

Appel de demandes pour la délivrance de permis aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic pour des services orthopédiques en Ontario

Formulaire de demande

Date limite de soumission: 27 août 2025 à 23 h 59

Ministère de la Santé

2 juillet 2025

Table des matières

Table des matières	2
Introduction	4
Avis d'appel de demandes.....	4
Formulaire de demande.....	4
Lignes directrices relatives à la demande.....	4
Avis de collecte de renseignements personnels.....	4
PAGE DE COUVERTURE DE LA DEMANDE	6
QUESTIONS RELATIVES À LA DEMANDE	7
1. Conditions minimales d'admissibilité.....	7
1.1 Loi de 2 023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés.....	7
1.2 Emplacement des services.....	7
1.3 Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario.....	7
1.4 Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé.....	7
1.5 Normes de diagnostic des centres de services intégrés de santé communautaires intégrés.....	7
1.6 Loi sur la protection contre les rayons X.....	7
1.7 Inspection préalable à la délivrance de permis.....	8
1.8 Planification de la sécurité-incendie, des urgences et de l'évacuation en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario.....	8
1.9 Emplacement de l'hôpital.....	8
1.10 Prévention et contrôle des infections (PCI).....	8
1.11 Présentation de rapports en vertu de l'EPT et collecte de données.....	8
1.12 Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).....	9
1.13 Système d'information sur les temps d'attente.....	9
1.14 Autres exigences en matière de connectivité numérique des systèmes de santé et de production de rapports.....	9
1.15 Coûts de l'établissement.....	10
1.16 Recommandation des patients vers un centre.....	10
1.17 Partenariats hospitaliers formels.....	10
1.18 Services de réadaptation postopératoires pour les patients.....	10
1.19 Privilèges des médecins.....	10
2 Exigences relatives à la prestation de services.....	11
2.1 Calendrier de fonctionnement.....	11
2.2 Volumes annuels approximatifs et heures de fonctionnement.....	11
2.3 Évaluation financière et économique.....	12
2.4 Recommandation des patients vers un centre.....	14
2.5 Planification et évaluation préopératoire du patient.....	15
2.6 Parcours postopératoire du patient.....	16
2.7 Services de réadaptation postopératoire pour les patients.....	18
3. Programme d'assurance de la qualité.....	21
3.1 Conseiller en assurance de la qualité.....	21
3.2 Plan de prévention et de contrôle des infections (PCI).....	22
4. Expérience commerciale, clinique et professionnelle.....	23

4.1	Antécédents en matière d'affaires et d'infractions pénales ou réglementaires.....	23
4.2	Certificat de conduite professionnelle de l'OMCO	24
4.3	Statut juridique	24
4.4	Expérience commerciale et professionnelle	31
4.5	Organigramme	31
4.6	Fournisseurs	32
4.7	Surveillance l'établissement de santé propose	33
4.8	Dirigeants et directeurs	33
4.9	Direction et supervision	35
4.10	Plan de continuité de la gestion et de l'administration	37
5.	Emplacement de l'établissement de santé.....	38
5.1	Emplacement de l'établissement de santé	38
6.	Modèle de dotation.....	39
6.1	Plan de dotation	39
6.2	Viabilité du plan de dotation	42
7.	Liens avec le système de santé	45
7.1	Partenariats hospitaliers	45
7.2	Établir et maintenir des liens avec le système de santé	46
7.3	Avantages pour les patients et le système de santé	48
8.	Équité en santé	50
8.1	Un large accès aux procédures pour les populations diverses et insuffisamment desservies	50
8.2	Description de l'incidence	50
9.	Services non assurés	55
9.1	Services non assurés fournis	55
9.2	Conformité du CSSCI	56
DÉCLARATIONS	59
10.1	Déclarations du demandeur	59
10.2	Déclarations des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale.....	59
10.3	Modèles de déclaration	59
<i>DÉCLARATION 1-</i>	<i>Déclaration du demandeur</i>	<i>60</i>
<i>DÉCLARATION 2-</i>	<i>Déclaration de conflit d'intérêts du demandeur</i>	<i>62</i>
<i>DÉCLARATION 3-</i>	<i>Observation fiscale du demandeur</i>	<i>64</i>
<i>DÉCLARATION 4-</i>	<i>Déclaration des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale.....</i>	<i>65</i>
<i>DÉCLARATION 4-</i>	<i>Déclaration de conflit d'intérêts des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale.....</i>	<i>66</i>
SIGNATURES FINALES	69
LISTE DE VÉRIFICATION FINALE	70

INTRODUCTION

Avis d'appel de demandes

Le directeur des centres de services de santé communautaires intégrés (CSSCI) a lancé le présent appel de demandes conformément à l'article 5 de la *Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés (LCSSCI)*, afin d'envisager la délivrance de nouveaux permis de CSSCI aux termes de l'article 6 de la LCSSCI.

L'appel de demandes précise les procédures requises, les conditions minimales d'admissibilité des demandeurs et les délais dans lesquels les demandes doivent être soumises. Il ne s'agit **pas** d'un processus d'approvisionnement, mais plutôt d'un processus d'appel de demandes pour la sélection des bénéficiaires de paiements de transfert (PT). Le directeur dispose d'un pouvoir discrétionnaire et décisionnel total dans le processus d'approbation.

Formulaire de demande

Le présent appel de demandes pour la délivrance d'un permis de CSSCI pour des services orthopédiques en Ontario doit être rempli par les demandeurs qui souhaitent demander un permis de CSSCI en vertu de la LCSSCI. Le terme « demande » utilisé dans le présent document fait référence au formulaire de demande dûment rempli et aux pièces jointes requises par la demande et les lignes directrices.

Lignes directrices relatives à la demande

Des instructions et des renseignements utiles pour remplir la demande sont fournis dans le document intitulé « Lignes directrices – Appel de demandes pour la délivrance de permis aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic pour des services orthopédiques en Ontario » (lignes directrices relatives à la demande). Les demandeurs doivent se référer aux lignes directrices pour s'assurer que leur demande est complète.

Glossaire des termes courants

Les lignes directrices relatives à la demande comprennent un glossaire des termes courants utilisés dans la demande et les lignes directrices relatives à la demande.

Avis de collecte de renseignements personnels

Le ministère recueille les renseignements personnels fournis dans la présente demande, ainsi que tout renseignement supplémentaire soumis dans le cadre de la demande, à des fins liées à l'administration de la LCSSCI, conformément au paragraphe 58(1) de la Loi. Ces renseignements serviront à évaluer la demande du demandeur, ainsi qu'à vérifier et à surveiller l'admissibilité au permis et au fonctionnement des centres dans le cadre de la LCSSCI.

Le demandeur doit s'assurer que toutes les personnes dont les renseignements personnels sont fournis dans la demande sont informées de cette utilisation des renseignements personnels.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte et l'utilisation des

renseignements, vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse
ICHSC.Applications@ontario.ca.

Il convient de noter que tout renseignement recueilli par le directeur des CSSCI dans le cadre d'une demande est réputé, aux fins de l'article 17 de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, avoir été fourni à titre confidentiel au directeur, conformément au paragraphe 19 (3) de la LCSSCI.

PAGE DE COUVERTURE DE LA DEMANDE

Nom(s) du demandeur :			
Adresse de courriel :			
Numéro de téléphone :			
Nom de l'établissement de santé :			
Adresse de l'établissement de santé :			
Volumes annuels estimatifs des services (minimum et maximum) ¹			
Échéancier proposé pour le début de la prestation de services après réception de l'approbation conditionnelle (MM-AAAA) ¹			
Bureau de Santé Ontario où se trouve l'installation ²			
Type :	<input type="checkbox"/> Propriétaire unique	<input type="checkbox"/> Personne morale	<input type="checkbox"/> Sans but lucratif
<i>Ne remplissez la section ci-dessous que si vous avez sélectionné « Société » ci-dessus</i>			
Renseignements relatifs à la société :	Nom de la société :	Numéro de la société :	
Adresse de la société :			

¹À compléter en fonction de la réponse à la section 2.2 de la demande ci-dessous.

²Pour une définition complète, voir le glossaire dans les lignes directrices relatives à la demande.

QUESTIONS RELATIVES À LA DEMANDE

1 Conditions minimales d'admissibilité

Les conditions minimales d'admissibilité indiquées ci-dessous sont des conditions fondamentales que doivent remplir les demandeurs afin d'être pris en considération pour l'obtention d'un permis.

Remarque : Si le demandeur répond « non » à l'une des questions figurant dans les conditions minimales d'admissibilité, sa demande ne sera pas prise en considération pour l'obtention d'un permis.

1.1 Loi de 2 023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés

Le demandeur confirme-t-il qu'il se conforme à toutes les exigences de la *Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés* ([LCSSCI](#))?

Oui Non

1.2 Emplacement des services

Le demandeur comprend-il parfaitement que les services autorisés doivent être fournis en Ontario?

Oui Non

1.3 Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario

Le demandeur confirme-t-il que l'établissement de santé se conformera aux exigences de la Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario ([LAPHO](#))?

Oui Non

1.4 Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé

La [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé \(LPRSP\)](#) s'applique à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé par un dépositaire des renseignements sur la santé tel qu'un centre intégré de services de santé communautaire (voir l'article 3[1] 4 de la LPRSP).

Le demandeur confirme-t-il qu'il se conforme aux exigences de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé ([LPRSP](#))?

Oui Non

1.5 Normes de diagnostic des centres de services intégrés de santé communautaires intégrés

Le demandeur accepte-t-il de veiller à ce que le centre se conforme à toutes les [normes](#) établies dans le cadre du programme d'assurance qualité des centres de services de santé communautaires intégrés, sous l'égide de l'organisme d'inspection, Agrément Canada, lorsqu'il exploite un CSSCI?

1.6 Loi sur la protection contre les rayons X

Le demandeur confirme-t-il qu'il accepte de se conformer pleinement à toutes les exigences de la Loi sur la protection contre les rayons X ([LPRX](#)) et de ses règlements d'application, y compris l'obtention des autorisations nécessaires en vertu de la LPRX, le cas échéant?

Oui Non

1.7 Inspection préalable à la délivrance de permis

Le demandeur accepte-t-il de se conformer entièrement à l'inspection obligatoire préalable à la délivrance de permis menée par Agrément Canada, qui est requise et que le centre devra réussir si le demandeur se voit offrir un permis pour devenir un centre de services de santé communautaire intégrés?

Oui Non

1.8 Planification de la sécurité-incendie, des urgences et de l'évacuation en vertu du Code de prévention des incendies de l'Ontario

Le demandeur confirme-t-il qu'il respectera le plan de sécurité-incendie, d'urgence et d'évacuation certifié par le Code de prévention [des incendies de l'Ontario](#) pour l'établissement de santé, y compris toutes les politiques et procédures connexes?

Oui Non

1.9 Emplacement de l'hôpital

Le demandeur confirme-t-il que l'établissement de santé ne sera pas situé dans le même bâtiment/local/endroit où un hôpital public est exploité en vertu de la Loi sur [les hôpitaux publics](#)?

Oui Non

1.10 Prévention et contrôle des infections (PCI)

Le demandeur confirme-t-il que l'établissement de santé se conforme et continuera à se conformer aux directives de santé publique et à toute exigence future en matière de santé publique?

Oui Non

1.11 Présentation de rapports en vertu de l'EPT et collecte de données

Les demandeurs qui se voient délivrer un permis de CSSCI devront fournir des renseignements dans le format et à la fréquence précisés dans l'entente de paiement de transfert (EPT) que le ministère établira avec le titulaire de permis. Il peut s'agir d'exigences relatives à la saisie de données dans des systèmes d'information particuliers. Les données et les rapports peuvent comprendre, entre autres, les renseignements ci-dessous.

Type de renseignement

- a) Volumes de services du CSSCI
- b) Détails de la dotation en personnel (par exemple, effectifs et heures travaillées par statut d'emploi, catégorie professionnelle)
- c) Indicateurs de qualité (par exemple, taux d'admission à l'hôpital, accès rapide aux soins de réadaptation)
- d) Populations prioritaires desservies et la manière dont l'établissement de santé répond aux besoins en matière d'équité sanitaire
- e) Rapport financier.

Cochez « Oui » ci-dessous si le demandeur accepte les exigences ci-dessus en matière de collecte et de communication des données et reconnaît que ces exigences seront précisées dans l'EPT :

 Oui Non

1.12 Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Les demandeurs qui se voient délivrer un permis de CSSCI devront fournir les données nécessaires au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), y compris au Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exigences relatives à la soumission des données du SNISA ici : [SNISA](#). Veuillez noter que cela peut entraîner des frais supplémentaires pour le demandeur retenu.

Cochez « Oui » ci-dessous si le demandeur accepte de soumettre les données requises au Système national d'information sur les soins ambulatoires

 Oui Non

1.13 Système d'information sur les temps d'attente

Les demandeurs qui se voient délivrer un permis de CSSCI devront se connecter, et rester connectés, au Système d'information sur les temps d'attente de l'Ontario (SITA) et collaborer avec Santé Ontario pour établir et maintenir cette connexion au besoin. Les détenteurs de permis de CSSCI devront établir une connexion sécurisée entre leur système d'information local et le système SITA afin de faciliter l'échange de données. Le détenteur de permis doit également communiquer les temps d'attente et les données d'efficacité comme l'exige la norme SITA en matière de rapports. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exigences relatives à la connexion au SITA ici : [SITA Exigences de connexion](#).

Cochez « Oui » ci-dessous si le demandeur accepte d'établir une connexion avec le système SITA et de prendre en charge les exigences en matière d'intégration et de communication des données, y compris les coûts associés à l'intégration et à la communication des données :

 Oui Non

1.14 Autres exigences en matière de connectivité numérique des systèmes de santé et de production de rapports

Compte tenu de l'évolution des initiatives visant à améliorer la connectivité et l'intégration des soins aux patients dans le système de santé de l'Ontario, les demandeurs retenus pour un permis de CSSCI peuvent avoir d'autres exigences en matière de connectivité numérique et de communication des données. Les demandeurs peuvent être tenus de participer aux diverses initiatives et aux initiatives mises en œuvre dans le système, comme la participation au programme de gestion centralisée des listes d'attente, au programme de gestion centralisée des listes d'attente, au Service de triage central et la contribution au dossier de santé électronique provincial, etc. Veuillez noter que ces systèmes peuvent entraîner des coûts supplémentaires pour le demandeur retenu.

Cochez « Oui » ci-dessous pour confirmer que le demandeur comprend qu'une partie des futures exigences concernant la délivrance de permis de CSSCI peut inclure les exigences supplémentaires relatives à la connectivité numérique et à la production de rapports

 Oui Non

1.15 Coûts de l'établissement

Cochez « Oui » ci-dessous pour confirmer que le demandeur accepte les coûts de l'établissement payables pour les services orthopédiques détaillés dans les lignes directrices et résumés ci-dessous :

Arthroplastie unilatérale primitive de la hanche 6 530 \$

Arthroplastie unilatérale primitive du genou 5 797 \$

Oui

Non

1.16 Recommandation des patients vers un centre

Tous les patients recevant des services orthopédiques financés dans les CSSCI doivent être aiguillés vers les centres à partir des programmes d'admission régionaux respectifs qui sont soutenus par les cliniques d'accès rapide. Cochez « Oui » ci-dessous pour confirmer que le demandeur a établi un lien avec un programme d'admission régional qui bénéficie d'une aide à l'évaluation de la part des cliniques d'accès rapide, comme indiqué dans les lignes directrices relatives à la demande, et qu'il accepte de recevoir tous les patients par l'intermédiaire d'un programme régional d'admission, comme indiqué dans les lignes directrices relatives à la demande.

Oui

Non

1.17 Partenariats hospitaliers

Tous les CSSCI de chirurgie orthopédique sont tenus d'établir et de maintenir des partenariats formels avec au moins un hôpital local, conformément aux exigences spécifiées dans les lignes directrices relatives à la demande. Cochez « Oui » ci-dessous pour confirmer que le demandeur a établi un partenariat formel avec un hôpital local, comme indiqué dans les lignes directrices relatives à la demande.

Qui

Non

1.18 Services de réadaptation postopératoires pour les patients

Tous les CISSC en chirurgie orthopédique devront démontrer des partenariats avec au moins un hôpital local, conformément aux exigences précisées dans le Guide de présentation des demandes. Veuillez cocher "Oui" ci-dessous pour confirmer que le demandeur établira un partenariat avec au moins un hôpital local avant d'offrir les services du CISSC, tel que détaillé dans le Guide de présentation des demandes

Qui

Non

1.19 Privilèges des médecins

Tous les médecins proposés pour pratiquer la chirurgie orthopédique ou l'anesthésie dans un CSSCI ont-ils des privilèges hospitaliers actifs?

Yes

No

2 Exigences relatives à la prestation de services

Les demandeurs devront fournir une description des services qui seront offerts dans le centre, en mettant l'accent sur la manière dont il garantira aux patients des soins interconnectés et commodes. Une liste complète des services orthopédiques qui seront autorisés dans le cadre de la LCSSCI figure dans les lignes directrices relatives à la demande.

2.1 Calendrier de fonctionnement

Quel est le délai proposé (mesuré en semaines) dans lequel l'établissement de santé commencera à fournir des services orthopédiques dès la délivrance du permis de CSSCI (c'est-à-dire 4 semaines, 10 semaines, 30 semaines, etc.)? Expliquez en quoi cet échéancier est réalisable. (200 mots maximum)

2.2 Volumes annuels approximatifs et heures de fonctionnement

Veillez fournir les renseignements suivants concernant les services orthopédiques de l'établissement de santé proposé (300 mots maximum) :

- une approximation du volume minimum et maximum de services orthopédiques qui pourraient être fournis chaque année dans l'établissement de santé proposé
- le nombre de salles d'opération, de zones préopératoires, de zones de récupération post-anesthésique et/ou de salles polyvalentes
- la durée moyenne de réalisation de chaque intervention orthopédique
- le nombre moyen approximatif projeté de services orthopédiques fournis par jour,
- les heures d'ouverture quotidiennes proposées et,
- le nombre estimé de jours de fonctionnement par année.

Veillez inclure dans la réponse du demandeur tout plan visant à fournir des services dans la

structure de santé en dehors des heures de pointe (par exemple, le soir ou les fins de semaine) afin d'améliorer l'accès des patients aux services assurés.

2.3 Évaluation financière et économique

Veillez fournir des détails sur la viabilité financière et la faisabilité de l'établissement de santé proposé. Veillez indiquer une référence au coût de l'établissement (6 530 dollars pour le remplacement de l'articulation de la hanche et 5 797 dollars pour le remplacement de l'articulation du genou) pour les services orthopédiques, ainsi que les volumes prévus de prestations de services assurées par an dont l'établissement de santé proposé aura besoin pour être viable au moins pendant les cinq prochaines années, s'il reçoit un permis de CSSCI. Veillez vous assurer de fournir une ventilation financière complète dans votre réponse. (500 mots maximum).

Tenez compte des facteurs suivants, entre autres :

- Coûts de dotation (veuillez vous référer à la section 6.1 pour plus de détails sur le plan de dotation)
- Heures et jours de fonctionnement

- Volumes globaux de procédures basés sur les taux de traitement quotidiens moyens des procédures
- Investissement initial pour la mise en place de l'établissement de santé proposé
- Frais généraux, y compris la connectivité aux systèmes numériques et de données
- Services non assurés

Veillez indiquer le nom du fichier :

2.4 Recommandation des patients vers un centre

Tous les patients recevant des services orthopédiques financés dans les CSSCI doivent être aiguillés vers les centres à partir des programmes d'admission régionaux respectifs qui sont soutenus par les cliniques d'accès rapide après une détermination médicale que le patient est approprié pour le cadre du CSSCI. Fournir des détails pour confirmer que tous les patients seront accueillis dans les centres grâce à des références de cliniques d'accès rapide. Cette description doit comprendre (500 mots maximum) :

- Une liste de toutes cliniques d'accès rapide dont le centre peut recevoir des références, y compris l'adresse de ces cliniques
- Preuve des liens établis avec ces cliniques d'accès rapide et avec le programme d'admission régional local. Cette preuve peut inclure des lettres d'approbation/d'entente des cliniques d'accès rapide ou du programme d'admission régional.

Veillez indiquer le nom du fichier :

2.5 Planification et évaluation préopératoire du patient

Tous les patients qui reçoivent des services orthopédiques financés dans les CSSCI doivent bénéficier d'une planification préopératoire, y compris d'une évaluation préopératoire. Décrivez comment l'établissement de santé proposé organisera des soins et des évaluations préopératoires appropriés, y compris (500 mots maximum) :

- Quels sont les éléments inclus dans la planification préopératoire?
- Quels sont les rôles du personnel qui procéderont à l'évaluation préopératoire?
- Quels outils d'évaluation seront utilisés pour soutenir l'évaluation clinique dans le cadre de l'évaluation préopératoire (par exemple, listes de vérification)?
- Une description du parcours de soins alternatifs pour les patients jugés inadmissibles à la chirurgie ou non recommandés pour la chirurgie orthopédique devant être pratiquée dans l'établissement de santé proposé

Dans votre réponse, veuillez également prendre en considération les aspects relatifs à la sécurité des patients, à la préparation et à la coordination multidisciplinaire, et la manière dont ces aspects seront abordés dans l'établissement de santé proposé. Veuillez noter que les [normes chirurgicales ou médicales pour les services orthopédiques des centres de services de santé communautaires intégrés \(CSSCI\) d'Agrément Canada](#) contiennent des lignes directrices détaillées pour la

planification et les évaluations préopératoires dans les CSSCI.

Veillez indiquer le nom du fichier :

2.6 Parcours postopératoire du patient

Les CSSCI orthopédiques seront chargés de fournir et d'organiser les soins postopératoires du patient et sa sortie du centre. Veuillez décrire le plan de soins postopératoires pour les patients bénéficiant d'une chirurgie orthopédique au Centre, y compris (500 mots maximum) :

- L'espace physique de l'établissement de santé où le patient recevra des soins postopératoires avant sa sortie
- Le plan de sortie et les outils qui seront utilisés pour garantir que les patients quittent le centre en toute sécurité, y compris le personnel chargé de superviser les protocoles de sortie
- Le plan d'obtention de toute imagerie diagnostique postopératoire appropriée;
- Une description du parcours de soins que les patients suivront si des soins hospitaliers sont nécessaires, y compris une liste de tous les hôpitaux locaux capables de recevoir des patients transférés et une description du processus de transfert des patients
- Une description de la manière, du moment et du lieu où les patients recevront des soins de suivi de la part du chirurgien orthopédique qui a pratiqué l'intervention chirurgicale au CSSCI orthopédique, après leur sortie de l'hôpital, le cas échéant
- Une description de la manière dont le CSSCI orthopédique saisira les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) ainsi que les mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP) après la sortie du patient

Remarque : Tous les médecins qui pratiquent la chirurgie orthopédique dans l'établissement de santé proposé devraient être en mesure d'aiguiller, d'admettre et de traiter directement un patient qui a besoin de soins hospitaliers en raison de leurs privilèges hospitaliers auprès des hôpitaux locaux. Veuillez également noter que les [normes chirurgicales ou médicales pour les services orthopédiques des centres de services de santé communautaires intégrés \(CSSCI\) d'Agrément Canada](#) contiennent des lignes directrices détaillées pour les exigences en matière de soins postopératoires pour les CSSCI.

Veuillez indiquer le nom du fichier :

2.7 Services de réadaptation postopératoires pour les patients

Tous les patients qui reçoivent des services orthopédiques financés dans les CSSCI et qui requièrent ces services cliniquement doivent bénéficier de soins de réadaptation financés après l'intervention chirurgicale, comme le précisent les lignes directrices de la demande. Ces services de réadaptation peuvent inclure, sans s'y limiter, l'autoéducation, la réadaptation à domicile et la réadaptation extrahospitalière / en milieu communautaire. Veuillez décrire comment le centre proposé garantira des voies de réadaptation efficaces et rapides pour les patients bénéficiant d'une chirurgie orthopédique financée. Si la réadaptation est dispensée dans un cadre extrahospitalier ou communautaire, veuillez fournir les descriptions suivantes (500 mots maximum) :

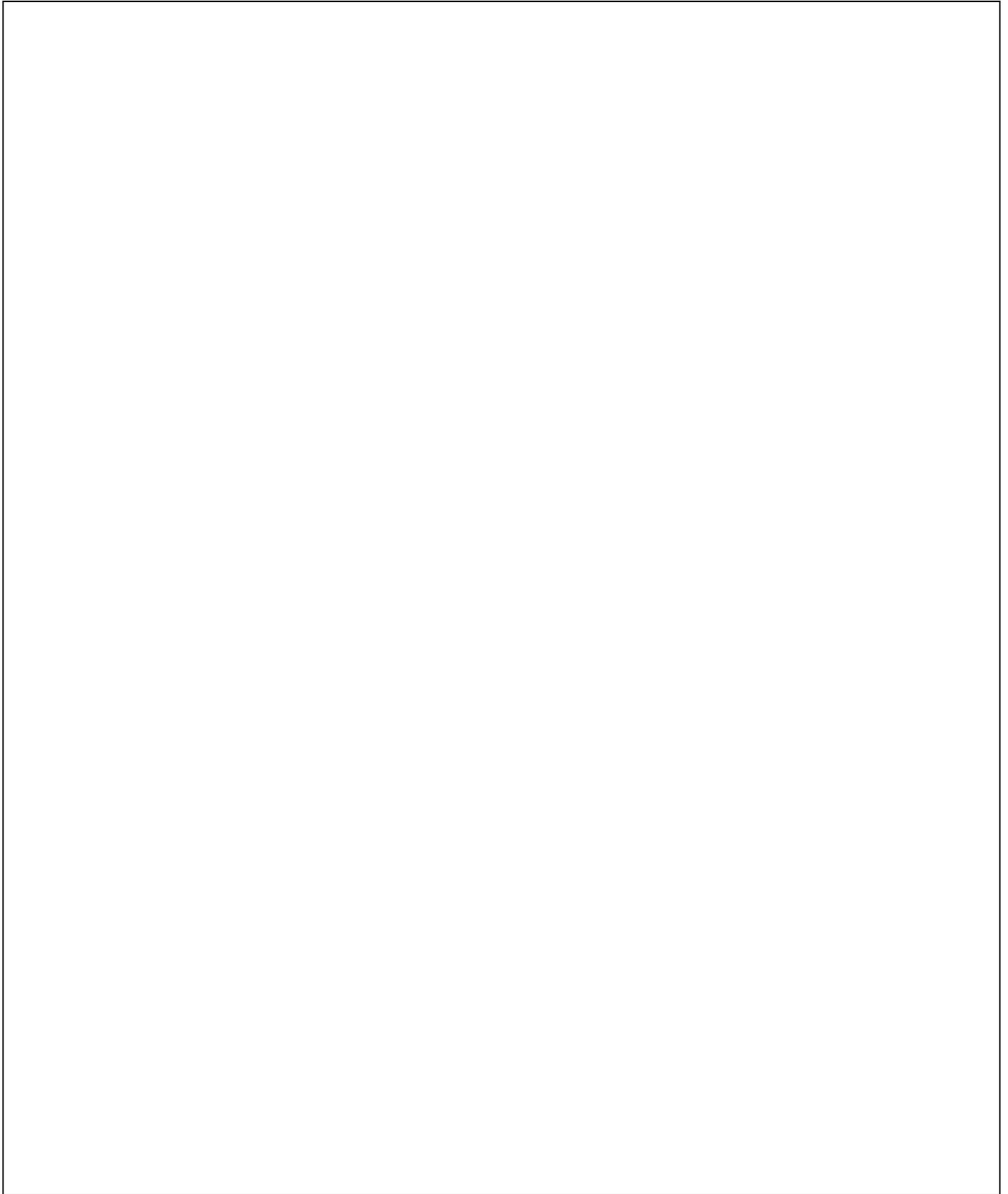
- Une liste de toutes les cliniques de réadaptation vers lesquelles le centre peut aiguiller les

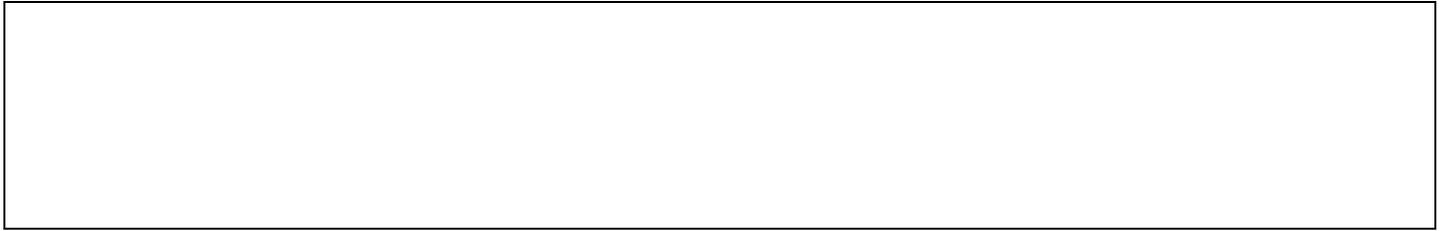
patients, y compris l'adresse de ces cliniques et une description du type de services de réadaptation offerts;

- Preuve des liens établis avec ces cliniques de réadaptation. Ces preuves peuvent inclure des lettres d'approbation ou d'accord des cliniques de réadaptation pour recevoir des patients référés par le centre.

Dans la réponse, veuillez également prendre en considération les aspects de la réadaptation tels que la programmation qui peut être offerte directement par le centre, y compris l'autoapprentissage pour les patients, les services de réadaptation internes et les services de réadaptation virtuels/télécommandés.

Veuillez indiquer le nom du fichier :



A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the upper portion of the page. It is intended for the user to provide information or details related to the request.

3. Programme d'assurance de la qualité

En vertu de la Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés, les CSSCI agréés sont tenus, pour les services fournis dans le centre, de se conformer au cadre d'inspection de l'assurance de la qualité et aux normes relatives aux installations. Agrément Canada a élaboré des normes de qualité et de sécurité pour les CSSCI qui fournissent des services orthopédiques agréés.

Agrément Canada est également désigné comme organisme d'inspection en vertu de la LCSSCI pour les évaluations et les inspections de qualité proactives et réactives, y compris les inspections préalables à la délivrance de permis.

Lors d'une inspection de la qualité de l'établissement préalable à la délivrance du permis, les demandeurs retenus qui sont approuvés sous condition devront prouver qu'ils respectent les normes en matière d'orthopédie, comme c'est le cas pour tout demandeur auquel on offre un permis. L'inspection de qualité préalable à la délivrance du permis se déroule en deux temps :

- A. une inspection de l'établissement avant la délivrance du permis et la prestation de services;
- B. une inspection des dossiers des patients et des résultats d'imagerie six mois après le début de la prestation de services.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le programme d'assurance de la qualité d'Agrément Canada, veuillez consulter les lignes directrices de la demande.

3.1 Conseiller en assurance de la qualité

Si la demande est acceptée et qu'un permis de CSSCI est délivré, la LCSSCI exige que chaque titulaire de licence nomme un conseiller en assurance de la qualité pour le conseiller sur les normes de qualité et de sécurité des services fournis dans le CSSCI. Le conseiller en assurance de la qualité doit être un médecin qui fournit habituellement des services orthopédiques assurés dans le CSSCI ou affiliés à celui-ci. Il doit également posséder une formation qui lui permet de conseiller le titulaire de permis à l'égard des normes de qualité et de sécurité applicables aux services fournis dans l'établissement. Le conseiller en assurance de la qualité devra également avoir des privilèges hospitaliers actifs dans le(s) hôpital(s) local(aux). Veuillez vous reporter aux articles 7 à 9 du Règl. de l'Ont. 215/23 en vertu de la Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés pour des détails complets concernant les exigences et les obligations d'un conseiller en assurance de la qualité.

Indiquez le nom et les coordonnées du conseiller en assurance qualité proposé :

Nom du conseiller en assurance qualité :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO :	
Numéro de facturation individuel délivré par le ministère :	
Hôpital dans lequel le conseiller en assurance de la qualité a des privilèges actifs	
Numéro de téléphone :	
Adresse de courriel :	

En fournissant les renseignements ci-dessus, le demandeur reconnaît que le conseiller en assurance de la qualité proposé a été informé et est conscient des obligations d'un conseiller en assurance de la qualité énoncées à l'article 7 du Règl. de l'Ont. pris en vertu de la LCSSCI.

Veillez décrire les qualifications du conseiller en assurance de la qualité. La réponse doit comprendre l'expérience professionnelle, les affiliations universitaires et toute autre qualification concernant le poste. (300 mots maximum)

3.2 Plan de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Le demandeur doit joindre la politique actuelle ou proposée de l'établissement de santé en matière de PCI et de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) et, le cas échéant, la politique clinique.

Veillez indiquer le nom du fichier :

4 Expérience commerciale, clinique et professionnelle

Le demandeur sera invité à donner un aperçu de son expérience commerciale, clinique et professionnelle, y compris la manière dont toutes les responsabilités en matière de gouvernance et de gestion de l'établissement de santé proposé seront assumées.

Remarque : Lorsqu'il fournit des renseignements sur un dirigeant, un directeur, un administrateur (personne qui supervisera les opérations quotidiennes) ou une personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle d'une personne morale dans la demande, le demandeur doit s'assurer d'obtenir le consentement de toutes les personnes concernées. En fournissant les renseignements au nom du dirigeant, du directeur, de l'administrateur ou de toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle d'une personne morale, le demandeur indique par là même que tous les consentements nécessaires ont été obtenus de chaque membre.

4.1 Antécédents en matière d'affaires et d'infractions pénales ou réglementaires

Veuillez cocher « Oui » ou « Non » pour répondre aux questions suivantes et joindre les documents requis à la demande, conformément aux instructions « Mesure à prendre » si la réponse est « Oui » :

Question	Réponse	Mesure à prendre (si la réponse est « oui »)
a) Expérience en matière d'exploitation d'établissement : Le demandeur, ou tout dirigeant, directeur, administrateur ou toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle de la société ou de l'administrateur, a-t-il déjà exploité ou fourni des services à ou dans un CSSCI agréé ou un autre établissement de santé en Ontario ou dans une autre administration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Veuillez joindre une feuille séparée et fournir les détails concernant le fonctionnement de l'établissement ou la prestation de services à l'établissement pour chaque personne concernée. Veuillez indiquer le(s) nom(s) du(des) fichier(s) :
b) Antécédents de faillite ou de mise sous séquestre : Au cours des cinq dernières années, le demandeur, ou tout dirigeant, directeur, administrateur ou toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle de la société ou de l'administrateur, a-t-il fait une cession, une proposition, un compromis ou un arrangement au profit de créanciers, fait l'objet d'une demande de mise en faillite, ou demandé la nomination d'un séquestre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Veuillez joindre une feuille séparée et fournir les détails de l'événement pour chaque personne concernée. Veuillez indiquer le(s) nom(s) du(des) fichier(s) :
c) Antécédents en matière d'infractions pénales ou réglementaires : Le demandeur, ou tout dirigeant, directeur, administrateur ou toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle de la société ou de l'administrateur, a-t-il été reconnu coupable d'une infraction pénale ou réglementaire pour laquelle un pardon ou une suspension du casier <u>n'a pas</u> été octroyé, entraînant une mesure disciplinaire, une réduction de la portée de la pratique ou une perte de privilèges?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Veuillez joindre une feuille séparée pour chaque personne concernée et fournir des renseignements pour les rubriques suivantes : 1) Nom de la personne déclarée coupable, 2) Nature de la condamnation, 3) Date de la condamnation, et 4) Résultat de la condamnation Veuillez indiquer le(s) nom(s) du(des) fichier(s) :

<p>d) Antécédents de suspension de permis de l'établissement : Le demandeur, ou tout dirigeant, directeur, administrateur ou toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur le contrôle de la société ou de l'administrateur, a-t-il déjà exploité ou fourni des services dans un CSSCI agréé ou un établissement de santé en Ontario ou dans une autre administration, où le permis de l'établissement a été suspendu, révoqué ou n'a pas été renouvelé?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Veillez joindre une feuille séparée et fournir des détails sur la suspension, le retrait ou le non-renouvellement du permis pour chaque personne concernée.</p> <p>Veillez indiquer le(s) nom(s) du(des) fichier(s) :</p>
<p>e) Antécédents en matière de discipline professionnelle : Le demandeur, ou tout dirigeant ou administrateur, ou toute personne ayant un intérêt affectant le contrôle de la société ou de l'administrateur, a-t-il déjà fait l'objet d'une procédure disciplinaire réglementaire ou professionnelle de la part d'un organisme de réglementation en Ontario ou dans une autre administration, ayant donné lieu à des mesures disciplinaires?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Veillez joindre une feuille séparée et fournir des détails sur les conclusions négatives pour chaque personne concernée.</p> <p>Veillez indiquer le(s) nom(s) du(des) fichier(s) :</p>

4.2 Certificat de conduite professionnelle de l'OMCO

Le demandeur doit introduire une demande institutionnelle de certificat de déontologie à délivrer par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) auprès du directeur des CSSCI du ministère de la Santé de l'Ontario pour le demandeur, s'il est inscrit auprès de l'OMCO, et pour tout dirigeant ou administrateur de la société ou de l'administrateur qui est inscrit auprès de l'OMCO. Assurez-vous que l'OMCO dispose des renseignements exacts sur le destinataire de la personne-ressource de la demande du CSSCI, tels qu'ils figurent dans les lignes directrices de la demande.

La demande institutionnelle doit être soumise pour :

- a) le demandeur, s'il est inscrit auprès de l'OMCO;
- b) tout dirigeant, directeur ou administrateur de la personne morale qui est inscrit auprès de l'OMCO.

L'adresse de courriel de l'institution permettant à l'OMCO de délivrer le CCP est la suivante : ICHSC.Applications@ontario.ca.

Le demandeur a-t-il introduit une demande de CCP pour lui-même et pour chaque dirigeant, directeur ou administrateur de la personne morale, le cas échéant?

Oui Non

Remarque : Si le demandeur répond « Non » à cette question, il reconnaît que le directeur **ne** délivrera **pas** de permis de CSSCI si l'un des CCP requis n'a pas été obtenu.

Veillez dresser la liste de tous les dirigeants, administrateurs de la personne morale ou administrateurs qui soumettront une demande de CCP en rapport avec la présente demande :

<p>Nom complet :</p>	
-----------------------------	--

Nom complet :	
Nom complet :	
Nom complet	
Nom complet :	
Nom complet :	

4.3 Statut juridique

Indiquer le statut juridique du demandeur (cocher une seule case) et remplir les tableaux de la section 4.3, le cas échéant :

- Propriétaire unique
 Société (y compris à but non lucratif)

Veuillez remplir les sections ci-dessous le cas échéant.

a) Propriétaire unique

Remplir cette section si le demandeur proposé est un propriétaire unique

Tableau 1 : Renseignements sur le propriétaire unique

Nom complet :	
Le propriétaire unique est-il un médecin dans la province de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser le numéro de facturation attribué par le ministère) N° _____
Adresse :	
Ville :	
Province :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

b) Propriétaire collectif

Remplir cette section si le demandeur proposé est une personne morale, y compris une organisation à but non lucratif.

Veuillez remplir le tableau récapitulatif du statut juridique ci-dessous pour chaque personne de la personne morale détenant la propriété effective ou le contrôle, comme indiqué dans les lignes directrices relatives à la demande, et joindre une copie du certificat de constitution et des lettres patentes. Veuillez compléter le tableau 2 en indiquant le nombre de personnes

impliquées dans la société.

Tableau 2 : Résumé du statut juridique

Dénomination sociale complète du demandeur (exactement comme indiqué dans les statuts constitutifs ou tout autre document juridique applicable) :	
Date de constitution :	
Nom sous lequel le demandeur exerce son activité (s'il est différent de la dénomination sociale) :	
La personne morale est (cochez une seule case) :	<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif
Adresse de la personne morale :	
Numéro et nom de la rue :	
Ville :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
Adresse où l'avis peut être donné (si elle est différente de l'adresse susindiquée) :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

Dénomination sociale complète du demandeur (exactement comme indiqué dans les statuts constitutifs ou tout autre document juridique applicable) :	
Date de constitution :	
Nom sous lequel le demandeur exerce son activité (s'il est différent de la dénomination sociale) :	
La personne morale est (cochez une seule case) :	<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif
Adresse de la personne morale :	
Numéro et nom de la rue :	
Ville :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
Adresse où l'avis peut être donné (si elle est différente de l'adresse susindiquée) :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

Dénomination sociale complète du demandeur (exactement comme indiqué dans les statuts constitutifs ou tout autre document juridique applicable) :	
Date de constitution :	
Nom sous lequel le demandeur exerce son activité (s'il est différent de la dénomination sociale) :	
La personne morale est (cochez une seule case) :	<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif
Adresse de la personne morale :	
Numéro et nom de la rue :	
Ville :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
Adresse où l'avis peut être donné (si elle est différente de l'adresse susindiquée) :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

Dénomination sociale complète du demandeur (exactement comme indiqué dans les statuts constitutifs ou tout autre document juridique applicable) :	
Date de constitution :	
Nom sous lequel le demandeur exerce son activité (s'il est différent de la dénomination sociale) :	
La personne morale est (cochez une seule case) :	<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif
Adresse de la personne morale :	
Numéro et nom de la rue :	
Ville :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
Adresse où l'avis peut être donné (si elle est différente de l'adresse susindiquée) :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

Dénomination sociale complète du demandeur (exactement comme indiqué dans les statuts constitutifs ou tout autre document juridique applicable) :	
Date de constitution :	
Nom sous lequel le demandeur exerce son activité (s'il est différent de la dénomination sociale) :	
La personne morale est (cochez une seule case) :	<input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif
Adresse de la personne morale :	
Numéro et nom de la rue :	
Ville :	
Code postal :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Adresse de courriel :	
Adresse où l'avis peut être donné (si elle est différente de l'adresse susindiquée) :	
URL du site Web (le cas échéant) :	

1. Structure de l'actionnariat

Veillez fournir une description de la répartition de l'actionnariat de la personne morale.

Actions avec droit de vote	Catégories d'actions avec droit de vote			
a) Déterminer les catégories autorisées				
b) Nombre d'actions autorisées				
c) Nombre d'actions émises				
d) Nombre de votants par action				
e) Nombre total de votes – par catégorie				
f) Nombre total de voix – toutes catégories confondues				

Indiquer les noms des personnes physiques ou morales qui, seules ou avec des associés, détiennent ou contrôlent, directement ou indirectement, un nombre suffisant d'actions avec droit de vote pour diriger la gestion et la politique de la personne morale requérante.

Propriété bénéficiaire

Tableau 3 : Propriété bénéficiaire ou contrôle

Indiquer toutes les personnes physiques ou morales qui détiennent ou contrôlent directement ou indirectement des actions avec droit de vote. Photocopier et remplir cette page autant de fois que nécessaire pour définir le propriétaire ou la mère ultime de la personne morale requérante proposée.

Nom complet :	
L'actionnaire est-il médecin dans la province de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de facturation (le cas échéant) :	
Adresse :	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Nombre total d'actions avec droit de vote détenues	
% du nombre total d'actions avec droit de vote :	
Association avec d'autres actionnaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la ou des associations (prénom et nom)	
Nature de l'association	

Nom complet :	
L'actionnaire est-il médecin dans la province de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de facturation (le cas échéant) :	
Adresse :	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Nombre total d'actions avec droit de vote détenues	
% du nombre total d'actions avec droit de vote :	
Association avec d'autres actionnaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la ou des associations (prénom et nom)	
Nature de l'association	

Nom complet :	
L'actionnaire est-il médecin dans la province de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de facturation (le cas échéant) :	
Adresse :	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Nombre total d'actions avec droit de vote détenues	
% du nombre total d'actions avec droit de vote :	
Association avec d'autres actionnaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la ou des associations (prénom et nom)	
Nature de l'association	

Nom complet :	
L'actionnaire est-il médecin dans la province de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de facturation (le cas échéant) :	
Adresse :	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Nombre total d'actions avec droit de vote détenues	
% du nombre total d'actions avec droit de vote :	
Association avec d'autres actionnaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la ou des associations (prénom et nom)	
Nature de l'association	

Nom complet :	
L'actionnaire est-il médecin dans la province	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

de l'Ontario?	
Numéro de facturation (le cas échéant) :	
Adresse :	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Nombre total d'actions avec droit de vote détenues	
% du nombre total d'actions avec droit de vote :	
Association avec d'autres actionnaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la ou des associations (prénom et nom)	
Nature de l'association	

2. Structure

Veillez fournir une description de la structure si le demandeur est une société à but non lucratif (par exemple, le type de structure, les droits de vote pour les catégories de membres, etc.) (200 mots maximum) :

4.4 Expérience commerciale et professionnelle

Veillez donner un aperçu de l'expérience professionnelle et commerciale du demandeur,

des dirigeants ou administrateurs ou de toute personne ayant un intérêt affectant le contrôle de la société (le cas échéant). (200 mots maximum par personne)

Veillez indiquer le nom du fichier :

4.5 Organigramme

Veillez joindre un organigramme de l'établissement de santé proposé.

Veillez indiquer le nom du fichier :

4.6 Fournisseurs

Fournir les noms et les numéros de facturation individuels délivrés par le Ministère de tous les médecins qui pratiqueront la chirurgie orthopédique et l'anesthésie dans l'établissement de santé proposé. Veuillez également indiquer la catégorie de privilèges de chaque médecin dans un(des) hôpital(s) local(aux). Veuillez noter que le conseiller en assurance de la qualité et tous les médecins qui pratiqueront la chirurgie orthopédique et l'anesthésie dans l'établissement de santé proposé doivent avoir des privilèges hospitaliers actifs.

Nom du médecin (Prénom et nom)	Rôle du médecin dans l'établissement de santé	Numéro de facturation individuel délivré par le ministère	Numéro d'enregistremen t de l'OMCO	Liste des hôpitaux ayant des privilèges et catégorie de privilèges (par exemple, actifs)

4.7 Surveillance l'établissement de santé proposé

Indiquer la personne qui supervisera les opérations quotidiennes.

Nom complet :	
Numéro de téléphone :	
Adresse de courriel :	

4.8 Dirigeants et directeurs

Remplir le tableau ci-dessous pour **chaque** dirigeant et directeur de la personne morale, si l'établissement de santé proposé est détenu par une personne morale.

Utiliser le code alphabétique suivant pour le poste principal occupé : (A) Président du conseil d'administration, (B) Président, (C) Vice-président, (D) Trésorier, (E) Secrétaire, (F)

Contrôleur, (G) Auditeur, (H) Autre – préciser.

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	

Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

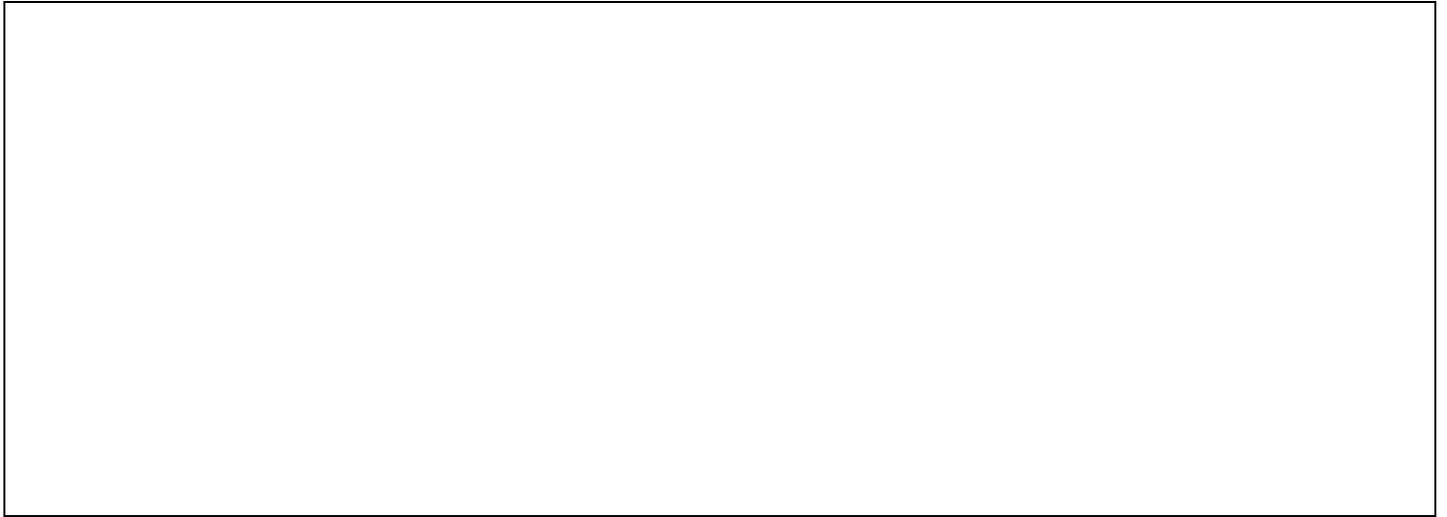
Nom :	
Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

Nom :	
--------------	--

Numéro de permis de médecin de l'OMCO (le cas échéant) :	
Numéro de facturation attribué par le ministère (le cas échéant) :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Poste proposé au sein du CSSCI :	
Fonctions clés du poste :	

4.9 Direction et supervision

Le demandeur doit décrire comment les dirigeants ou les directeurs et l'équipe de gestion indiqués dans l'organigramme assumeront toutes les responsabilités de gouvernance et de gestion d'un CSSCI, notamment, mais sans s'y limiter, le processus décisionnel, la responsabilité financière, les exigences cliniques, éducatives, opérationnelles (y compris le développement et la gestion, l'assurance de la qualité) et relatives aux ressources humaines. Veuillez décrire le leadership et la supervision de l'établissement de santé proposé. (200 mots maximum)



4.10 Plan de continuité de la gestion et de l'administration

Les demandeurs doivent décrire un plan de continuité des activités de l'établissement de santé proposé afin de garantir que l'expertise clinique et commerciale proposée dans la demande sera maintenue en cas de changement dans la composition de l'équipe de gestion ou de changement de dirigeants ou directeurs de la personne morale. Fournir une description du plan de continuité du demandeur pour l'établissement de santé proposé, tel qu'il est décrit dans les lignes directrices relatives à la demande (200 mots maximum).

5. Emplacement de l'établissement de santé

Le demandeur devra fournir des détails sur l'emplacement physique de l'établissement de santé proposé, y compris son adresse et la distance par rapport à d'autres établissements de santé qui fournissent des services orthopédiques.

5.1 Emplacement de l'établissement de santé

Veillez joindre une carte actuelle ou proposée, avec une échelle de distance et une flèche d'orientation dirigée vers le Nord, montrant ce qui suit :

- a) la zone servie par l'établissement de santé;
- b) l'emplacement de l'établissement de santé;
- c) l'emplacement de l'hôpital ou des hôpitaux susceptibles de recevoir des transferts en provenance de l'établissement de santé et avec lesquels le CSSCI est en partenariat;
- d) l'emplacement des fournisseurs de soins de santé référents actuels et potentiels et de tout autre partenaire pertinent du système de santé avec lequel le centre peut s'associer pour la prestation de services, tel que les cliniques de réadaptation où les patients du CSSCI peuvent également recevoir des services.

Veillez indiquer le nom du fichier :

6. Modèle de dotation

Les demandeurs devront fournir un modèle détaillé de dotation en personnel pour le CSSCI proposé, ainsi que des preuves de sa viabilité.

6.1 Plan de dotation

Fournir un plan complet de dotation pour l'établissement de santé, y compris (1 000 mots maximum) :

- a) l'organigramme du personnel, y compris la classification des postes avec les taux et les fourchettes de rémunération, le cas échéant;
- b) le nombre de personnes nécessaires pour chaque poste;
- c) les compétences en matière de soins infirmiers, y compris les détails de l'expérience pertinente pour tous les membres du personnel infirmier fournissant des services orthopédiques
- d) les fonctions du personnel, la charge de travail et la continuité des services;
 - i. *Fonctions* : Une description de chacune des fonctions du membre du personnel et de leur nature (c'est-à-dire clinique, administrative, éducative ou de recherche) dans l'établissement de santé proposé. Définir le rôle prévu du personnel non-médecin (c'est-à-dire le personnel infirmier autorisé, les aides-infirmières et aides-infirmiers autorisés, les assistants à l'anesthésie) dans le cadre d'un modèle interprofessionnel axé sur le travail d'équipe pour la prestation des soins.
 - ii. *Charge de travail* : Temps de travail proposé pour les médecins et les autres membres du personnel de l'établissement de santé; renseignements sur la charge de travail moyenne des médecins et des autres fournisseurs de soins de santé;
 - iii. *Continuité des services* : Comment la continuité des services sera-t-elle gérée dans l'établissement de santé proposé?
- e) tout recrutement de nouveaux employés nécessaire,
 - i. Le demandeur devra-t-il recruter des employés pour fournir les volumes de services décrits à la question 2.3 de la demande?

Oui Non

ii. Dans l'affirmative, veuillez préciser :

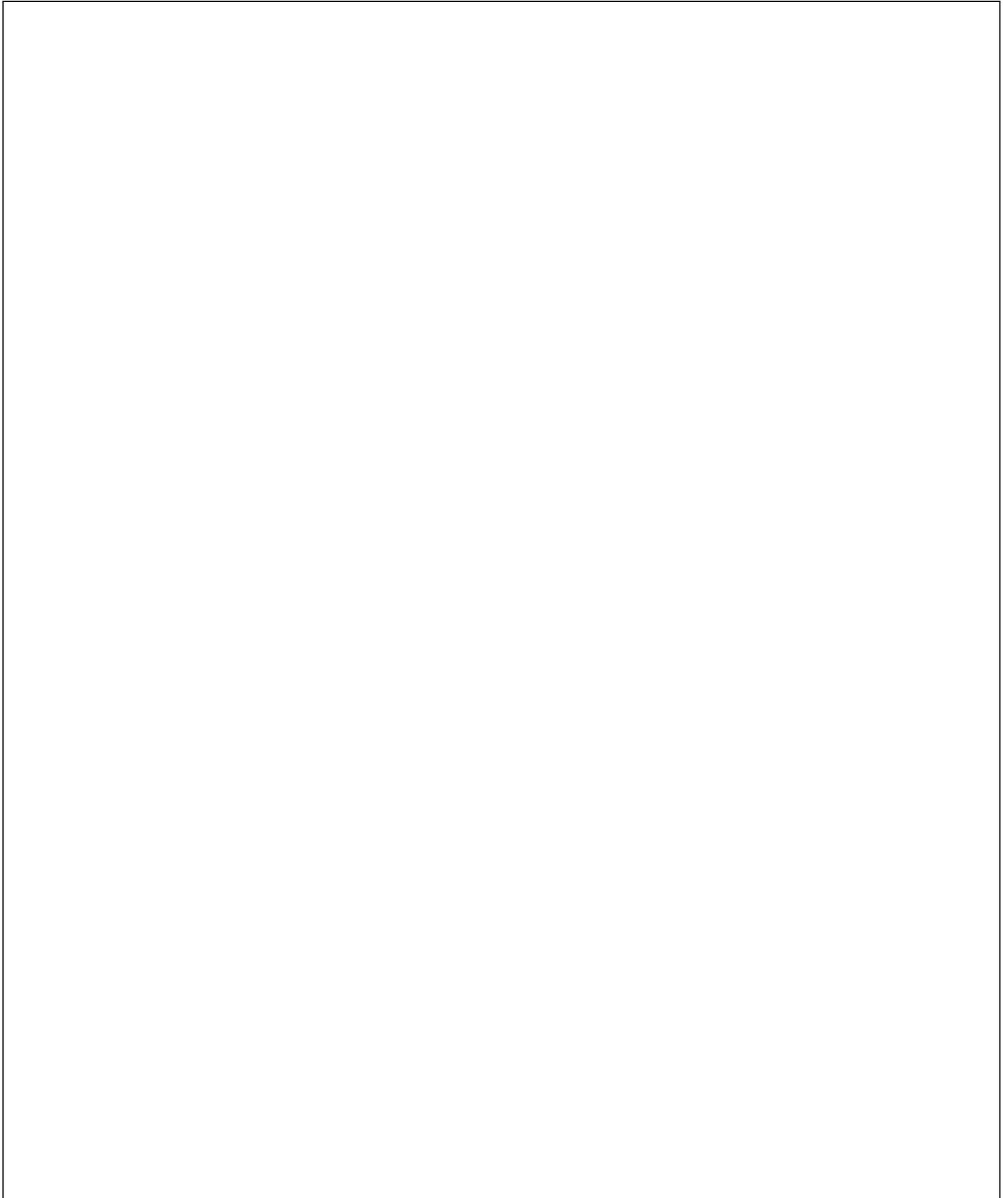
- Le nombre d'employés (en équivalent temps plein), y compris leur classification, que le demandeur devra recruter pour fournir les volumes de services décrits à la question 2.3 de la demande.
- Comment le demandeur prévoit-il de recruter des employés, y compris les régions géographiques précises où les employés peuvent être recrutés, en tenant compte des contraintes locales actuelles en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé (RHS).
- Comment l'établissement de santé tiendra compte des considérations relatives à l'équité, à la diversité et à l'inclusion lors du recrutement de nouveaux employés.
- Pour les médecins employés par l'établissement de santé, veuillez décrire le plan d'affiliation des médecins, notamment :
 - a. le nombre et la spécialité des médecins qui sont sur place et immédiatement

disponibles pour fournir des soins aux patients et répondre aux questions cliniques urgentes;

- b. le nombre et la spécialité des médecins qui peuvent être hors site, mais disponibles pour fournir des soins aux patients et répondre aux questions cliniques urgentes

Veillez indiquer le nom du fichier :

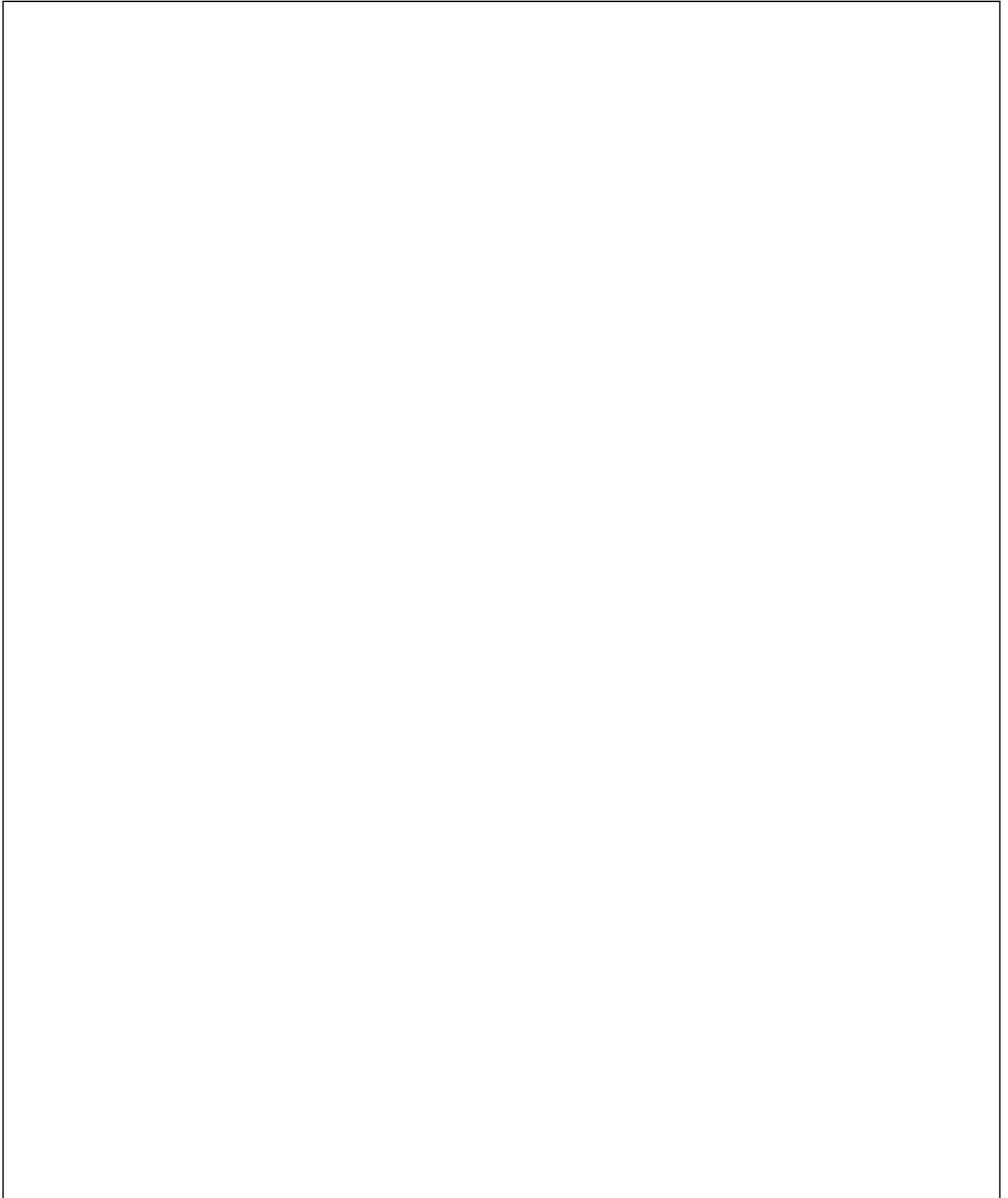
A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for a drawing or diagram related to the orthopedic services request.



6.2 Viabilité du plan de dotation

Veillez décrire la durabilité du plan de dotation, en montrant des preuves de partenariat(s) ou de coordination avec des hôpitaux locaux et/ou régionaux pour élaborer un plan de dotation qui démontre la collaboration relative aux ressources humaines dans le secteur de la santé (RHS) et le maintien de ces RHS entre les institutions. (max. 500 mots).

Remarque : Le plan de dotation doit permettre au personnel de santé d'exercer pleinement sa profession, dans un lieu de travail sécuritaire et sain. Dans son plan de dotation, le demandeur doit démontrer comment l'établissement de santé proposé maintiendra ses activités de manière efficace et efficiente, et comment il favorisera et mettra en place une équipe de soins interprofessionnelle avec les partenaires régionaux du système de santé. Le demandeur doit également démontrer l'existence d'un programme de perfectionnement ou de formation intégré au programme de dotation en personnel de l'établissement de santé proposée. Le demandeur doit également démontrer que des plans de formation croisée et/ou de rotation ont été élaborés en partenariat avec les établissements de formation et les sites de services régionaux afin de soutenir la formation et la préservation des RHS dans l'ensemble du système.



--

7. Liens avec le système de santé

Le demandeur doit décrire la manière dont il a consulté les partenaires du système de santé lors de l'élaboration de la demande, y compris toute approbation de la demande par les partenaires du système de santé. Les partenaires du système de santé qui soumettent des demandes à cet appel de demandes pour l'orthopédie pour leur propre établissement de santé peuvent également soutenir d'autres demandeurs qui répondent au présent appel de demandes.

7.1 Partenariats hospitaliers

Tous les CISSC en chirurgie orthopédique devront établir et maintenir des partenariats avec au moins un hôpital local avant de commencer à offrir les services du CISSC, conformément aux exigences précisées dans le Guide de présentation des demandes. Veuillez fournir une description de tout partenariat, incluant les éléments suivants (maximum 300 mots) :

- Une liste de tous les hôpitaux locaux avec lesquels le demandeur établira un ou des partenariats
- Une description des modalités proposées ou convenues du ou des partenariats
- Une preuve du ou des partenariats proposés ou établis avec ces hôpitaux locaux. Cette preuve peut inclure des lettres d'intention ou des ententes/partenariats provenant des hôpitaux locaux.

Si l'établissement de santé proposé n'a actuellement aucun partenariat avec un hôpital, veuillez décrire les efforts déployés pour établir de tels partenariats. De plus, fournissez les raisons et les preuves des difficultés rencontrées dans l'établissement de ces partenariats. (maximum 300 mots)

Veuillez indiquer le nom du fichier :

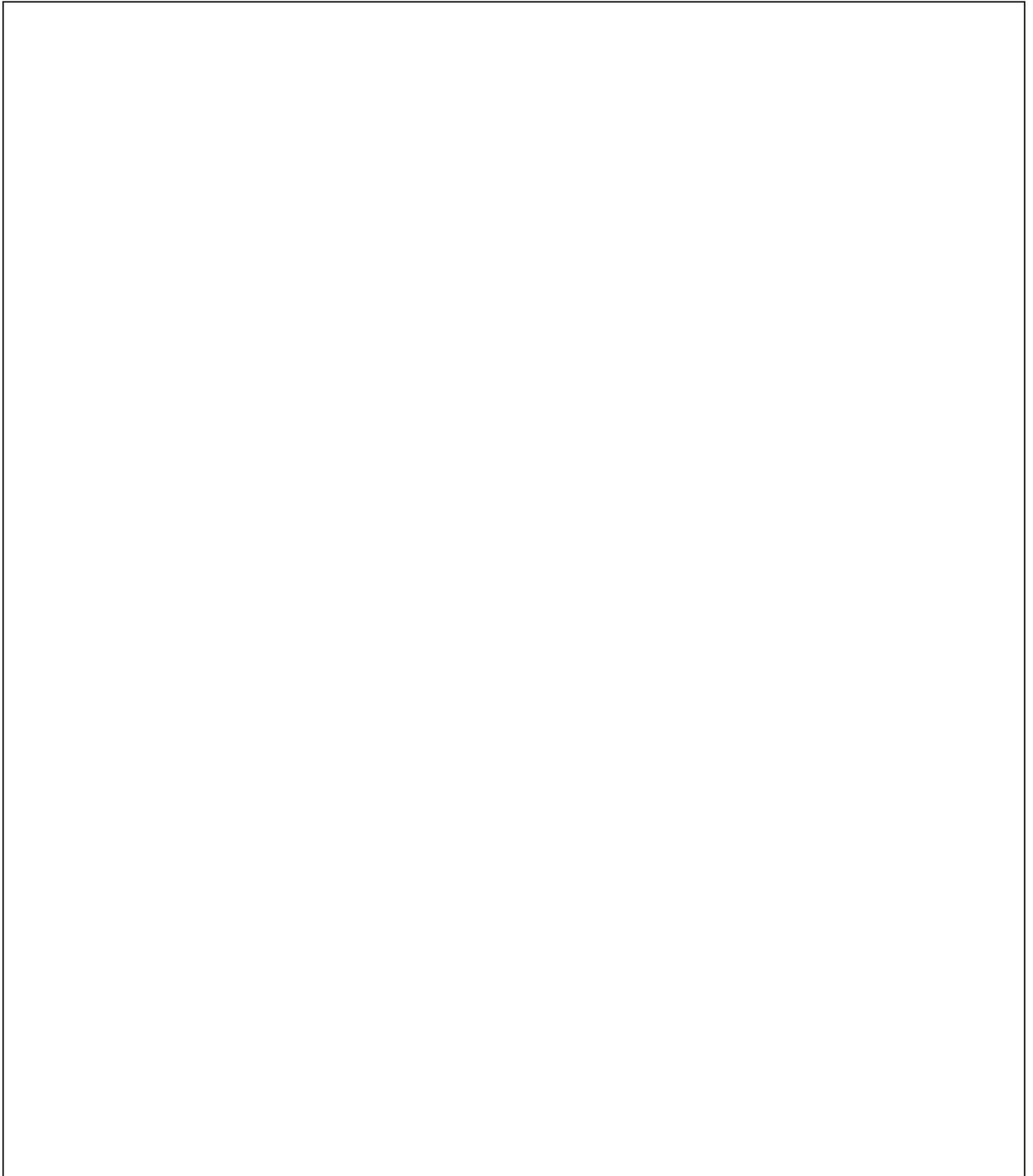
7.2 Établir et maintenir des liens avec le système de santé

Décrire la façon dont l'établissement de santé proposé établira et/ou maintiendra des liens avec les partenaires du secteur de la santé, y compris si le demandeur obtient un permis de CSSCI (p. ex. Santé Ontario, les équipes Santé Ontario, les fournisseurs de soins primaires, les établissements de formation/d'enseignement, etc.). Veuillez fournir des preuves des liens existants avec des partenaires ou des collaborations du secteur de la santé sous la forme de lettres d'approbation/d'entente. (500 mots maximum)

En plus des liens établis avec les cliniques d'accès rapide, les cliniques de réadaptation et les hôpitaux locaux, veuillez décrire tout autre partenaire ou collaboration et indiquer dans la liste ci-dessous le type de fournisseur.

- Partenariat avec les populations autochtones et prioritaires (voir section 8.1 pour une liste complète de ces groupes prioritaires)
- Partenariat éducatif
- Partenariat avec les fournisseurs
- Autre partenariat, veuillez préciser _____

Par ailleurs, si la structure de santé proposée n'a pas actuellement de partenaires du système de santé autres que les cliniques d'accès rapide, les cliniques de réadaptation et les hôpitaux locaux, veuillez décrire les efforts déployés pour établir d'autres partenariats avec le système de santé. Veuillez fournir et expliquer les difficultés rencontrées lors de la mise en place de ces partenariats.

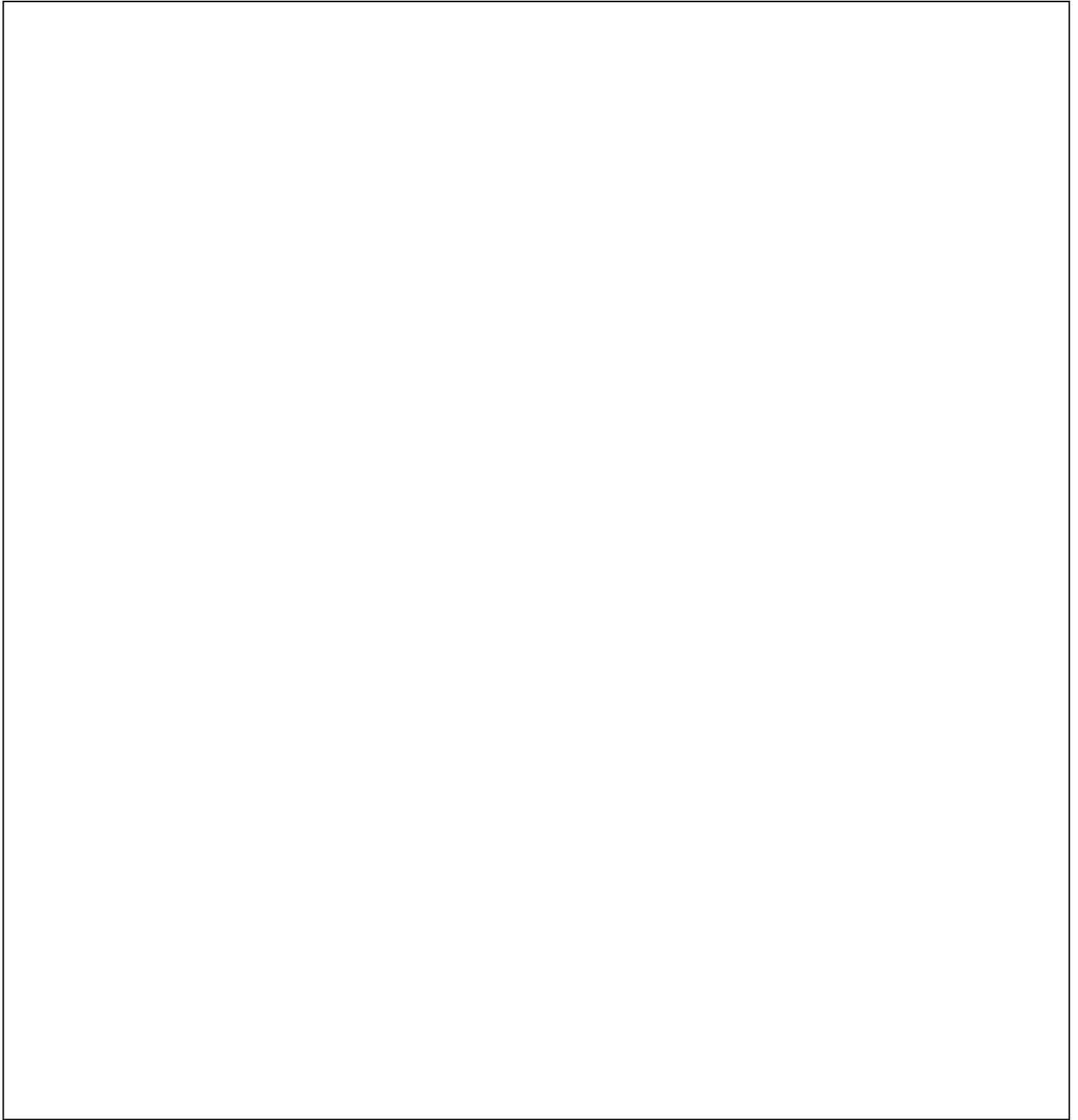


7.3 Avantages pour les patients et le système de santé

Décrire comment l'établissement de santé proposé :

- a) résorbera les retards dans les procédures médicales et les temps d'attente pour les patients; (300 mots maximum)
- b) améliorera l'expérience des patients et l'accès aux soins pour tous les patients; (300 mots maximum)
- c) améliorera l'efficacité du système de santé dans la communauté. (300 mots maximum)

Veillez noter que les temps d'attente pour la chirurgie orthopédique sont accessibles au public sur le Système d'information sur les temps d'attente de l'Ontario [Temps d'attente – Santé Ontario](#).

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for a drawing or diagram related to the orthopedic services request.

8. Équité en santé

Le demandeur fournira une description de la manière dont l'établissement de santé proposé répondra aux besoins en matière d'équité en santé des populations diverses, vulnérables, prioritaires et insuffisamment desservies, en tenant compte des besoins linguistiques.

8.1 Un large accès aux procédures pour les populations diverses et insuffisamment desservies

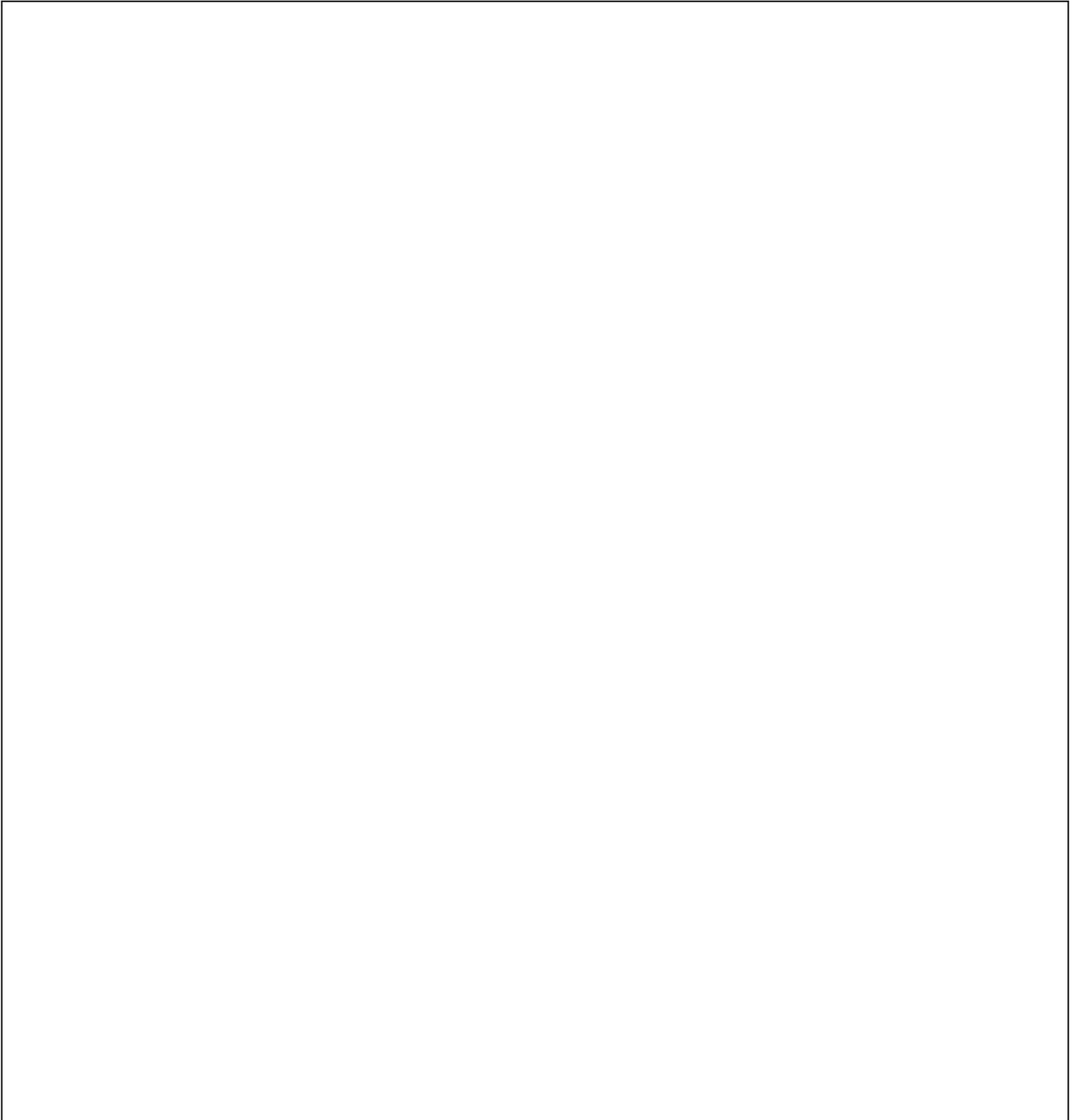
Indiquer toutes les populations prioritaires qui seraient directement touchées par la prestation de services dans la zone desservie par l'établissement de santé proposé :

- Premières Nations, Inuits et Métis
- Ontariens noirs
- Ontariens racialisés
- Personnes handicapées
- Femmes
- Personnes 2ELGBTQQIA+
- Ontariens vieillissants (55 ans et plus)
- Ontariens ruraux
- Ontariens du Nord
- Personnes et familles à faible revenu
- Francophones
- Nouveaux arrivants
- Autres groupes non répertoriés : _____
- N'a aucune incidence directe sur les populations énumérées.

8.2 Description de l'incidence

Fournir et joindre une description écrite des éléments suivants :

- a) Comment l'établissement de santé proposé prévoit de cerner et de combler les besoins des populations prioritaires sélectionnées ci-dessus (Question 8.1) si un permis de CSSCI est octroyé. (500 mots maximum)
- b) Donner des exemples de stratégies ou d'initiatives que l'établissement de santé a mises en œuvre, ou prévoit de mettre en œuvre, pour répondre aux besoins d'équité en matière de santé des populations prioritaires dans la zone desservie. (500 mots maximum)
- c) Mesures qui sont ou seront mises en œuvre dans l'établissement de santé pour évaluer l'efficacité des initiatives en faveur de l'équité en santé. (500 mots maximum)
- d) Les difficultés que l'établissement de santé s'attend à rencontrer par souci d'équité en santé dans le cadre de la prestation de services, ainsi que les stratégies envisagées pour les surmonter. (500 mots maximum)
- e) Si l'établissement de santé proposé offre des services dans d'autres langues aux patients, veuillez également décrire comment ces services seront fournis, y compris les langues et les compétences des membres du personnel concernés et/ou l'utilisation de traducteurs? (500 mots maximum)



9. Services non assurés

Les demandeurs devront fournir une description de tous les services non assurés qui sont ou seront fournis dans l'établissement de santé proposé. Veuillez vous référer à l'article 29 de la LCSSCI.

Remarque : Le fait de facturer ou d'accepter le paiement de coûts d'établissement constitue une violation du paragraphe 29(4) de la LCSSCI, sauf si ces coûts sont exigés du ministre ou d'une personne prescrite (actuellement, Santé Ontario) et que le paiement ne soit accepté du ministre ou de cette personne.

9.1 Services non assurés fournis

Fournir une description des services non assurés qui sont ou seront fournis dans l'établissement de santé (500 mots maximum), y compris :

- a) le type de services,
- b) les volumes existants,
- c) les frais liés aux services non assurés,
- d) les projets de modification ou d'augmentation du type et du volume des services;
- e) une description détaillée des procédures d'information et d'obtention du consentement du patient en ce qui concerne les services non assurés,
- f) la justification et les avantages pour les patients,
- g) le matériel promotionnel utilisé pour informer les patients des services non assurés,
- h) le temps proportionnel offert pour les services orthopédiques assurés par rapport aux services non assurés si le permis de CSSCI est octroyé;
- i) la manière dont la priorité sera donnée à la prestation de services orthopédiques assurés

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for the main content of the document, such as a proposal or report.

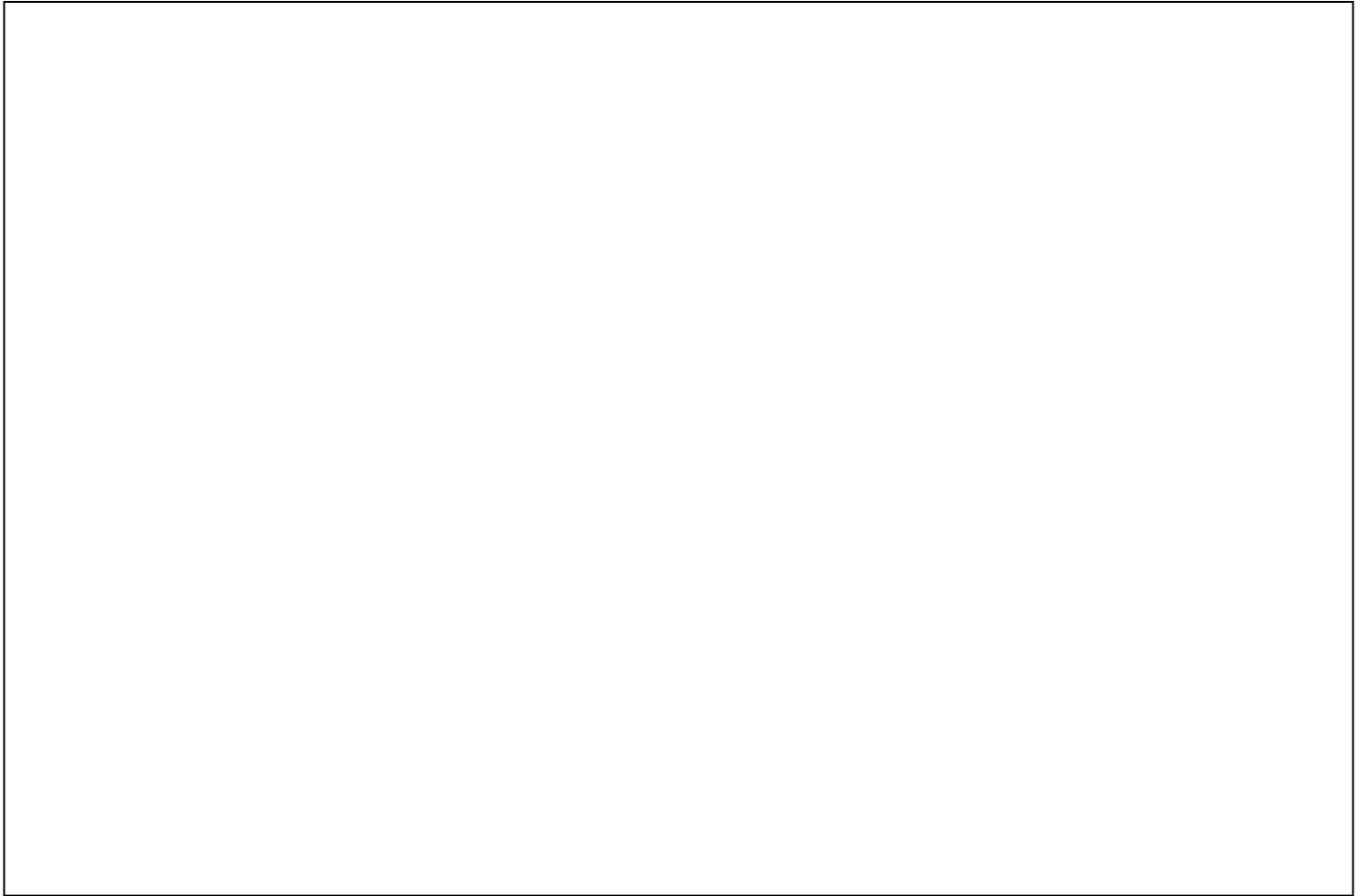
9.2 Conformité du CSSCI

Les personnes assurées n'ont pas à payer de frais pour accéder aux services orthopédiques assurés. Les CSSCI sont tenus d'informer les patients de la liste des services non assurés proposés et du fait que les services non assurés et les frais connexes sont facultatifs.

Décrire comment l'établissement de santé proposé se conformera aux dispositions légales interdisant les frais relatifs aux coûts de l'établissement, en vertu de la LCSSCI. (500 mots maximum)

Le demandeur doit inclure :

- a) une description de la manière dont les personnes assurées seront informées des services orthopédiques offerts et des frais prévus pour les services non assurés;
- b) une description de la procédure d'information et d'obtention du consentement du patient concernant tout service non assuré, y compris la manière dont les personnes assurées seront informées que les services non assurés et les frais connexes sont facultatifs et ne sont pas nécessaires pour accéder aux services orthopédiques assurés;
- c) des plans d'affichage de renseignements sur les frais facultatifs, y compris la ligne téléphonique du ministère pour les demandes de renseignements relatives au programme Protection de l'accès aux soins de santé publics.

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for a drawing or diagram related to the orthopedic services request.

DÉCLARATIONS

Joindre les déclarations dûment remplies et signées du demandeur et de chaque dirigeant et directeur ou personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale, le cas échéant.

10.1 Déclarations du demandeur

Le demandeur doit remplir les déclarations 1, 2 et 3.

Déclaration n° 1 : Déclaration du demandeur
Déclaration n° 2 : Déclaration de conflit d'intérêts du demandeur
Déclaration n° 3 : Déclaration d'observation fiscale du demandeur

10.2 Déclarations des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale

Chaque dirigeant et directeur ou toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale, selon le cas, doit remplir les déclarations 4 et 5.

Déclaration n° 4 : Déclaration des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale
Déclaration n° 5 : Déclarations de conflit d'intérêts des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale

10.3 Modèles de déclaration

Les personnes assurées n'ont pas à payer de frais pour accéder aux services orthopédiques assurés. Les CSSCI sont tenus d'informer les patients de la liste des services non assurés proposés et du fait que les services non assurés et les frais connexes sont facultatifs.

DÉCLARATION 1 – Déclaration du demandeur

Au nom du demandeur et avec son autorisation, je reconnais/nous reconnaissons que le présent appel de demandes concerne la sélection potentielle de demandeurs pour un permis de CSSCI et qu'il ne s'agit pas d'un processus d'approvisionnement. Je reconnais/nous reconnaissons en outre que le directeur des CSSCI (le directeur) est autorisé à exercer un pouvoir discrétionnaire statutaire en vertu de la *Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés* (LCSSCI) et qu'il a toute latitude en ce qui concerne le processus d'appel de demandes et la délivrance de permis de CSSCI conformément à la LCSSCI. J'accepte/nous acceptons par la présente d'indemniser et de décharger Sa Majesté le Roi du chef de l'Ontario et ses ministres, mandataires, personnes nommées et employées à l'égard de toute responsabilité, toute perte et tout coût, dommage ou frais (y compris les frais juridiques, et frais d'expert et d'expert-conseil) et de toute cause d'action, action, réclamation, demande, poursuite ou autre instance émanant de quiconque et se rapportant de quelque manière que ce soit à la demande. Ainsi reconnu et accepté, je/nous :

1. soumetts/soumettons la présente pour établir et exploiter un CSSCI conformément aux dispositions et aux modalités des lignes directrices relatives à la demande, à la présente demande et aux lois, aux politiques, aux règlements et aux normes applicables, modifiés et émis au fil du temps;
2. atteste/attestons que les renseignements fournis par le demandeur relativement à la présente demande sont en tous points véridiques, exacts et complets;
3. garantis et déclare/garantissons et déclarons que je n'ai/nous n'avons pas apporté de modifications aux lignes directrices relatives à la demande ou au modèle de formulaire de demande, et je comprends et accepte/nous comprenons et acceptons que de telles modifications ne soient pas prises en compte et puissent entraîner la disqualification;
4. confirme/confirmons que le demandeur a la capacité financière et organisationnelle nécessaire pour fournir les services définis dans l'appel de demandes, tels qu'ils sont décrits dans la présente demande;
5. consens/consentons à ce que le directeur divulgue, à titre confidentiel, la demande à des personnes ou à d'autres parties, si cela s'avère nécessaire pour examiner la demande ou pour gérer le processus d'appel de demandes;
6. consens/consentons à ce que le directeur effectue des vérifications auprès des personnes et sources qu'il juge, à sa seule discrétion, appropriées aux fins de la demande;
7. consens/consentons à ce que le directeur vérifie tout renseignement fourni dans le cadre de la présente demande et procède à toute divulgation nécessaire à cette fin;
8. ai/avons lu tous les renseignements et accepte/acceptons toutes les modalités énoncées dans la présente demande et dans les lignes directrices relatives à la demande;
9. consens/consentons à la divulgation et à la collecte indirecte, à titre confidentiel, sous réserve des lois applicables, des renseignements détenus par une tierce partie (y compris une administration municipale) concernant la demande au directeur, comme ce dernier peut l'exiger aux fins de l'examen de la demande et de l'administration du processus de demande.

Déclaration du demandeur

Les renseignements personnels, y compris les renseignements relatifs à des condamnations pénales ou réglementaires antérieures et à des conflits d'intérêts réels ou potentiels, sont recueillis par le directeur dans le cadre de la présente demande parce qu'ils sont nécessaires à la bonne administration du programme des CSSCI, avec le consentement du demandeur et de la personne à laquelle les renseignements se rapportent. Ils ne seront utilisés et divulgués que pour permettre au directeur d'administrer le présent processus d'appel de demandes et de mener à bien la planification correspondante, et pour des fins autorisées ou exigées par la loi.

DÉCLARATION 2 – Déclaration de conflit d'intérêts du demandeur

Aux fins de la présente déclaration, un conflit d'intérêts comprend toutes les circonstances dans lesquelles le demandeur a d'autres engagements, relations ou intérêts financiers qui pourraient être considérés ou pourraient raisonnablement être perçus comme exerçant une influence inappropriée sur le jugement objectif, impartial et non biaisé du demandeur en ce qui concerne la fourniture des services de CSSCI décrits dans l'appel de demandes et l'utilisation des fonds associés.

Au nom du demandeur et avec son autorisation, je confirme/nous confirmons ce qui suit :

Veillez cocher l'une des cases suivantes, le cas échéant :

Le demandeur n'a pas et n'aura pas de conflit d'intérêts, réel ou potentiel, en soumettant sa demande ou, si la demande est sélectionnée, de conflit d'intérêts avec les obligations d'un demandeur dans le cadre de la prestation des services décrits dans l'appel de demandes.

[ou]

La liste suivante énumère les situations qui peuvent constituer un conflit d'intérêts ou un avantage injuste, ou les situations qui peuvent être perçus comme un conflit d'intérêts potentiel ou un avantage injuste dans le cadre de la soumission de la demande ou de la prestation des services décrits dans l'appel de demandes.

- (i) Le demandeur informera immédiatement le directeur s'il a connaissance d'une circonstance qui constitue ou pourrait être perçue comme un conflit d'intérêts, soit du demandeur, des dirigeants et directeurs, ou de toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale.
- (ii) Le demandeur n'a pas sciemment embauché un fonctionnaire ou un ancien fonctionnaire ou retenu ses services, ce qui constituerait une violation de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario* et ses règlements par le fonctionnaire ou l'ancien fonctionnaire.

Veillez cocher les mentions qui s'appliquent :

Le demandeur [**a OU** **n'a pas accès**] et [**a OU** **n'a pas**] eu accès à des renseignements confidentiels de la Couronne, autres que les renseignements confidentiels

divulgués aux demandeurs dans le cadre normal du processus de demande, lorsque les renseignements confidentiels sont pertinents pour les services requis par le processus de demande ou le processus d'évaluation de la demande et lorsque la divulgation des renseignements confidentiels pourrait causer un préjudice à la Couronne ou procurer un avantage injuste au demandeur.

Déclaration de conflit d'intérêts du demandeur

(i) Les personnes suivantes ont participé à la préparation de la demande :

Nom (en anglais seulement)	Adresse	Numéro de téléphone
1		
2		
3		
4		

(ii) Voici une liste de personnes qui sont des membres actuels ou d'anciens membres de la fonction publique de l'Ontario (FPO), employées ou ayant été employées dans un ministère/organisme ou un cabinet ministériel, et que les dirigeants ou directeurs ou la personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale ont employées ou retenues dans le cadre de la présente demande. Si un employé ou une personne figurant sur la liste ci-dessous est un fonctionnaire actuel ou ancien employé d'un ministère ou d'un cabinet ministériel, le fonctionnaire actuel ou ancien est tenu de se conformer aux dispositions de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*.

Nom de la personne (en anglais seulement)	Classification du dernier poste occupé au sein de la FPO	Ministère/organisme de la FPO où le dernier emploi a été occupé	Dernière date d'emploi au sein de la FPO
1			
2			
3			

DÉCLARATION 3 – Observation fiscale du demandeur

Observation fiscale du demandeur

Pour qu'un demandeur soit admissible au financement, il doit déclarer ci-dessous qu'il est en tous points conforme à toutes les lois fiscales administrées par l'Agence du revenu du Canada (ARC) et plus particulièrement que tous les impôts dus et payables en vertu de toutes les lois fiscales ont été déclarés et tous les impôts dus et payables en vertu de ces lois ont été versés ou ont fait l'objet d'ententes satisfaisantes qui ont été respectées.

Les demandeurs peuvent adresser toutes leurs demandes de renseignements concernant la déclaration d'observation fiscale à l'ARC en composant le 416 326-1234, le numéro gratuit 1 800 267-8097, le 416 325-3408 (ATS) ou le numéro ATS sans frais 1-800-268-7095, ou en visitant le site suivant

<https://www.canada.ca/fr/services/impots.html>

<https://www.ontario.ca/fr/page/verifiez-votre-conformite-fiscale>

Je certifie que _____, (*insérer le nom du demandeur*) au moment où il soumet la présente demande, est en tous points conformes à toutes les lois fiscales administrées par l'ARC et, plus particulièrement, que tous les impôts dus et payables en vertu de toutes les lois fiscales ont été déclarés et tous les impôts dus et payables en vertu de ces lois ont été versés ou ont fait l'objet d'ententes satisfaisantes qui ont été respectées.

La signature ci-dessous confirme l'acceptation des déclarations n° 1 à 3 telles qu'elles sont énoncées ci-dessus.

Fait à (lieu) : _____ en ce _____ jour de _____, 20_____.

_____ <i>Signature du signataire autorisé</i>	_____ <i>Signature du deuxième signataire autorisé (si nécessaire)</i>
_____ <i>Titre</i>	_____ <i>Titre</i>
_____ <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>	_____ <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>

<hr/> <i>Numéro de téléphone</i>	<hr/> <i>Numéro de téléphone</i>
----------------------------------	----------------------------------

DÉCLARATION 4 – Déclaration des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale

Les renseignements personnels, y compris les renseignements relatifs à des condamnations pénales ou réglementaires antérieures et à des conflits d'intérêts réels ou potentiels, sont recueillis par le directeur dans le cadre de la présente demande parce qu'ils sont nécessaires à la bonne administration du programme des CSSCI, avec le consentement du demandeur et des dirigeants et directeurs ou des personnes ayant un intérêt affectant le contrôle de la société à laquelle les renseignements se rapportent, et ne seront utilisés et divulgués que pour permettre au directeur d'administrer le présent processus de demande et d'effectuer la planification connexe, et pour des fins autorisées ou exigées par la loi.

En ce qui concerne la demande présentée par _____ (*Insérer le nom du demandeur*) (le « demandeur ») pour l'obtention d'un financement en vue de la création et de l'exploitation d'un CSSCI, je :

1. certifie que j'ai lu la demande et que je :
 - i. reconnais que j'ai été désigné dans cette demande comme un dirigeant, un directeur ou une personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale, comme défini dans les lignes directrices relatives à la demande, qui fournira un soutien et des services au demandeur afin de mettre en œuvre les services proposés dans la demande;
 - ii. suis d'accord avec les renseignements contenus dans la demande et, en particulier, je confirme que les renseignements contenus dans la demande me concernant sont exacts, qu'ils ont été fournis au ministère avec mon consentement et que les réponses aux questions de la demande qui font référence à des renseignements sur les dirigeants, les directeurs ou une personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale sont exactes dans la mesure où ils se rapportent à moi;
2. accepte de fournir au demandeur les services et le soutien décrits dans la demande, s'il est retenu à l'issue de l'appel de demandes;
3. consens à ce que le directeur divulgue, à titre confidentiel, les renseignements me concernant contenus dans la demande à des personnes ou à d'autres parties, si cela s'avère nécessaire pour examiner la demande et gérer le processus de demande;
4. ai lu tous les renseignements et accepte toutes les modalités énoncées dans les lignes directrices;
5. consens à ce que le directeur effectue des vérifications à mon sujet auprès des personnes qu'il juge nécessaires, à sa seule discrétion, à des fins liées à la demande;
6. consens/consentons à la divulgation et à la collecte indirecte, à titre confidentiel, sous réserve des lois applicables, des renseignements détenus par le demandeur ou une tierce partie (y compris une administration municipale) concernant la demande au directeur, comme ce dernier peut l'exiger aux fins de l'examen de la demande et de

l'administration du processus de demande.

DÉCLARATION 5 – Déclaration de conflit d'intérêts des dirigeants et directeurs ou personnes détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale

Aux fins de la présente déclaration, un conflit d'intérêts comprend toutes les circonstances dans lesquelles un dirigeant, un directeur ou une personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale a d'autres engagements, relations ou intérêts financiers qui pourraient être considérés ou pourraient raisonnablement être perçus comme exerçant une influence inappropriée sur le jugement objectif, non biaisé et impartial, et sur les conseils et services relatifs à la prestation des services décrits dans l'appel de demandes et à l'utilisation des fonds associés.

Veillez cocher l'une des cases suivantes, le cas échéant :

Je n'ai pas et n'aurai pas de conflit d'intérêts, réel ou potentiel, en participant à la soumission de la demande de _____ (*Insérer le nom du ou des demandeurs*) ou, si la demande est sélectionnée, de conflit d'intérêts avec les obligations du ou des demandeurs dans le cadre de la prestation des services décrits dans l'appel de demande;

[ou]

La liste suivante énumère les situations qui peuvent constituer un conflit d'intérêts ou un avantage injuste, ou les situations qui peuvent être perçues comme un conflit d'intérêts ou un avantage injuste dans le cadre de notre participation à la soumission de la demande ou des services que nous fournirons au ou aux demandeurs.

- (i) J'informerai immédiatement le demandeur si j'ai connaissance d'une circonstance qui constitue ou pourrait être perçue comme un conflit d'intérêts me concernant.
- (ii) Je n'ai pas sciemment embauché un fonctionnaire ou un ancien fonctionnaire ou retenu ses services, ce qui constituerait une violation de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario* et ses règlements par le fonctionnaire ou l'ancien fonctionnaire.
- (iii) J'ai/Je n'ai pas et j'ai eu/n'ai pas eu accès à des renseignements confidentiels de la Couronne, à l'exception des renseignements confidentiels divulgués aux demandeurs ou à leurs dirigeants ou directeurs ou à toute personne détenant

des intérêts ayant une incidence sur la personne morale dans le cours normal du processus de demande, lorsque les renseignements confidentiels sont pertinents pour les services requis par le processus de demande ou le processus d'évaluation de la demande et lorsque la divulgation des renseignements confidentiels

Déclaration de conflit d'intérêts des dirigeants et directeurs de la personne
--

pourrait causer un préjudice à la Couronne ou procurer un avantage injuste au demandeur, à ses dirigeants ou directeurs, ou une à toute personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale.

- (iv) Les personnes suivantes, employées par ou engagées à contrat par
_(Insérer le nom), ont participé à la préparation de la demande :

Nom (en anglais seulement)	Adresse	Numéro de téléphone

Voici une liste de personnes qui sont des membres actuels ou d'anciens membres de la fonction publique de l'Ontario (FPO), employées ou ayant été employées dans un ministère/organisme ou un cabinet ministériel, et que les dirigeants ou directeurs ou la personne détenant des intérêts ayant une incidence sur la personne morale ont employées ou retenues dans le cadre de la présente demande. Si un employé ou une personne figurant sur la liste ci-dessous est un fonctionnaire actuel ou ancien employé d'un ministère ou d'un cabinet ministériel, le fonctionnaire actuel ou ancien est tenu de se conformer aux dispositions de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*.

Nom (en anglais seulement)	Ministère/organisme de la FPO où le dernier emploi a été occupé	Dernière date d'emploi au sein de la FPO

La signature ci-dessous confirme l'acceptation des déclarations n° 4 à 5 telles qu'elles sont énoncées ci-dessus.

Fait à (lieu) : _____ en ce _____ jour de _____, 20_____.

<hr/> <i>Signature du signataire autorisé</i>	<hr/> <i>Signature du deuxième signataire autorisé (si nécessaire)</i>
---	--

<hr/> <i>Titre</i>	<hr/> <i>Titre</i>
<hr/> <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>	<hr/> <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>
<hr/> <i>Numéro de téléphone</i>	<hr/> <i>Numéro de téléphone</i>

SIGNATURES FINALES

Veillez joindre une copie signée de cette page « Signatures », qui doit être signée par le demandeur.

Signature du demandeur

Au nom et avec l'autorisation du demandeur, je :

- certifie que les renseignements fournis relativement à la présente demande sont, à sa connaissance, véridiques, exacts et complets;
- confirme que le demandeur a la capacité financière et organisationnelle de gérer un CSSCI, comme décrit dans la présente demande;
- reconnais qu'il ne s'agit pas d'un appel d'offres ou d'un processus d'approvisionnement et que la détermination des demandeurs retenus pour le financement sera faite à la seule et entière discrétion du directeur;
- consens à ce que le directeur divulgue, à titre confidentiel, la demande à des personnes ou à d'autres parties, si cela s'avère nécessaire pour examiner la demande ou pour gérer le processus de demande;
- consens à ce que le directeur vérifie tout renseignement fourni dans le cadre de la présente demande et procède à toute divulgation nécessaire à cette fin.

Fait à (lieu) : _____ en ce _____ jour de _____, 20_____.

_____ <i>Signature du signataire autorisé</i>	_____ <i>Signature du deuxième signataire autorisé (si nécessaire)</i>
_____ <i>Titre</i>	_____ <i>Titre</i>
_____ <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>	_____ <i>Nom en caractères d'imprimerie</i>
_____ <i>Numéro de téléphone</i>	_____ <i>Numéro de téléphone</i>

LISTE DE VÉRIFICATION FINALE

La liste de vérification finale figurant à la dernière page de la demande doit servir de guide pour la soumission de la demande. Le demandeur doit s'assurer que tous les renseignements et tous les documents nécessaires ont été joints à la demande.

Remarque : Les questions et les tableaux fournis tout au long de la demande à remplir par le demandeur ne se trouvent pas dans la liste ci-dessous. En fonction de la situation du demandeur, certains renseignements supplémentaires peuvent être requis, comme indiqué dans la demande et les lignes directrices. Ces renseignements ne figurent pas dans la liste ci-dessous, mais doivent néanmoins être joints à la demande.

Inclus	Section	Ce qu'il faut joindre au formulaire de demande
	2,4	Évaluation financière et économique (le cas échéant)
	2,5	Planification et évaluation préopératoire du patient
	2,6	Parcours postopératoire du patient
	2,7	Services de réadaptation postopératoires pour les patients
	3,1	Évaluations/inspections récentes de la qualité (le cas échéant)
	3,3	Politique clinique en matière de PCI
	4,1	Antécédents judiciaires (le cas échéant)
	4,1	Antécédents de faillite ou de mise sous séquestre (le cas échéant)
	4,1	Expérience en matière d'exploitation d'établissement (le cas échéant)
	4,1	Antécédents de suspension de permis de l'établissement (le cas échéant)
	4,1	Antécédents en matière de discipline professionnelle (le cas échéant)
	4,2	Certificat de constitution et lettres patentes (le cas échéant)
	4,3	Expérience commerciale et professionnelle (le cas échéant)
	4,4	Organigramme
	5,1	Carte – Détails de l'emplacement de l'établissement de santé
	6,1	Plan de dotation en personnel de l'établissement de santé
	7,1	Partenariats hospitaliers