111, rue Saint-Laurent Saint-Eustache (Qc)  J7P 3Z5 |

#### GMF-U / GMF

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | **Groupe de médecine de famille universitaire de Mont-Laurier (GMF-U)** 757, rue de la Madone Mont-Laurier (Qc) J9L 1T3 | **Groupe de médecine de famille universitaire de Saint-Eustache (GMF-U)** 57, boul. Industriel, bureau 2200 Saint-Eustache (Qc)  J7R 5B9 | | **Groupe de médecine de famille universitaire Lafontaine (GMF-U)** 1000, rue Labelle, suite 2100 Saint-Jérôme (Qc) J7Z 5N6 |  | |  |
|  |  |

1. Il s’agit d’un CÉR d’un établissement public du RSSS ou du Comité central d’éthique de la recherche. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pour plus d’informations : [https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/%20%20)  [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. Les modèles de FIC sont disponibles au lien suivant : <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/> [↑](#footnote-ref-4)
5. La liste des ajustements locaux à apporter au FIC se trouve au lien suivant : <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/> [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)
7. Pour obtenir une copie du formulaire, communiquez avec notre équipe à l’adresse suivante : [recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca) [↑](#footnote-ref-7)
8. Un projet est multicentrique lorsque mené dans plus d’un établissement (CIUSSS, CISSS, CHU) du RSSS du Québec. [↑](#footnote-ref-8)
9. Veuillez remplir le formulaire de demande d’accès à des dossiers médicaux à des fins de recherche disponible au lien suivant : <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/realiser-un-projet-de-recherche-au-cisss-des-laurentides/> [↑](#footnote-ref-9)
10. N.B. On entend par « participant humain », tout être humain dont les données (ex. : dossiers médicaux), le matériel biologique (ex. : organes, tissus, cellules ou fluides corporels prélevés sur des êtres humains vivants, des cadavres, des fœtus ou des embryons) ou les réponses à des interventions, à des stimuli ou à des questions concourent à l’objet d’un projet de recherche. La participation peut être directe ou indirecte. Cette définition inclut les représentants des participants au projet de recherche*.* [↑](#footnote-ref-10)
11. Pour prendre connaissance des MON en vigueur en recherche clinique, veuillez vous adresser au Bureau de soutien à la recherche ([recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:recherche.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)) . [↑](#footnote-ref-11)
12. Applicable dans le cas des médecins-chercheurs. [↑](#footnote-ref-12)