

## EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ DÉCLARATION MODIFICATIVE



### DIRECTIVES

L'article 187.11 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) prévoit que le membre peut exercer ses activités professionnelles en société s'il fournit à l'Ordre des dentistes du Québec une déclaration à cet effet, conformément aux exigences prescrites au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (ci-après appelé « Règlement »). L'article 4 du Règlement requiert que cette déclaration soit fournie à l'Ordre des dentistes du Québec (« l'Ordre ») **préalablement à l'exercice en société.**

L'article 6, quant à lui, prévoit qu'elle soit mise à jour **avant le 31 mars de chaque année.** De plus, dès qu'une modification intervient dans les informations décrites dans cette déclaration et les mises à jour subséquentes, l'Ordre doit en être informé dans les meilleurs délais par le dépôt du formulaire approprié. Enfin, toutes les conditions prévues au Règlement ainsi que celles contenues au chapitre VI.3 du Code des professions doivent être satisfaites en tout temps par le membre et la société.

À défaut de produire la documentation requise par la situation qui vous concerne, l'article 1 du Règlement stipule que :  
« Le membre **cesse d'être autorisé** à exercer ses activités professionnelles au sein d'une société s'il ne respecte plus les conditions prévues au présent règlement ou au chapitre VI.3 du Code des professions. »

### DOCUMENTS

- Copie certifiée de toute déclaration modificative déposée auprès du Registraire des entreprises du Québec (REQ) qui atteste des changements apportés (ou auprès de Corporations Canada).
- Le cas échéant, joindre une copie du certificat de modification de dénomination sociale délivré par le REQ ou de la déclaration déposée au REQ qui atteste du changement de dénomination sociale (ou par Corporations Canada).
- Le cas échéant, joindre un original du formulaire Convention entre un dentiste cédant ses dossiers et le cessionnaire de ses dossiers.
- Le cas échéant, la liste des administrateurs, dirigeants, actionnaires, valeurs mobilières, fiduciaires ou bénéficiaires à jour.

### NOTE

Les copies de documents provenant du REQ, de Corporations Canada ou de toute autre autorité compétente mentionnés plus haut peuvent être certifiées conformes par l'autorité elle-même, un avocat ou un notaire seulement.

### FRAIS

Des frais administratifs de 100 \$ sont exigés. Ces frais peuvent être acquittés par chèque libellé à l'Ordre des dentistes du Québec ou au moyen d'une carte de crédit en communiquant avec la responsable de l'exercice en société, par téléphone, au 514.875.8511 (poste 2233)

1. Veuillez remplir **seulement** les sections où des changements sont intervenus et retourner à l'Ordre **toutes** les pages de cette déclaration.
2. Vous devez aviser l'Ordre immédiatement lorsque des changements sont intervenus quant à la détention des actions (article 6 du Règlement).
3. Toute erreur ou omission pourrait occasionner un délai dans le traitement de la demande ou de l'inscription des informations au registre des sociétés de l'Ordre.

## SECTION 1

### Information sur la société

#### 1. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (CHAMP OBLIGATOIRE)

NOM DE LA SOCIÉTÉ	NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)
-------------------	-------------------------------------

Nouvelle dénomination sociale, le cas échéant

#### ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ (À REMPLIR SI CHANGEMENT SEULEMENT)

N°	RUE		
MUNICIPALITÉ/VILLE	PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL	PAYS

#### 2. AUTRES NOMS UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ ET DÉCLARÉS AU REQ

##### NOTE

Dans tous les cas, les noms doivent également avoir été inscrits au REQ.

AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait
AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait
AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait
AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait
AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait
AUTRE NOM	<input type="checkbox"/> ajout	<input type="checkbox"/> retrait

#### À L'USAGE DE L'ORDRE SEULEMENT

DATE DE RÉCEPTION DES DOCUMENTS	JJ / MM / AA	INITIALES
---------------------------------	--------------	-----------

### 3. MEMBRE RÉPONDANT/RÉPONDANT SUBSTITUT (article 7 du Règlement)

1. Le répondant/répondant substitut **DOIT** exercer ses activités professionnelles au Québec, au sein de la société et à l'établissement pour lequel il agit à ce titre.
2. Lorsque, pour un établissement de la société, **AUCUN** actionnaire/associé n'y exerce ses activités professionnelles, un membre de l'Ordre **DEVRA** néanmoins être désigné pour agir à ce titre pour chacun des établissements concernés (p. ex. : travailleur autonome, employé).
3. Le(s) répondant(s) **DOIT/DOIVENT** signer la **Convention d'acceptation du répondant** ci-dessous.
4. Lorsqu'un répondant **CESSE** d'être la personne **désignée** pour agir à ce titre, il **DOIT** s'assurer qu'un nouveau répondant est **désigné** et transmettre à l'Ordre une nouvelle **Convention d'acceptation du répondant**.

**N.B.** Un **répondant substitut** par établissement doit être désigné **uniquement** si plus d'un membre de l'Ordre exerce ses activités professionnelles au sein de la société.

#### CONVENTION D'ACCEPTATION DU RÉPONDANT Répondant de la société Répondant d'un établissement

##### NOTE

L'adresse de correspondance choisie par le répondant/répondant substitut lors de son inscription annuelle sera utilisée par l'Ordre pour toute correspondance avec la société, si nécessaire.

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT ( <b>CHAMP OBLIGATOIRE</b> )	NUMÉRO DE PERMIS
.....	.....

AUCUN changement  MODIFICATION

Exercez-vous la profession au sein de la société?  OUI  NON

Une **Convention d'acceptation du répondant** doit être signée par chaque répondant pour chaque établissement de la société.

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT SUBSTITUT ( <b>LE CAS ÉCHÉANT</b> )	NUMÉRO DE PERMIS
.....	.....

AUCUN changement  MODIFICATION

Exercez-vous la profession au sein de la société?  OUI  NON

- ✓ J'atteste que je suis membre de l'Ordre et que j'ai été désigné pour agir pour l'ensemble des membres exerçant au sein de la société afin de remplir les conditions prévues aux articles 6 et 8.
- ✓ J'atteste avoir accepté mon mandat en m'assurant de l'exactitude de tous les renseignements qui seront fournis à l'Ordre et j'accepte de répondre à toute demande formulée par le syndic, un inspecteur, un enquêteur ou tout autre représentant de l'Ordre.
- ✓ De plus, je donne droit aux personnes, comités, instances disciplinaires et tribunaux visés à l'article 193 du Code des professions d'exiger de tout associé ou actionnaire la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 13 du Règlement ou d'une copie d'un tel document.
- ✓ J'atteste être dûment informé de mon obligation de transmettre, immédiatement, le formulaire prévu à cet effet, advenant que je démissionne de mon mandat de répondant.

<b>X</b>	À	LE
SIGNATURE DU RÉPONDANT <u>SORTANT</u>	.....	JJ / MM / AA
	VILLE	

<b>X</b>	À	LE
SIGNATURE DU RÉPONDANT	.....	JJ / MM / AA
	VILLE	



## 5. NOMBRE D'ADMINISTRATEURS (CHAMP OBLIGATOIRE)

### NOTE

**Seuls les membres de l'Ordre peuvent être nommés pour exercer des fonctions de gestion au sein de la société, y compris, le cas échéant, la fonction d'administrateur, d'officier ou de dirigeant.**

Nombre d'administrateurs siégeant au conseil d'administration de la société par actions ou au conseil de gestion interne de la société en nom collectif à responsabilité limitée : .....

## 6. NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES AVEC DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ

**N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 6 OU 7 DU PRÉSENT FORMULAIRE**

1. Spécifiez le nombre d'actions ou parts sociales **avec droit de vote** détenues par des membres de l'Ordre seulement : ..... %
2. Spécifiez le nombre d'actions ou parts sociales **avec droit de vote** détenues par des fiduciaires ou par toute autre entreprise : ..... %
3. Nombre **TOTAL** d'actions ou de parts sociales **avec droit de vote** émises par la société : ..... **TOTAL =** %

## 7. NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES SANS DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ

**N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 8 OU 9 DU PRÉSENT FORMULAIRE**

1. Spécifiez le nombre d'actions **sans droit de vote** détenues par des membres de l'Ordre et/ou par un conjoint et/ou par un membre de la famille : ..... %
2. Spécifiez le nombre d'actions **sans droit de vote** détenues par des fiduciaires ou par toute autre entreprise : ..... %
3. Nombre **TOTAL** d'actions **sans droit de vote** émises par la société : ..... **TOTAL =** %

## SECTION 2

### Information sur les membres détenant des actions ou parts sociales **AVEC DROIT DE VOTE** dans la société (article 3 [1<sup>o</sup>] et article 9 du Règlement)

1.  ajout  
 retrait  
 modification

NUMÉRO DE PERMIS

Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote : %

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à aviser immédiatement l'Ordre par écrit si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque raison que ce soit.

OU

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne est inscrite au tableau de l'ODQ à la classe « membre retraité » ou « exempté d'assurance-responsabilité du FARPODQ ».

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société?  Oui  Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire  Associé  Dirigeant  Administrateur  Employé  Exerce une fonction de gestion

2.  ajout  
 retrait  
 modification

NUMÉRO DE PERMIS

Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote : %

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à aviser immédiatement l'Ordre par écrit si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque raison que ce soit.

OU

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne est inscrite au tableau de l'ODQ à la classe « membre retraité » ou « exempté d'assurance-responsabilité du FARPODQ ».

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société?  Oui  Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire  Associé  Dirigeant  Administrateur  Employé  Exerce une fonction de gestion

### SECTION 3

## Information sur les personnes morales, les fiducies et les autres entreprises détenant des actions ou des parts sociales AVEC DROIT DE VOTE dans la société

[article 3 [1°] [b] et article 9 du Règlement]

#### 1. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

ajout       personne morale      Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote :  %  
 retrait       fiducie  
 modification       autre entreprise

DATE D'EFFET JJ / MM / AA      DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE       NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)  (LE CAS ÉCHÉANT)

SIÈGE SOCIAL

N°  RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE       PROVINCE/ÉTAT       CODE POSTAL       PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D' ACTIONS DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHER LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDICER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

Permis ODQ	ASSOCIÉ	ACTIONNAIRE	FIDUCIAIRE	ADMINISTRATEUR	DIRIGEANT	EMPLOYÉ	EXERCE UNE FONCTION DE GESTION	EXERCE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

ajout       personne morale      Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote :  %  
 retrait       fiducie  
 modification       autre entreprise

DATE D'EFFET JJ / MM / AA      DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE       NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)  (LE CAS ÉCHÉANT)

SIÈGE SOCIAL

N°  RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE       PROVINCE/ÉTAT       CODE POSTAL       PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D' ACTIONS DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHER LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDICER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

Permis ODQ	ASSOCIÉ	ACTIONNAIRE	FIDUCIAIRE	ADMINISTRATEUR	DIRIGEANT	EMPLOYÉ	EXERCE UNE FONCTION DE GESTION	EXERCE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 4

### **Information sur les personnes physiques détenant des actions SANS DROIT DE VOTE dans la société** [article 3 [2°] du Règlement]

1.  ajout  retrait  modification

Nombre d'actions **sans droit de vote** :  %

MEMBRE DE L'ORDRE (LE CAS ÉCHÉANT)  
NUMÉRO DE PERMIS

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU DÉTENTEUR D'ACTIONS

PRÉNOM

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

**Actionnaire – Membre de l'Ordre**

Administrateur  Dirigeant  Exerce une fonction de gestion

**Actionnaire – Conjoint(e)/parent**

LIEN AVEC L'ACTIONNAIRE MEMBRE DE L'ORDRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Conjoint(e)  Parent : À QUEL TITRE?

2.  ajout  retrait  modification

Nombre d'actions **sans droit de vote** :  %

MEMBRE DE L'ORDRE (LE CAS ÉCHÉANT)  
NUMÉRO DE PERMIS

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU DÉTENTEUR D'ACTIONS

PRÉNOM

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

**Actionnaire – Membre de l'Ordre**

Administrateur  Dirigeant  Exerce une fonction de gestion

**Actionnaire – Conjoint(e)/parent**

LIEN AVEC L'ACTIONNAIRE MEMBRE DE L'ORDRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Conjoint(e)  Parent : À QUEL TITRE?



## SECTION 5

### Information sur les personnes morales, les fiducies et les autres entreprises détenant des actions SANS DROIT DE VOTE dans la société

[article 3 [2°] a), b), c), d) et e) du Règlement]

#### IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

Personne morale  Fiducie  Autre entreprise

ajout  
 retrait  
 modification

Nombre d'actions ou de parts **sans droit de vote** :  %

DATE D'EFFET  
JJ / MM / AA

DATE DE FIN  
JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE /FIDUCIE

NUMÉRO D'ENTREPRISE  
DU QUÉBEC (NEQ)

#### SIÈGE SOCIAL

N°  RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE  PROVINCE/ÉTAT  CODE POSTAL  PAYS

#### STATUT(S)/FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D' ACTIONS DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

#### Actionnaire(s)/fiduciaire(s) – Membre(s) de l'Ordre

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE  MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire  Fiduciaire  Administrateur  Dirigeant  Exerce une fonction de gestion

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE  MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire  Fiduciaire  Administrateur  Dirigeant  Exerce une fonction de gestion

#### Actionnaire(s)/fiduciaire(s) – Conjoint(e)/parent(s)

NOM DE L'ACTIONNAIRE/FIDUCIAIRE CONJOINT(E)/PARENT

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN  MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire  Fiduciaire  Conjoint(e)  Parent :  À QUEL TITRE?

NOM DE L'ACTIONNAIRE/FIDUCIAIRE CONJOINT(E)/PARENT

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN  MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire  Fiduciaire  Conjoint(e)  Parent :  À QUEL TITRE?

## SECTION 6

### Attestation assermentée et autorisation

#### ATTESTATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET ASSERMENTATION

JE, .....	.....
NOM DU MEMBRE/RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)	NUMÉRO DE PERMIS

- ✓ Atteste que je suis membre de l'Ordre et, le cas échéant, la personne autorisée par la société à signer la présente déclaration, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent la présente déclaration; j'atteste de plus que la détention des parts sociales ou actions ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions du Règlement.
- ✓ De plus, je donne le droit aux personnes, comités, instances disciplinaires et tribunaux visés à l'article 192 du Code des professions d'exiger de tout associé ou actionnaire la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 13 du Règlement ou d'une copie d'un tel document.

Signé et assermenté devant moi :

à (ville) ....., ce ..... jour de ..... 20 .....

**X**

SIGNATURE DU RÉPONDANT

**X**

..... pour le district de .....

SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

#### COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

L'assermentation du formulaire Déclaration d'exercice de la médecine dentaire en société peut se faire soit par un avocat, un notaire ou un commissaire à l'assermentation. Si vous choisissez de faire assermenter ce document par un commissaire à l'assermentation, voici un lien qui vous permettra d'en trouver facilement un dans votre secteur : <http://www.assermentation.justice.gouv.qc.ca/ServicesPublicsConsultation/Commissaires/Proximite/Criteres.aspx>.