

<p><b>Politique : Politique relative aux allocations quotidiennes selon le niveau de soins dans les foyers de soins de longue durée en fonction du taux d'occupation et des différents degrés de gravité chez les résidents</b></p>	<p><b>Publiée en mai 2019</b></p>
---	-----------------------------------

## 1.1 Introduction

La présente politique entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception des alinéas 6.1.1.2, 6.1.2 (3) et 6.1.3 (2) qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019 et de l'alinéa 6.1.2 (4) qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2019. La politique décrit l'approche de financement adoptée relativement aux allocations quotidiennes selon le niveau de soins, y compris les rajustements apportés pour tenir compte du taux d'occupation et des différents degrés de gravité chez les résidents, ainsi que le financement supplémentaire versé à un titulaire de permis pour chaque foyer de soins de longue durée (FSLD). La présente politique remplace la *Politique financière sur les foyers de soins de longue durée* datée du 1<sup>er</sup> avril 2018.

Comme indiqué dans les sections 6 et 7, la présente politique a été révisée afin de remplacer les modalités et conditions, les politiques de financement et le financement supplémentaire antérieurs pour les initiatives suivantes :

- Politique relative au taux d'occupation des FSLD
- Politique : Financement en cas de suspension des admissions en raison d'éclotions
- Politique de financement des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés en soins de longue durée
- Financement d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé supplémentaire dans FSLD (les modalités de ce financement ont été fournies par le Ministère le 8 mai 2018 dans les lettres modifiant l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS)
- Politique de financement du « Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI-MDS) 2.0 »
- Politique de financement de la physiothérapie en FSLD

## 1.2 Vue d'ensemble de l'approche de financement relative aux allocations quotidiennes selon le niveau de soins

Le RLISS verse au titulaire d'un permis d'exploitation de FSLD une allocation quotidienne selon le niveau de soins pour chaque lit autorisé ou approuvé dans le foyer<sup>1</sup>, sous réserve des conditions énoncées dans la présente politique, des autres politiques de financement et de gestion financière, des lois applicables et de toute entente de responsabilité en matière de services applicables.

L'allocation selon le niveau de soins est calculée pour chaque lit au moyen de la formule suivante :

$$(\text{SIP} + \text{SPS} + \text{AC} + \text{AS}) - \text{revenu provenant de la quote-part des résidents} = \text{allocation quotidienne selon le niveau de soins}$$

**Remarque :** Dans la formule ci-dessus, l'enveloppe SIP peut être révisée en fonction du degré de soins actifs, s'il y a lieu. Veuillez vous reporter à la section 4.1 de la présente politique pour de plus amples renseignements sur la révision de l'enveloppe SIP en fonction des différents degrés de gravité. Pour en savoir plus sur le revenu provenant de la quote-part des résidents, veuillez consulter l'article 5.1 de la présente politique ainsi que la *Politique relative au flux de trésorerie des FSLD*.

<sup>1</sup> Veuillez noter que les lits vacants sont exclus, car ils ne sont pas utilisés.

Les montants d'allocation quotidienne sont fixés par le ministère et mis à jour de temps à autre. Veuillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour connaître le montant précis correspondant à chaque enveloppe pour la période en vigueur.

## 2.1 Volets des allocations quotidiennes selon le niveau de soins de base

Le montant des allocations quotidiennes selon le niveau de soins de base est le montant des allocations avant révision selon l'indice de la charge des cas (ICC) ou le degré de soins actifs requis.

Les allocations quotidiennes selon le niveau de soins comprennent quatre volets de financement, que l'on appelle enveloppes. Ces enveloppes sont :

- Soins infirmiers et personnels (SIP) Cette enveloppe comporte une portion rajustée en fonction du degré de soins actifs requis.
- Services des programmes et de soutien (SPS)
- Aliments crus (AC)
- Autres services (AS)

Les dépenses financées à l'intérieur de chaque enveloppe, appelées dépenses admissibles, sont décrites ci-dessous.

Soins infirmiers et personnels (SIP) : Cette enveloppe finance les dépenses liées au personnel infirmier et aux autres membres du personnel de soins directs qui évaluent, planifient, fournissent, assistent, évaluent et documentent les soins directs fournis aux résidents, ainsi que les fournitures et l'équipement utilisés par le personnel pour fournir des soins aux résidents.

Services des programmes et du soutien (SPS) : Cette enveloppe finance les dépenses liées au personnel et à l'équipement liés aux programmes et traitements offerts aux résidents.

Aliments crus (AC) : Cette enveloppe sert à financer les dépenses liées à l'achat d'aliments crus, y compris le matériel alimentaire utilisé pour soutenir la vie, y compris les substances supplémentaires comme les condiments et les suppléments alimentaires thérapeutiques préparés commandés par un médecin, une infirmière praticienne, une diététiste ou une infirmière autorisée, le cas échéant, pour un résident. Les coûts liés aux autres programmes et le coût de la préparation des aliments sont exclus.

Autres services (AS) : Cette enveloppe finance les dépenses liées aux services d'entretien ménager, au fonctionnement et à l'entretien des immeubles et des propriétés, aux services diététiques (services de nutrition/hydratation), à la buanderie et au linge, aux services généraux et administratifs, et les coûts qui permettront de maintenir ou d'améliorer le milieu de soins du FSLD.

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les dépenses admissibles et la façon dont elles sont classées sous chaque enveloppe, veuillez consulter la *Politique sur les dépenses admissibles pour les foyers de soins de longue durée* et les *Lignes directrices sur les dépenses admissibles pour les foyers de soins de longue durée*.

## 3.1 Applicabilité selon le type de lit

Tous les lits des FSLD reçoivent la même allocation quotidienne de base pour les enveloppes SPS, AC et AS en vigueur pour la période, telle que définie dans le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins*. Le montant de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins pour l'enveloppe SIP peut varier d'un lit à un autre, étant donné qu'il peut être révisé en fonction du degré de soins actifs requis par les résidents; plus précisément, le montant de base est révisé selon l'indice de la charge des cas (ICC).

### Lits classifiés

Les lits classifiés sont des lits réservés aux soins de relève de longue et de courte durée dans un FSLD qui étaient en service pendant la période d'évaluation.

- Les lits de longue durée sont destinés aux personnes qui ont besoin de soins infirmiers sur place 24 heures sur 24, d'une aide fréquente pour les activités de la vie quotidienne ou d'une surveillance et d'un suivi fréquent sur place pour assurer leur bien-être.
- Les lits réservés aux soins de relève de courte durée dans un foyer de soins de longue durée sont destinés aux personnes dont les aidants naturels ont besoin de repos ou de soins provisoires afin de continuer à résider dans la collectivité et que la personne est susceptible de bénéficier d'un court séjour au foyer.
  - La durée maximale du séjour est de 60 jours.
  - Une personne peut passer un total de 90 jours dans un lit de court séjour dans une année (en combinant le nombre de jours de repos et de convalescence).

L'allocation quotidienne des lits classifiés dans l'enveloppe SIP est révisée en fonction du degré de soins actifs requis. La section 4 présente une vue d'ensemble du processus de révision du degré de gravité chez les résidents.

#### Lits non classifiés

Les lits récemment autorisés ou approuvés en soins de longue durée pour lesquels les besoins des nouveaux résidents en matière de soins n'ont pas été évalués aux fins de révision de la charge des cas sont appelés lits non classifiés. Les lits non classifiés reçoivent l'allocation quotidienne selon le niveau de soins de base en vigueur pendant cette période, définie dans le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins*. Les lits non classifiés sont financés à un ICC de 1,0.

#### Lits de convalescence

L'allocation quotidienne selon le niveau de soins destinée aux lits de convalescence s'inscrivant dans l'enveloppe SIP n'est pas révisée en fonction de l'ICC du foyer. Les lits de convalescence reçoivent l'allocation quotidienne selon le niveau de soins de base, comme il est établi dans le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour la période en vigueur.

Les lits de convalescence reçoivent également une subvention supplémentaire pour soutenir le rétablissement des résidents qui utilisent ces lits, car ils nécessitent des soins infirmiers et des thérapies supplémentaires par rapport aux autres résidents. Il est prévu que ces résidents retournent à leur résidence dans les 90 jours qui suivent leur admission au foyer. L'allocation supplémentaire est répartie entre les enveloppes SIP, SPS et AS. Veuillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour connaître le montant précis du financement qui constitue l'allocation supplémentaire à la date précisée et sa répartition entre les enveloppes SIP, SPS et AS. Les montants des allocations supplémentaires sont établis par le Ministère, qui les met à jour périodiquement.

#### Lits provisoires

Les lits provisoires reçoivent l'allocation quotidienne de base financée à un ICC de 1,0, comme établi dans le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour la période applicable.

### **4.1 Rajustement en fonction du degré de soins requis pour les lits classifiés**

Pour la portion SIP qui est rajustée en fonction du degré de soins requis, le financement SIP est calculé selon la formule ci-dessous :

Le financement SIP pour un foyer = ICC financé d'un foyer X Nombre de lits classifiés d'un foyer X allocation quotidienne SIPL X Nombre de jours dans la période visée

L'indice de la charge des cas ou ICC est destiné à représenter la mesure de l'utilisation des ressources en fonction du degré de soins requis par les résidents. L'ICC d'un foyer représente le degré moyen de soins requis pour tous les résidents du foyer au cours d'une année donnée. L'ICC se fonde sur des évaluations des résidents au moyen du « Resident Assessment Instrument—Minimum Data Set » (RAI-MDS) (RAI-MDS).

#### Groupes d'utilisation des ressources (RUG)

Le ministère applique un système de classification appelé Groupes d'utilisation des ressources (RUG) pour regrouper les résidents ayant une utilisation similaire des ressources en fonction des soins et des traitements fournis. L'évaluation de chaque résident est attribuée à la cellule RUG la mieux pondérée pour laquelle il est qualifié en fonction de son état de santé, de ses activités de la vie quotidienne, de sa réadaptation et de sa thérapie. Pour chaque évaluation, le nombre de jours évalués au cours de la période d'évaluation est calculé et multiplié par la pondération RUG pour obtenir le nombre de jours pondérés RUG. Ces valeurs sont additionnées pour toutes les évaluations faites au foyer au cours de la période d'évaluation et le rapport entre le nombre de jours pondérés RUG et le nombre de jours évalués est l'ICC d'un foyer.

Veillez consulter l'*annexe A* (figure 1 et figure 2) pour de plus amples renseignements sur le système de classification RUG et le poids du RUG.

Trois mesures de l'ICC sont élaborées :

- **ICC déclaré** : Il s'agit de l'ICC dérivé des données déclarées par un foyer.
- **ICC limité de réadaptation** : Il s'agit de l'ICC dérivé de l'application d'une limite maximale de 5 % aux jours évalués assignés à la catégorie de réadaptation RUG.
- **ICCI financé** : Il s'agit de l'ICC utilisé pour le financement SIP, calculé à la suite des rajustements apportés à l'ICC déclaré. Le principal déterminant du changement dans le financement SIP d'un foyer est l'ICC financé.

Veillez consulter l'*annexe B* pour de plus amples renseignements sur le calcul de l'ICC au niveau du foyer.

## 5.1 Frais d'hébergement des résidents

Chaque résident est responsable du paiement de frais d'hébergement conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) et à son règlement d'application. C'est ce qu'on appelle souvent la quote-part des résidents. Un résident qui n'est pas en mesure de payer la totalité des frais d'hébergement de base peut être admissible à une réduction de taux en vertu du Règlement de l'Ontario 79/10 en application de la LFSDL. Veuillez consulter le *Guide sommaire de la réduction tarifaire* pour des précisions.

Dans le calcul du financement de l'allocation quotidienne, les revenus générés par les frais d'hébergement des résidents sont soustraits du total des quatre enveloppes de financement. Un RLISS ne peut financer aucune partie de la quote-part des résidents à moins d'y être autorisé par le ministère dans une politique ou une entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS. Veuillez consulter la section 2.1 de la présente politique pour obtenir de plus amples renseignements sur les quatre enveloppes de financement.

## 6.1 Autres conditions, règles et restrictions relatives aux allocations quotidiennes selon le niveau de soins et le financement supplémentaire

### 6.1.1 Utilisation équilibrée des fonds tirés des enveloppes SIP, SPS et AC

Un titulaire de permis pourra utiliser les fonds excédentaires des enveloppes SIP et SPS pour contrebalancer les dépenses excédentaires dans les enveloppes SIP, SPS et AC, sous réserve des conditions suivantes :

- Les « fonds excédentaires » sont le montant résiduel dans chaque enveloppe, s'il y a lieu, après avoir soustrait les dépenses admissibles des dépenses approuvées dans l'enveloppe d'origine. (Veuillez consulter la *Politique de rapprochement et de recouvrement des FSLD* pour la définition des dépenses approuvées et des dépenses admissibles.)
- Les fonds excédentaires seront définitivement déterminés au moyen du processus de rapprochement conformément à la *politique de rapprochement et de recouvrement des FSLD*.
- Les fonds excédentaires dans l'enveloppe des aliments crus **ne** peuvent **pas** être utilisés pour compenser les dépenses excédentaires dans les autres enveloppes.

- Le financement doit être dépensé conformément aux critères d'admissibilité énoncés dans la *Politique relative aux dépenses admissibles des foyers de soins de longue durée*.

#### **Exemple :**

Le foyer A a des dépenses excédentaires dans l'enveloppe SIP et des surplus dans les enveloppes des aliments crus et SPS :

- Le foyer A **ne peut PAS** utiliser les fonds excédentaires de l'enveloppe des aliments crus pour compenser les dépenses excédentaires dans l'enveloppe SIP.
- Cependant, le foyer A peut utiliser une partie ou la totalité des fonds excédentaires de l'enveloppe SPS pour compenser les dépenses admissibles dans l'enveloppe SIP, si d'après les tendances historiques et le plan de dépenses actuel, il détermine qu'il ne sera pas en mesure d'utiliser pleinement le financement disponible dans l'enveloppe SPS.

- 

#### **6.1.1.2 Augmentation globale des allocations quotidiennes selon le niveau de soins**

- 

- À compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, une augmentation globale des allocations quotidiennes selon le niveau de soins sera accordée aux foyers de SLD afin d'améliorer les services de soins directs et de soutenir d'autres coûts de fonctionnement dans l'une ou l'autre des quatre enveloppes.

- 

- L'allocation quotidienne globale ne sera pas rajustée en fonction de l'indice de la charge des cas. Les foyers de SLD peuvent allouer jusqu'à 32 % du montant global de l'allocation quotidienne à l'enveloppe Autres services. Le montant le plus élevé du solde restant ou 68 % du montant global de l'allocation quotidienne doit être appliqué aux dépenses admissibles dans les enveloppes de SIP, de SPS et/ou d'aliments crus. Les foyers de SLD seront tenus de déclarer les dépenses financées par le montant global de l'allocation quotidienne sur une ligne distincte sous chaque enveloppe, selon le cas. Le montant total de l'allocation quotidienne globale sera calculé au prorata et rapproché en fonction des dépenses connexes déclarées dans les enveloppes applicables. Les fonds non dépensés et les fonds qui ne sont pas utilisés aux fins prévues et approuvées sont assujettis au recouvrement conformément à la *Politique de rapprochement et de recouvrement des FSLD*.

- 

- Pour les foyers de SLD qui offrent un programme de soins de convalescence, l'augmentation globale applicable aux lits de soins de convalescence doit être appliquée aux dépenses admissibles applicables au programme de soins de convalescence seulement.

- 

- Pour de plus amples renseignements au sujet de l'augmentation globale, veuillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins pour les FSLD*.

### **6.1.2 Enveloppe Soins infirmiers et personnels**

#### **1. Infirmières auxiliaires autorisées dans le financement des foyers de soins de longue durée (FSLD)**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la *Politique de financement des infirmières auxiliaires autorisées dans les foyers de soins de longue durée* est abrogée et remplacée par les modalités énoncées dans la présente politique à la section 6.1.2 (1). La *Politique de financement des infirmières auxiliaires autorisées dans les foyers de soins de longue durée* datée du 1<sup>er</sup> avril 2018 s'applique jusqu'au 31 décembre 2018 inclusivement.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le financement de 69 471 \$ par année versée à chaque FSLD titulaire d'un permis et comptant 64 lits autorisés ou approuvés ou moins servira à l'embauche ou au maintien en poste d'employés de soins directs, de préférence des infirmières autorisées.

#### **2. Financement des infirmières autorisées (IA)**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les modalités du financement fourni par le Ministère le 8 mai 2018 au moyen de lettres qui modifiaient l'entente de responsabilisation du Ministère et du RLISS pour l'ajout d'une infirmière autorisée (IA) dans chaque foyer de SLD sont abandonnées et remplacées par les modalités énoncées dans la présente politique au paragraphe 6.1.2 (2).

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le financement annualisé de 106 000 \$ par année (79 552 \$ au cours de l'année de financement 2018-2019) accordé à chaque foyer de SLD autorisé appuiera l'embauche et/ou le maintien en poste de tout personnel de soins directs, de préférence des infirmières autorisées.

A.

### 3. Financement supplémentaire pour les FSLD comptant 64 lits autorisés ou approuvés ou moins

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, les FSLD comptant 64 lits autorisés ou moins reçoivent un supplément de 4 529 \$ par année. Le montant combiné de 180 000 \$ par année, soit le financement antérieur 69 471 \$ par année pour les IAA plus le financement antérieur de 106 000 \$ par année pour les IA, indiqué aux sections 6.1.2 (1) et 6.1.2 (2), respectivement, plus le supplément de 4 529 \$ par année, peut servir à embaucher et à maintenir en poste tout employé de soins directs dans l'enveloppe SIP.

Le financement mentionné dans les sections 6.1.2 (1) à 6.1.2 (3) ci-dessus est attribué à l'enveloppe Soins infirmiers et personnels. Veuillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour de plus amples renseignements. Les fonds non dépensés et les fonds qui ne sont pas utilisés aux fins prévues et approuvées sont assujettis au recouvrement conformément à la Politique de rapprochement et de recouvrement des FSLD.

#### Changement dans le nombre de lits

En ce qui concerne le financement prévu dans les sections 6.1.2 (1) à 6.1.2 (3) ci-dessus, en cas de changement en cours d'année du nombre de lits dans un FSLD, comme approuvé par le ministère, le nombre de lits autorisés ou approuvés est déterminé en divisant la somme du :

- nombre maximal de jours-résidents;
- nombre maximal de jours-résidents en soins de convalescence; et
- nombre maximal de jours-résidents pour soins de courte durée provisoires, comme défini dans la présente politique,

par le moindre de 365 jours (366 jours si l'année est bissextile) ou le nombre de jours où les lits sont en service du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

### 4. Financement d'un poste de coordinateur du « Resident Assessment Instrument Minimum Data Set » (RAI-MDS)

À compter du 1<sup>er</sup> août 2019, la *politique de financement du « Resident Assessment Instrument Minimum Data Set » 2,0* (datée du 1<sup>er</sup> avril 2013), dont il est question à l'annexe A de la lettre d'entente pour le financement direct du ministère aux foyers de soins de longue durée, sera abandonnée et remplacée par les modalités énoncées ci-dessous dans la présente politique. La présente politique est une politique de financement en vertu de l'Entente de responsabilisation en matière de services liés aux foyers de soins de longue durée (ERS-SLD) avec le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) applicable.

La *Politique de financement du « Resident Assessment Instrument Minimum Data Set » 2,0* (1<sup>er</sup> avril 2013) s'applique jusqu'au 31 juillet 2019 inclusivement. Pour 2019, le financement fourni conformément à la *politique de financement du « Resident Assessment Instrument Minimum Data Set » 2,0* sera calculé au prorata pour tenir compte du financement pour la période de sept mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 juillet 2019 inclusivement.

À compter du 1<sup>er</sup> août 2019, les FSLD recevront une allocation quotidienne supplémentaire qui sera ajoutée à l'enveloppe SIP pour permettre une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds tout en maintenant un poste de coordonnateur du RAI-MDS et en répondant aux exigences opérationnelles et de formation énoncées à l'annexe C.

L'allocation quotidienne supplémentaire est un financement rajusté non lié au degré de soins actifs fourni dans l'enveloppe SPI. Le financement est assujéti aux conditions d'admissibilité de cette enveloppe (énoncées dans la *Politique sur les dépenses admissibles pour les foyers de soins de longue durée* et les *Lignes directrices concernant les dépenses admissibles pour les FSLD*). Le montant de l'allocation quotidienne est fixé par le ministère et mis à jour de temps à autre dans le cadre du *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins*.

## 6.1.3 Enveloppe Services de programmes et de soutien

### 1. Services de diététique

Le titulaire de permis peut inclure dans l'enveloppe SPS les dépenses liées à la fourniture de 30 minutes par résident par mois des services d'une diététiste autorisée pour effectuer des tâches de soins cliniques et nutritionnels conformément au paragraphe 74 (2) du Règlement de l'Ontario 79/10. La dépense des 30 minutes doit être liée au salaire et aux avantages sociaux des diététistes autorisées seulement. Les dépenses dépassant les 30 minutes doivent être imputées à l'enveloppe AS.

## 2. Financement des services de physiothérapie et d'autres services thérapeutiques

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, la *Politique de financement de la physiothérapie en FSLD* est abrogée et remplacée par les modalités énoncées ci-dessous. La *Politique de financement de la physiothérapie en FSLD* datée du 1<sup>er</sup> avril 2016 s'applique jusqu'au 31 mars 2019 inclusivement. Pour 2019, le financement accordé en vertu de la *Politique de financement de la physiothérapie en FSLD* sera calculé au prorata pour tenir compte du financement pour la période de trois mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 mars 2019 inclusivement.

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, le financement fourni pour la prestation de services de physiothérapie à tous les résidents de FSLD est ajouté aux allocations quotidiennes (voir le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins*) dans l'enveloppe du SPS. De même, l'allocation supplémentaire pour la physiothérapie offerte aux résidents dans un lit de convalescence est ajoutée à l'allocation supplémentaire dans le cadre de l'enveloppe SPS (voir le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins*). Le financement est assujéti aux conditions d'admissibilité de cette enveloppe (*énoncées dans la Politique sur les dépenses admissibles pour les foyers de soins de longue durée et les Lignes directrices concernant les dépenses admissibles pour les FSLD*).

L'un des objectifs de l'approche de financement amalgamé pour les services thérapeutiques admissibles est d'obtenir de meilleurs résultats pour les résidents en soins de longue durée grâce au recours accru à une combinaison de personnel interprofessionnel. La plus grande souplesse de financement pour l'achat de services d'ergothérapie et de récréothérapie ainsi que le soutien offert par l'entremise de travailleurs sociaux inscrits permettront d'offrir une plus vaste gamme de soins professionnels aux résidents et, en fin de compte, d'améliorer leur qualité de vie.

**Ergothérapeute** – Membre de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario qui détient un certificat d'inscription l'autorisant à exercer en Ontario.

**Physiothérapeute** – Membre de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario qui détient un certificat d'inscription autorisant l'exercice indépendant.

**Personnel de soutien des physiothérapeutes ou « personnel de soutien »** désigne toute personne qui fournit des soins sous la direction et la supervision d'un physiothérapeute.

**Travailleur social ou travailleur des services sociaux** désigne un membre inscrit à l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario.

### 6.1.4 Enveloppe Autres services

#### 1. Gestionnaires en nutrition et travailleurs de la restauration – Exigences minimales en matière de dotation

##### Gestionnaires en nutrition

- 1,1 Le titulaire de permis doit se conformer aux exigences énoncées à l'article 75 du Règlement de l'Ontario 79/10 (le Règlement) en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).
- 1,2 Conformément au paragraphe 75 (3) du Règlement, le titulaire de permis doit s'assurer que le ou les gestionnaires en nutrition sont sur place, au foyer, pour le nombre minimal d'heures par semaine calculé conformément au paragraphe 75 (4) du Règlement, sans compter les heures consacrées à d'autres responsabilités.

## Vérification des exigences minimales en matière de dotation pour les gestionnaires en nutrition

- 1.3. Le directeur (ministère) peut tenir compte des heures consacrées par semaine, le cas échéant, à la production de repas et d'autres aliments et boissons pour les non-résidents (p. ex. le personnel, les visiteurs) aux seules fins de déterminer si le titulaire de permis se conforme aux exigences énoncées aux paragraphes 75 (3) et 75 (4) du Règlement.
- 1.4 Un inspecteur au nom du directeur en vertu de la LFSLD peut appliquer la formule suivante pour confirmer si le titulaire de permis satisfait aux exigences minimales énoncées à l'article 75 du Règlement pour le ou les gestionnaires en nutrition :

$$M_{\text{Total}} = [A + (B \div 3 \div 7) + (C \div 3 \div 7)] \times 8 \div 25$$
$$= 0,32 \left[ A + \frac{B}{21} + \frac{C}{21} \right], \text{ où}$$

«  $M_{\text{Total}}$  » correspond au nombre minimum d'heures consacrées chaque semaine à la gestion des soins diététiques des résidents et des non-résidents et des programmes de services diététiques.

«  $A$  » correspond

- (a) à la capacité de lits autorisés du foyer pour la semaine si le taux d'occupation du foyer est d'au moins 97 pour cent; ou
- (b) au nombre de résidents logeant au foyer pour la semaine, y compris les résidents absents, si le taux d'occupation du foyer est de moins de 97 pour cent.

«  $B$  » correspond au nombre total d'heures consacrées chaque semaine à la préparation des repas destinés aux non-résidents du foyer quand au moins l'une des deux conditions ci-dessous est respectée :

- (i) outre la préparation de repas, les employés participent à d'autres activités, notamment les suivantes :
  - (a) la distribution de repas;
  - (b) la réception, l'entreposage et la gestion des stocks de nourriture et de fournitures de services alimentaires;
  - (c) le nettoyage et la désinfection quotidiens de la vaisselle, des ustensiles et de l'équipement servant à préparer, à livrer ou à servir des repas.
- (ii) les menus destinés aux résidents et aux non-résidents ne sont pas les mêmes.

Dans tous les cas, les repas servis aux personnes suivantes sont inclus dans «  $B$  » : visiteurs, employés, préposés aux soins de jour, employés de la cafétéria et traiteurs.

«  $B$  » est la somme des repas préparés pour chacun des éléments, p. ex., repas aux visiteurs, aux employés, aux préposés aux soins de jour et aux employés de la cafétéria. De ce fait, «  $B$  » est calculé au moyen de la formule suivante :

$$B = \sum_{n=i} b_i$$

Dans la mesure du possible, chaque élément, c'est-à-dire  $b_i$  le nombre de repas préparés, doit être mesuré. Pour toutes les activités qui génèrent des revenus, par

exemple une cafétéria, la formule suivante doit être appliquée pour calculer  $b_i$  :

$$b_i = \frac{\text{Revenu hebdomadaire moyen}}{\text{Coût moyen par repas}} \text{ où}$$



$$\text{Coût moyen par repas} = \frac{\text{allocation quotidienne d'aliments crus}}{3}$$

« C » correspond au nombre total de repas préparés dans le foyer pour d'autres activités quand les deux conditions ci-dessous sont remplies.

- i) Les employés du FSLD participent à la préparation des repas, et aucune autre activité, y compris entre autres :
  - (a) la distribution de repas;
  - (b) la réception, l'entreposage et la gestion des stocks de nourriture et de fournitures de services alimentaires;
  - (c) le nettoyage et la désinfection quotidiens de la vaisselle, des ustensiles et de l'équipement servant à préparer, à livrer ou à servir des repas.
- ii) les menus destinés aux résidents et aux non-résidents ne sont pas les mêmes.

#### Travailleurs des services alimentaires

- 1,5 Le titulaire de permis doit se conformer aux exigences énoncées à l'article 77 du Règlement de l'Ontario 79/10 (le Règlement) en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LCCSLD).
- 1,6 Conformément au paragraphe 77 (1) du Règlement, le titulaire de permis doit s'assurer qu'il y a suffisamment de travailleurs des services alimentaires pour que le foyer respecte le nombre minimal d'heures de dotation calculé conformément au paragraphe 77 (2) du Règlement.

#### Vérification des exigences minimales en matière de dotation pour les travailleurs des services alimentaires

- 1,7 L'inspecteur peut tenir compte des heures consacrées par semaine, le cas échéant, à la production de repas et d'autres aliments et boissons pour les non-résidents (p. ex. le personnel, les visiteurs) dans le seul but de déterminer si le titulaire de permis respecte les exigences énoncées aux paragraphes 77 (2) et 77 (3) du Règlement.
- 1,8 En vertu de la LFSLD, un inspecteur peut appliquer la formule ci-dessous pour confirmer si le titulaire d'un permis d'exploitation répond à l'exigence minimale établie à l'article 77 du Règlement pour les travailleurs des services alimentaires :

$$M_{\text{Total}} = [A \times 7 \times 0,45] + [(B \div 3) \times 0,45] + [(C \div 3) \times 0,22]$$

$$= 0,45 \left[ 7A + \frac{B}{3} \right] + 0,22 \left[ \frac{C}{3} \right], \text{ où}$$

« M<sub>Total</sub> » est le nombre minimal d'heures par semaine pour les activités décrites au paragraphe 77 (1) du Règlement et les mêmes activités ou d'autres activités liées aux repas pour les personnes qui ne sont pas des résidents définis sous « B » et pour la préparation des repas sous « C ».

« A », « B » et « C » ont la même signification qu'à la section 6.1.4 (1,4) de la présente politique pour les gestionnaires en nutrition.

Tous les repas préparés dans le cadre des activités des maisons de retraite sont inclus dans « C », sauf si les deux conditions définies ci-dessus ne sont pas remplies. En vertu de la LFSLD, l'inspecteur déterminera si la LFSLD et la réglementation sont respectées.

## 2. Financement de la prime à l'atteinte de la qualité (PAQ)

Les FSLD continueront de recevoir de la prime pour l'atteinte de la qualité (PAQ) à titre d'allocation supplémentaire sous l'enveloppe Autres services conformément à la *politique de financement de la prime pour l'atteinte de la qualité (PAQ) du FSLD*. Veuillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes*

selon le niveau de soins pour connaître le montant du financement quotidien supplémentaire pour l'enveloppe AS et la période applicable.

## 7.1 Taux d'occupation

### 7.1.1 Introduction

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la *Politique relative au taux d'occupation des FSLD* est abrogée et remplacée par les modalités énoncées dans les sections 7.1.1 à 7.8.1 de la présente politique. La *Politique relative au taux d'occupation des FSLD* datée du 1<sup>er</sup> janvier 2014 s'applique jusqu'au 31 décembre 2018 inclusivement.

Les taux d'occupation qui doivent être atteints pour recevoir l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction du nombre de lits autorisés ou approuvés dans le foyer dépendent du type de lit. Si un titulaire de permis ne peut atteindre le taux cible d'occupation, l'allocation quotidienne selon le niveau de soins, dans la plupart des cas, sera accordée selon les jours-résidents réels ou les jours pendant lesquels les résidents ont réellement occupé des lits dans le foyer, conformément aux règles et conditions indiquées dans la présente politique.

Cette politique a été révisée :

1. Mise à jour les cibles d'occupation qui sont en vigueur dans certaines situations.
2. Intégration de l'allocation pour jours perdus en raison d'éclosions dans la présente politique et, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, fin de la politique distincte *Financement en cas de suspension des admissions en raison d'éclosions*.
3. Pour tenir compte des changements apportés à la politique sur les éclosions dans la présente politique, notamment la suppression de la référence au « premier » choix aux fins de la détermination des crédits de jours-résidents. Veuillez vous référer à la section 7.6.1.3 « Suspension des admissions pour cause d'éclosions » pour de plus amples renseignements.

### 7.2.1 Aperçu

Les cibles d'occupation par des résidents aux fins de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins sont établies différemment pour les types de lits en hébergement de courte et de longue durée, et sont sous réserve des détails présentés dans la présente politique. Le tableau ci-dessous présente l'objectif d'occupation par type de lit et par enveloppe :

Type de lit \ Enveloppe	Soins infirmiers et personnels (SIP)	Services des programmes et de soutien (SPS)	Aliments crus (AC)	Autres services (AS)
Lit de longue durée – Financement des allocations quotidiennes selon le niveau de soins <sup>1</sup>	97 %	97 %	97 %	97 %
Lit de longue durée – Financement des allocations quotidiennes selon le niveau de soins (FSLD exploitant 64 lits de longue durée ou moins) <sup>2</sup>	S.O.	S.O.	S.O.	97 %
Lits de longue durée dans l'unité spécialisée désignée – Financement des allocations quotidiennes selon le niveau de soins) <sup>3</sup>	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Lit de relève de courte durée – Financement des allocations quotidiennes selon le niveau de soins <sup>4</sup>	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Lit de convalescence – Financement des allocations	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

quotidiennes selon le niveau de soins de base <sup>5</sup>				
Lit de convalescence – Allocations supplémentaires <sup>6</sup>	S.O.	S.O.		S.O.
Lit de courte durée provisoire – Financement des allocations quotidiennes selon le niveau de soins <sup>7</sup>	90 %	90 %	90 %	90 %

- <sup>1</sup> Le taux d'occupation des lits de soins de longue durée doit atteindre 97 % pour que l'allocation quotidienne selon le niveau de soins soit accordée à 100 %; toutefois,
- <sup>2</sup> À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les FSLD exploitant 64 lits de longue durée ou moins recevront 100 % de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins dans les enveloppes SIP, SPS et AC, peu importe le taux d'occupation réel atteint (Nota : Lorsqu'il existe un programme de relève de courte durée, le lit de relève de courte durée est compté comme un lit de longue durée);
- <sup>3</sup> À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les lits de longue durée de l'unité spécialisée désignée recevront 100 % de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins, peu importe le taux d'occupation réel atteint;
- <sup>4</sup> Les lits de relève de courte durée reçoivent 100 % de l'allocation quotidiennes selon le niveau de soins, peu importe le taux d'occupation réel atteint;
- <sup>5,6</sup> Les lits de convalescence reçoivent 100 % de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins de base, peu importe le taux d'occupation réel atteint et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, 100 % de l'allocation supplémentaire, peu importe le taux d'occupation réel atteint; et
- <sup>7</sup> Les lits de soins de courte durée provisoires doivent atteindre un taux d'occupation de 90 % pour recevoir 100 % de l'allocation quotidienne selon le niveau de soins.

Les sections ci-dessous décrivent l'approche détaillée pour calculer les cibles d'occupation pour les différents types de lits dans les FSLD. Plus précisément, il y a deux calculs distincts pour déterminer les cibles d'occupation aux fins du financement, qui comprennent tous deux des allocations pour les jours perdus en raison d'éclotions, le cas échéant. Dans le premier calcul, les lits de soins de longue durée et les lits de relève de courte durée sont regroupés pour établir une cible unique appelée « *cible de jours-résidents de longue durée* ». Le deuxième calcul fixe les cibles d'occupation pour les lits de soins de courte durée provisoires et il est appelé « *cible de jours-résidents pour lits de soins de courte durée provisoires* »

Les calculs des cibles seront fournis dans la feuille de calcul de la subvention.

### 7.3.1 Financement fondé sur le nombre de jours-résidents visés pour des soins de longue durée

Pour recevoir l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction d'une occupation complète, le taux d'occupation réel d'un foyer ne doit pas être inférieur au nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée du foyer.

Pour établir le nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée d'un foyer, le calcul suivant est utilisé (les termes sont expliqués plus bas) :

$\text{Maximum de jours-résidents} - (\text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée} + \text{nombre de jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée}) = \text{Nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée}$
---

Les termes utilisés dans le calcul ci-dessus sont définis comme suit :

**Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée** : Le nombre de jours d'alitement de longue durée que le ministère ou le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) permettra à titre de vacances, pour lesquels un financement est offert. Le nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée actuel est établi à 3 % du maximal de jours-résidents du foyer, selon le cas. (c.-à-d. le nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée = [0,03 x maximum de jours-résidents] crédités en raison d'éclotions).

Les lits de soins de longue durée sont définis comme étant tous les lits de soins de longue durée autorisés ou approuvés dans le cadre du programme de lits de soins de longue durée, y compris ceux qui se trouvent dans une unité spécialisée.

**Nombre de jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée** : Nombre de jours d'alitement dans des lits réservés aux soins de relève de courte durée financés au foyer par le ministère ou le RLISS.

**Maximum de jours-résidents** : Pour calculer le maximum de jours-résidents pour un foyer, on multiplie le nombre de lits en service (capacité de service) par le nombre de jours de la période étudiée. Ce calcul comprend tous les lits en service (y compris les lits de soins de longue durée et les lits réservés aux soins de relève de courte durée, sauf les lits de convalescence et les lits provisoires), si ceux-ci font partie des lits autorisés ou approuvés habituels ou provisoires du foyer.

Dans certains cas, le nombre de lits en service dans le foyer varie au cours de l'année, par exemple s'il y a des rénovations, des agrandissements ou une réduction des effectifs dans le FSLD.

Si deux résidents ou plus occupent un lit la même journée, un seul jour-résident est compté.

**Nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée** : Nombre minimum de jours-résidents pendant lesquels le titulaire de permis doit offrir un service aux résidents en hébergement de longue durée pour recevoir l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction du calcul décrit dans la boîte ci-dessus. Le nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée est communément appelé « cible d'occupation ». Pour plus de détails sur le calcul du nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée, veuillez consulter les « *Instructions techniques et lignes directrices pour le calcul de la subvention des FSDL* ».

Le total du maximum de jours-résidents, du nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée, du nombre de jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée et du nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée est calculé annuellement pour chaque foyer par le ministère et le RLISS.

### **7.3.2 Financement fondé sur le nombre réel de jours-résidents**

#### Lits de soins de longue durée

Sous réserve des exceptions énoncées ci-dessous, un FSLD qui n'atteint pas le nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée du foyer, ou cible d'occupation, sera financé selon le nombre de jours-résidents réel pour des séjours de longue durée.

#### **En vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 :**

7.3.2.1 À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et sous réserve du respect des conditions précisées à la section 7.3.2.2, les exceptions suivantes à la règle générale selon laquelle un FSLD qui n'atteint pas le nombre cible de jours-résidents pour des lits de soins de longue durée du foyer sera financé uniquement en fonction de son nombre réel de jours-résidents pour des séjours de longue durée s'appliquent :

1. Si le nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée du FSLD est supérieur à 3 % et inférieur ou égal à 6 % du nombre maximal de jours-résidents, le foyer sera financé en fonction du nombre réel de jours-résidents plus, et sous réserve du respect des conditions énoncées au paragraphe 7.3.2.2, 2 % de son nombre maximal de jours-résidents pour chaque trimestre applicable.
2. Si le nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée du FSLD est supérieur à 6 % et inférieur ou égal à 10 % du nombre maximal de jours-résidents, le foyer sera financé en fonction du nombre réel de jours-résidents plus, et sous réserve du respect des conditions énoncées au paragraphe 7.3.2.2, 1 % de son nombre maximal de jours-résidents pour chaque trimestre applicable.

7.3.2.2 Un FSLD ne sera visé par l'une ou l'autre des deux exceptions mentionnées à la section 7.3.2.1 ci-dessus que si le rendement du FSLD pour le trimestre applicable est évalué par le Cadre d'évaluation du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée comme étant en règle. (Voir l'*annexe D* de la présente politique pour de plus amples renseignements.)

Si la section 7.6.1.1 ou la section 7.6.1.4 s'applique au FSLD, le nombre maximal de jours-résidents exclut alors les jours d'orientation du personnel, les jours de période d'occupation et les jours de protection en cas de réduction de l'occupation pour le calcul des exceptions 1 et 2, le cas échéant.

Lorsqu'un FSLD est financé en vertu de l'exception 1 ou 2 de la section 7.3.2.1, selon le cas, le financement ne dépassera pas le financement fondé sur le nombre maximal de jours-résidents.

7.3.2.3 À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, si l'exception 1 ou 2 s'applique à un FSLD et que toutes les conditions sont remplies, toute référence au financement en fonction du nombre réel de jours-résidents ou de l'occupation réelle dans le financement d'un FSLD et la politique de gestion financière applicable à ce foyer sera réputée être les jours-résidents réels ou l'occupation réelle plus le 1 % ou le 2 % applicable du maximum de jours-résidents, sauf les jours d'orientation du personnel, les jours de période d'occupation et les jours de protection en cas de réduction de l'occupation, pour la durée où les conditions de cette exception sont remplies.

### **7.3.3 FSLD exploitant au plus 64 lits de longue durée autorisés ou approuvés**

#### **À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 :**

La section 7.3.2 continue de s'appliquer, sauf dans les cas suivants :

7.3.3.1 Un FSLD qui exploite au plus 64 lits de soins de longue durée autorisés ou approuvés, verra les enveloppes SIP, SPS et des AC financées en fonction du nombre maximal de jours-résidents (Nota : Lorsqu'il existe un programme de relève de courte durée, le lit de relève de courte durée est compté comme un lit de longue durée).

7.3.3.2 Sous réserve de la section 7.3.3.1, en cas de changement en cours d'année du nombre de lits dans un FSLD, comme approuvé par le ministère conformément à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, le nombre de lits autorisés ou approuvés est déterminé en divisant le nombre maximal de jours-résidents par le moindre de 365 jours (366 jours pour les années bisextiles) ou le nombre de jours durant lesquels les lits sont en service du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

7.3.3.3 Sous réserve de la section 7.3.3.1, les exceptions 1 et 2 de la section 7.3.2.1. sont remplacées par ce qui suit :

1. Si le nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée du FSLD est supérieur à 3 % et inférieur ou égal à 6 % du nombre maximal de jours-résidents, l'enveloppe AS sera financée en fonction du nombre réel de jours-résidents du FSLD plus, et sous réserve du respect des conditions énoncées au paragraphe 7.3.2.2, 2 % de son nombre maximal de jours-résidents pour chaque trimestre applicable.
2. Si les jours de vacance des lits de soins de longue durée du FSLD sont supérieurs à 6 % et inférieurs ou égaux à 10 % du nombre maximal de jours-résidents, l'enveloppe AS sera financée en fonction du nombre réel de jours-résidents du FSLD plus 1 % du nombre maximal de jours-résidents pour chaque trimestre applicable, sous réserve du respect des conditions énoncées à la section 7.3.2.2.

### **7.3.4 Lits de soins de longue durée dans une unité spécialisée désignée**

**En vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019**

Un FSLD exploitant des lits de soins de longue durée dans une unité spécialisée désignée recevra l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction des jours-résidents de soins de longue durée admissibles dans l'unité spécialisée désignée, sans égard à l'occupation réelle des lits de soins de longue durée dans l'unité spécialisée désignée du foyer.

Lorsque des lits de long séjour de l'unité spécialisée désignée s'appliquent, le calcul servant à déterminer le nombre cible de jours-résidents de soins de longue durée soustraira les jours-résidents de soins de longue durée admissibles dans l'unité spécialisée désignée du nombre maximal de jours-résidents. Le calcul suivant s'applique :

$$\text{Nombre maximum de jours-résidents} - (\text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée admissibles} + \text{Nombre de jours-résidents des lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée admissibles} + \text{Nombre de jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation}) = \text{Nombre de jours-résidents visé pour des lits de soins de longue durée}$$

Où le nombre de **jours-résidents des lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée admissibles** signifie le nombre de jours-lits de longue durée de l'unité spécialisée désignée que le ministère financera au foyer. Il s'agit du nombre de lits approuvés d'un programme de séjour de longue durée en vigueur dans un programme d'unité spécialisée multiplié par le nombre de jours au cours de la période considérée.

La définition des jours de vacances des lits de soins de longue durée admissibles est ajustée comme suit :

**Jours de vacance des lits de soins de longue durée admissibles** : Le nombre de jours d'alitement de longue durée que le ministère ou le RLISS permettra à titre de vacances, pour lesquels un financement est offert. Les jours de vacances de longue durée admissibles actuels sont fixés à 3 % du nombre maximal de jours-résidents du foyer, moins les jours-résidents des lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée admissibles.

(c.-à-d. jours de vacances de longue durée admissibles =  $0,03 \times$  [nombre maximal de jours-résidents moins les jours-résidents des lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée admissibles, le cas échéant].

Les lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée sont exclus de la section 7.3.2, et la section 7.3.3 et chaque référence au nombre maximal de jours-résidents dans ces sections exclura les jours-résidents des lits de soins de longue durée de l'unité spécialisée désignée admissibles.

L'exemple 3, à la section 7.8.1, illustre le calcul servant à déterminer le nombre cible de jours de séjour de longue durée lorsque des lits de long séjour à l'unité spécialisée désignée s'appliquent.

### 7.3.5 Lits réservés aux soins de relève de courte durée

Les jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée admissibles sont soustraits dans le calcul du nombre cible de jours de séjour de longue durée du foyer. Plus précisément, lorsqu'il y a un programme de soins de relève de courte durée, le nombre de jours-résidents approuvé pour ce programme sera séparé du taux de vacance permis de 3 %.

Les lits réservés aux soins de relève de courte durée reçoivent l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction du nombre de jours-résidents pour des lits de soins de relève de courte durée, peu importe le taux d'occupation réel. Cela signifie que les lits réservés aux soins de relève de courte durée ne doivent donc pas atteindre une cible de jours-résidents précise pour faire l'objet d'un financement complet.

#### 7.4.1 Financement fondé sur le nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires

Le nombre maximal de jours-résidents et les cibles d'occupation pour les lits de soins de courte durée provisoires sont calculés et surveillés séparément des autres lits dans un foyer. Afin de recevoir l'allocation quotidienne selon le niveau de soins en fonction de l'occupation complète, le taux réel

d'occupation pour les lits de soins de courte durée provisoires ne doit pas être inférieur au nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires du foyer.

Pour établir le nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires d'un foyer, le calcul suivant est utilisé :

$$\text{Nombre maximal de jours-résidents pour les lits de soins de courte durée provisoires} - \text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de courte durée provisoires} = \text{nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires}$$

Les termes utilisés dans le calcul ci-dessus sont définis comme suit :

**Jours de vacance de courte durée provisoires admissibles** Nombre de jours d'alitement en soins de courte durée provisoires que le ministère ou le RLISS permettra à titre de vacance pour lesquels un financement est octroyé. Le nombre de jours de vacance de courte durée provisoires admissibles est actuellement fixé à 10 % du nombre maximal de jours-résidents de courte durée provisoires du foyer. (c.-à-d. le nombre de jours de vacance de courte durée provisoires admissibles =  $[0,10 \times \text{le nombre maximal de jours-résidents de courte durée provisoires}] + \text{le nombre de jours-résidents crédités en raison d'éclosions.}$ )

**Nombre maximal de jours-résidents pour les lits de soins de courte durée provisoires** : Le nombre maximal de jours de séjour de courte durée pour un foyer est calculé en multipliant le nombre de lits provisoires de courte durée en service (capacité d'exploitation) dans le foyer par le nombre de jours dans la période considérée.

La capacité d'exploitation ne doit pas dépasser le nombre de lits provisoires autorisés ou approuvés dans un foyer. Dans certains cas, le nombre de lits provisoires en service dans le foyer varie au cours de l'année, p. ex. lors de rénovations, d'agrandissements ou de réductions d'effectifs du foyer.

Si deux résidents ou plus occupent un lit la même journée, un seul jour-résident est compté.

**Nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires** : Nombre minimal de jours-résidents pendant lequel le titulaire de permis doit offrir un service aux résidents occupant des lits provisoires pour des séjours de courte durée pour recevoir un financement selon le nombre maximal de jours-résidents pour les lits de soins de courte durée provisoires dans le foyer. Le nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires est communément appelé « cible d'occupation de lits de soins de courte durée provisoires ».

Le ministère ou le RLISS calcule chaque année pour chaque foyer le nombre total maximal de jours-résidents de courte durée provisoires, de jours de vacances de courte durée admissibles et de jours-résidents de courte durée provisoires visés.

#### **7.4.2 Financement fondé sur le nombre de jours-résidents réel pour les lits de soins de courte durée provisoires**

Si un foyer n'atteint pas le nombre de jours-résidents visé pour les lits de soins de courte durée provisoires, le financement sera fondé sur le nombre réel de jours-résidents pour les lits de soins de courte durée provisoires.

#### **7.5.1 Financement fondé sur le nombre maximal de jours-résidents de convalescence**

##### **En vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019**

Les lits de soins de convalescence des FSLD en exploitation recevront 100 % de l'allocation quotidienne de base et 100 % de la subvention supplémentaire en fonction du nombre maximal de jours-résidents de convalescence, peu importe l'occupation réelle des lits de soins de convalescence dans le foyer, où :

**Subvention supplémentaire** : désigne la subvention supplémentaire versée pour les lits de soins de convalescence désignés

Veillez consulter le *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins* pour connaître le montant précis du financement qui constitue la subvention supplémentaire à la date précisée et l'affectation de la subvention aux enveloppes SIP, SPS et AS. Les montants des subventions supplémentaires sont fixés par le ministère et sont mis à jour de temps à autre.

**Allocation quotidienne de base selon le niveau de soins** : s'entend de la subvention quotidienne totale déterminée par le ministère en vigueur pendant la période visée qui comprend les quatre enveloppes budgétaires du modèle de financement actuel (Services de soins infirmiers et de soins personnels, Services des programmes et de soutien, Aliments crus et Autres services). Les allocations quotidiennes de base selon le niveau de soins représentent le montant quotidien qui n'a pas été modifié par un rajustement de l'Indice de la charge des cas (ICC).

Le **nombre maximal de jours-résidents en soins de convalescence** d'un foyer est calculé en multipliant le nombre de lits de soins de convalescence en service (capacité d'exploitation) dans le foyer par le nombre de jours de la période considérée.

La capacité d'exploitation ne doit pas dépasser le nombre de lits autorisés ou approuvés dans le foyer. Dans certains cas, le nombre de lits en service dans le foyer varie au cours de l'année, par exemple s'il y a des rénovations, des agrandissements ou une réduction des effectifs dans le FSLD.

Si deux résidents ou plus occupent un lit la même journée, un seul jour-résident est compté.

### **7.6.1 Rajustements des cibles d'occupation**

#### **7.6.1.1 Lits nouveaux et réaménagés – Orientation du personnel et période d'occupation**

Pour plus de détails, veuillez consulter les *Lignes directrices sur les taux d'occupation des établissements de soins de longue durée nouveaux et réaménagés « D »*.

#### **7.6.1.2 Orientation du personnel et période d'occupation des lits provisoires**

Pour plus de détails, veuillez consulter les *Lignes directrices sur les taux d'occupation des nouveaux lits provisoires de soins de longue durée*.

#### **7.6.1.3 Suspension de l'admission en raison d'éclotions**

En cas d'écllosion d'une maladie transmissible, un médecin hygiéniste ou son délégué peut recommander que toute partie d'un FSLD soit fermée. Le médecin hygiéniste peut également rendre une ordonnance en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* exigeant qu'un FSLD ou toute partie de celui-ci soit fermé. Toute recommandation ou ordonnance de ce genre peut faire en sorte qu'un lit ou des lits ne soient pas occupés ou disponibles pour occupation.

Pendant la période où un ou plusieurs lits ne sont pas disponibles pour occupation en raison d'une recommandation ou d'une ordonnance concernant l'écllosion d'une maladie transmissible, le nombre de jours-résidents au foyer peut être affecté de façon négative. Selon l'admissibilité, le ministère ou le RLISS peut accorder des crédits de jours-résidents dans le calcul de la cible d'occupation d'un foyer.

Admissibilité :

Les critères suivants s'appliquent à l'admissibilité aux crédits de jours-résidents en vertu de la présente politique :

- a) Dans le cas d'une fermeture totale du foyer, le titulaire de permis doit l'avoir fait conformément à une ordonnance du médecin hygiéniste du conseil de santé et fournir les documents requis;
- b) Dans le cas d'une fermeture partielle (p. ex. une aile, un plancher ou une zone résidentielle), le titulaire de permis doit l'avoir fait conformément à une ordonnance ou à une recommandation du médecin hygiéniste ou sur la recommandation d'un inspecteur de la santé publique ou



d'une infirmière en santé publique du conseil sanitaire (à titre de délégué du médecin hygiéniste) et fournir les documents requis.

Application des crédits de jours-résidents :

Si le titulaire de permis satisfait aux critères d'admissibilité prévus à la section 7.6.1.3, le ministère peut accorder des crédits de jours-résidents dans le calcul de l'objectif d'occupation d'une habitation aux fins de la détermination de la subvention comme suit :

- a) Dans le cas des postes vacants résultant de l'indisponibilité d'un ou de plusieurs lits en raison d'une ordonnance ou d'une recommandation, le ministère peut accorder des crédits de jours-résidents pour ce ou ces lits à compter de la date de chaque poste vacant dans le délai précisé dans l'ordonnance ou la recommandation jusqu'à la fin de la période en question.
- b) Aucun crédit n'est accordé pour les vacances au foyer qui existaient avant l'ordonnance ou la recommandation. Toutefois, le ministère peut accorder des crédits de jours-résidents aux nouveaux résidents potentiels qui, selon leur choix de placement, auraient pu être placés dans le foyer après le début de l'ordonnance ou de la recommandation, mais qui n'ont pas été admis.

La présente politique ne s'applique pas aux lits inoccupés qui ne se trouvent pas dans un secteur du foyer visé par l'ordonnance ou la recommandation.

Financement pendant la suspension de l'admission en raison d'éclosions :

Le nombre total de jours crédités, déterminé conformément à la présente politique, sera ajouté aux jours d'inoccupation admissibles afin de déterminer si le foyer a atteint sa cible de jours-résidents de longue durée ou de jours-résidents de courte durée provisoires. Une augmentation du nombre de jours d'inoccupation admissibles se traduira par une diminution du nombre cible de jours-résidents d'un montant égal au nombre total de jours crédités. Le rajustement du calcul cible aura lieu au moment du rapprochement global.

Documents requis :

Pour recevoir les crédits de jours-résidents décrits ci-dessus, le titulaire de permis doit soumettre les documents suivants à la Direction de la gestion financière (DGF) du ministère le plus tôt possible après la fin d'une période d'éclosion et au plus tard à la date fixée par le ministère ou le RLISS :

(a) Formulaire des lits vacants

(i) Une copie de ce formulaire (*annexe E*) est également disponible en ligne à <https://www.ltchomes.net>

b) Les documents confirmant que le ou les lits n'étaient pas disponibles pour occupation.

i) Une copie de l'ordonnance du médecin hygiéniste; ou

(ii) Lorsqu'une recommandation a été faite, une lettre du médecin hygiéniste, de l'inspecteur de la santé publique ou de l'infirmière de la santé publique qui avait le pouvoir de faire la recommandation confirmant la partie précise du foyer qui doit être fermée et la durée pour laquelle cette partie doit demeurer fermée.

c) Lettre(s) du coordonnateur de placement

(i) La ou les lettres doivent vérifier s'il y a des résidents potentiels qui figuraient sur la liste d'attente du foyer avant la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance ou de la recommandation et qui auraient pu être admis pendant la période prévue dans l'ordonnance ou la recommandation.

(ii) Une copie du modèle de lettre (*annexe F*) est également disponible en ligne à l'adresse <https://www.ltchomes.net>

Veillez noter que les exigences en matière de documentation énoncées ci-dessus peuvent s'ajouter à d'autres exigences en matière de rapports établies par le ministère ou le RLISS.

#### 7.6.1.4 Période de protection contre la réduction de l'occupation

Dans certaines circonstances, un foyer peut être approuvé pour une période de protection de réduction de l'occupation pendant laquelle des règles d'occupation et de financement modifiées s'appliquent. Veuillez consulter la *Politique sur la protection de la réduction de l'occupation des foyers de soins de longue durée* pour plus de détails sur ces règles. Afin de calculer les cibles d'occupation du foyer, les jours d'alitement pour lesquels une protection en cas de réduction du taux d'occupation seront soustraits du calcul de la cible d'occupation du foyer. De plus, les jours de vacance autorisés excluront aussi les jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation dans le calcul du nombre de jours-résidents visé pour les foyers sujets à une période de protection en cas de réduction du taux d'occupation (voyez ci-dessous la définition modifiée des jours de vacance autorisés pour chaque calcul, selon le cas).

Pour déterminer le nombre de jours-résidents visé pour des lits de soins de longue durée pour le foyer avec une période de protection en cas de réduction du taux d'occupation, le calcul suivant est utilisé :

$$\text{Nombre maximum de jours-résidents} - (\text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée} + \text{Nombre de jours-résidents des lits de soins de relève de courte durée} + \text{Nombre de jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation}) = \text{Nombre de jours-résidents visé pour des lits de soins de longue durée}$$

Dans cette équation : Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée =  $0,03 \times (\text{Nombre maximum de jours-résidents} - \text{Nombre de jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation})$

Pour déterminer le nombre de jours-résidents visé pour des lits de soins de courte durée provisoires pour le foyer avec une période de protection en cas de réduction du taux d'occupation, le calcul suivant est utilisé :

$$\text{Nombre maximum de jours-résidents pour des lits de soins de courte durée provisoires} - (\text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de courte durée provisoires} + \text{Nombre de jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation}) = \text{Nombre de jours-résidents visé pour des lits de soins de courte durée provisoires}$$

Dans cette équation : Nombre de jours de vacance des lits de soins de courte durée provisoires =  $0,10 \times (\text{nombre maximum de jours-résidents pour des lits de soins de courte durée provisoires} - \text{Nombre de jours de protection en cas de réduction du taux d'occupation})$

#### 7.7.1 Règles de rapprochement

La présente politique doit être lue de concert avec les modalités de financement quotidien selon le niveau de soins contenues dans la présente politique, la *Politique sur les dépenses admissibles pour les foyers de soins de longue durée* et la *Politique de rapprochement et de recouvrement des FSLD*, entre autres. En plus des règles relatives aux cibles d'occupation, le financement est également soumis à d'autres conditions de financement.

#### 7.8.1 Exemples : Calcul des cibles d'occupation aux fins du financement

##### Exemple 1 :

Cibles d'occupation pour un FSLD de 100 lits de longue durée

Le nombre cible de jours-résidents pour un foyer de 100 lits de longue durée (dont aucun n'est un lit de longue durée d'une unité spécialisée désignée) serait de 35 405.

$$\text{Maximum de jours-résidents} - (\text{Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée} + \text{nombre de jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée}) = \text{Nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée}$$

$$36\,500 - (1\,095 + 0) = 35\,405$$

Le nombre maximal de jours-résidents est de 36 500 (100 lits x 365 jours)

Le nombre de jours de vacances de longue durée admissibles correspond à 3 % du nombre maximal de jours-résidents = 1 095 (36 500 x 0,03)

Le nombre de jours-résidents des lits de soins de relève de courte durée est de 0 (le foyer n'a aucun lit réservé aux soins de relève pour des séjours de courte durée)

Le nombre cible de jours-résidents de longue durée est de 36 500 – 1 095 = 35 405

### Exemple 2 :

Cibles d'occupation pour un FSLD pourvu de 98 lits pour des séjours de longue durée et de deux lits réservés aux soins de relève pour des séjours de courte durée

Le nombre de jours-résidents visé pour un foyer pourvu de 98 lits pour des séjours de longue durée pour un foyer de 98 lits (dont aucun n'est un lit de d'une unité spécialisée désignée) et de deux lits réservés aux soins de relève pour des séjours de courte durée est de 34 675

Maximum de jours-résidents – (Nombre de jours de vacance des lits de soins de longue durée + nombre de jours-résidents de lits réservés aux soins de relève de courte durée) = Nombre de jours-résidents visés pour des lits de soins de longue durée

$$36\,500 - (1\,095 + 730) = 34\,675$$

Le nombre maximal de jours-résidents est de 36 500 (100 lits x 365 jours)

Le nombre de jours de vacances de longue durée admissibles correspond à 3 % du nombre maximal de jours-résidents = 1 095 (36 500 x 0,03)

Le nombre de jours de répit de courte durée admissibles est de 730 (2 x 365)

Le nombre cible de jours-résidents pour les lits de soins de longue durée est de 36 500 – (1 095 + 730) = 34 675

### Exemple 3 :

Cibles d'occupation pour un FSLD pourvu de 98 lits pour des séjours de longue durée et de deux lits de soins de longue durée dans une unité spécialisée désignée

Le nombre de jours-résidents visé pour un foyer pourvu de 98 lits pour des séjours de longue durée pour un foyer de 98 lits et deux lits de longue d'une unité spécialisée désignée est de 34 697.

Nombre maximal de jours-résidents – (nombre permis de jours de vacances de longue durée + nombre permis de jours-résidents de soins de longue durée d'une unité spécialisée désignée) = nombre cible de jours-résidents de soins de longue durée

$$36\,500 - (1\,073 + 730) = 34\,697$$

Le nombre maximal de jours-résidents est de 36 500 (100 lits x 365 jours)

Le nombre de jours de vacances de longue durée admissibles correspond à 3 % de (nombre maximal de jours-résidents moins les jours-résidents de longue durée admissibles de l'unité spécialisée désignée) = 1 073 (, 03 x [36 500 – 730])

Le nombre de jours-résidents de longue durée admissibles de l'unité spécialisée désignée est de 730 (2 x 365)

Le nombre cible de jours-résidents pour les lits de soins de longue durée est de 36 500 – (1 073 + 730) = 34 697

## Annexe A : Présentation du modèle RUG-III (34)

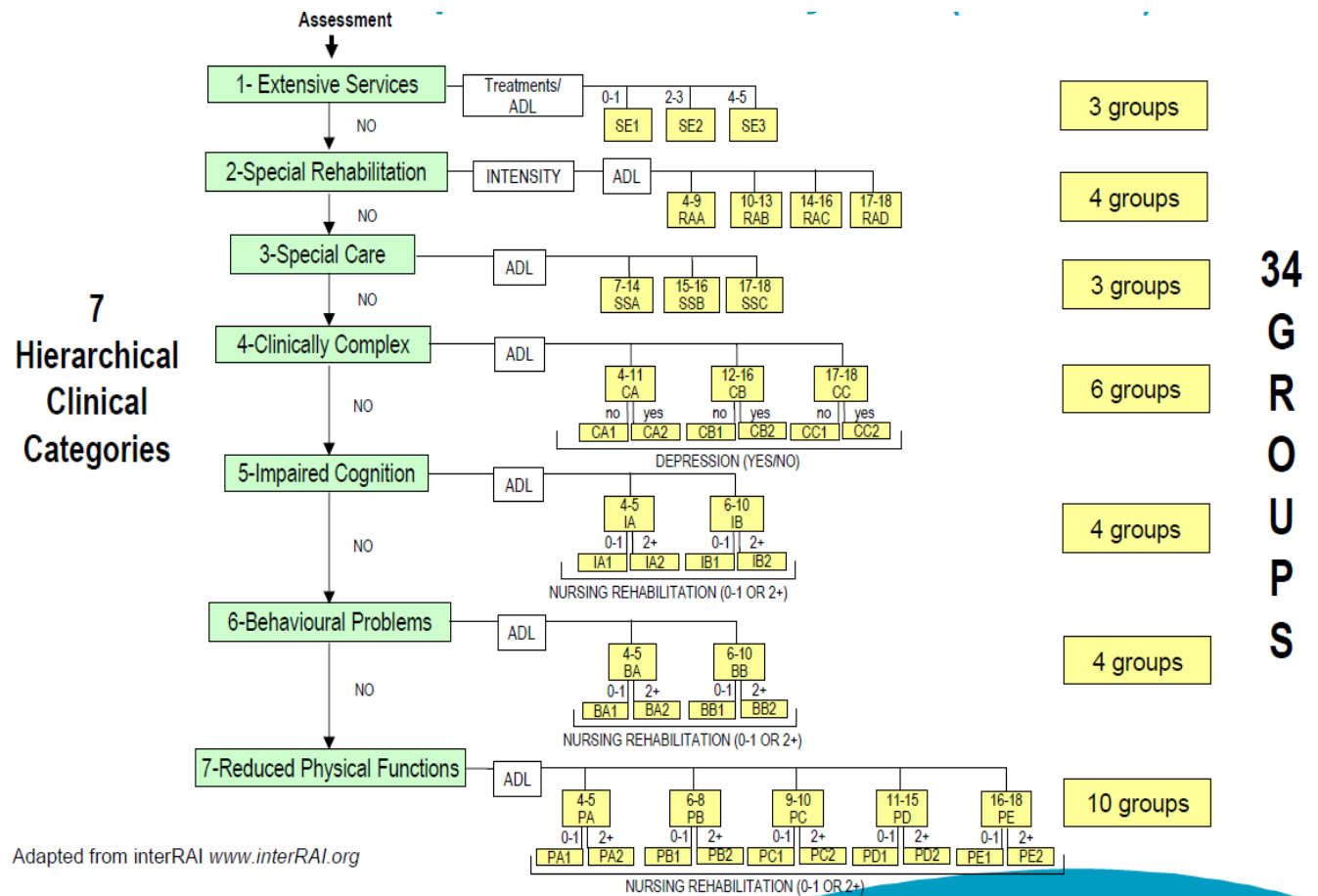
Il y a deux éléments dans un système de la charge des cas : un **système de regroupement** et un **système de pondération**

- Groupes d'utilisation des ressources (RUG) -> le système de regroupement combine des résidents semblables en fonction de leur état de santé, des activités de la vie quotidienne, etc.
- Indice de la charge des cas (ICC) -> le système de **pondération** compare l'utilisation relative des ressources dans chaque groupe.

Pour le secteur des SLD de l'Ontario, le ministère utilise actuellement le RUG III-34 comme système de regroupement et ICC associé comme système de pondération

- Il y a 7 catégories dans les 34 RUG
- Le groupe RUG affecté à une évaluation est basé sur les conditions médicales déclarées par les résidents, les activités de la vie quotidienne, la réadaptation et la thérapie.

Figure 1



- Chaque évaluation est examinée afin de déterminer lequel des 34 groupes RUG pourrait s'appliquer
  - Plus d'un groupe RUG peut s'appliquer à chaque évaluation
- L'évaluation de chaque résident est assignée au groupe RUG le mieux pondéré pour lequel il est qualifié en fonction des critères suivants :
  - l'état de santé déclaré,
  - les activités de la vie quotidienne (AVQ)
  - la réadaptation et la thérapie en soins infirmiers.
- Le groupe RUG affecté à une évaluation est basé sur les ressources utilisées pendant la période d'observation de l'évaluation (et non sur les ressources requises).
- Toutes les évaluations des résidents servent à déterminer l'ICC d'un foyer.

- Les catégories cliniques de la figure 1 sont de nature hiérarchique : services étendus avec le groupe RUG le mieux pondéré et fonction physique réduite avec le groupe RUG le moins bien pondéré.

Figure 2

Catégorie clinique	RUGIII-34	Poids (2009)
Services complets	SE3	1,9422
	SE2	1 591
	SE1	1 446
Réadaptation spéciale	SAR	1,6125
	CAR	1,3492
	BAR	1,1973
	RAA	1,0167
Soins particuliers	SSC	1 402
	SSB	1,3189
	ASS	1.2135
Complexe clinique	CC 2	1,3794
	CC 1	1 277
	CB2	1,1905
	CB1	1,1161
	CA2	1,0683
	CA1	0,9413
Troubles cognitifs	IB2	0,9729
	IB1	0,9469
	IA2	0,7561
	IA1	0,7177
Problèmes de comportement	BB2	0,9388
	BB1	0,8917
	BA2	0,7036
	BA1	0,6327
Fonction physique réduite	PE2	1,129 1
	PE1	1,106 3
	PD2	0,995 9
	PD1	0,971 8
	PC2	0,909 5
	PC1	0,842 9
	PB2	0,711 6
	PB1	0,701 6
	PA2	0,645 2
PA1	0,630 8	

## Annexe B : Calcul de l'ICC du foyer

Home Name :	ABC Long Term Care	Facility Code :	12345
Assessment Period :	April 1, 20XX to March 31, 20XX		

As Reported					
RUG III (34 Group)		Assessed Days (1)	%Assessed Days	Weight (2009)	RUG Weighted Patient Days (RWPD)
				(2)	(1) x (2)
1	SE3	0	0.0%	1.9422	0.00
2	SE2	351	1.5%	1.5910	558.44
3	SE1	0	0.0%	1.4460	0.00
4	RAD	1,249	5.4%	1.6125	2,014.01
5	RAC	4,816	20.8%	1.3492	6,497.75
6	RAB	704	3.0%	1.1973	842.90
7	RAA	81	0.3%	1.0167	82.35
8	SSC	1,307	5.6%	1.4020	1,832.41
9	SSB	498	2.1%	1.3189	656.81
10	SSA	23	0.1%	1.2135	27.91
11	CC2	508	2.2%	1.3794	700.74
12	CC1	664	2.9%	1.2770	847.93
13	CB2	391	1.7%	1.1905	465.49
14	CB1	390	1.7%	1.1161	435.28
15	CA2	682	2.9%	1.0683	728.58
16	CA1	604	2.6%	0.9413	568.55
17	IB2	783	3.4%	0.9729	761.78
18	IB1	493	2.1%	0.9469	466.82
19	IA2	0	0.0%	0.7561	0.00
20	IA1	0	0.0%	0.7177	0.00
21	BB2	0	0.0%	0.9388	0.00
22	BB1	88	0.4%	0.8917	78.47
23	BA2	0	0.0%	0.7036	0.00
24	BA1	0	0.0%	0.6327	0.00
25	PE2	2,036	8.8%	1.1291	2,298.85
26	PE1	4,515	19.5%	1.1063	4,994.94
27	PD2	495	2.1%	0.9959	492.97
28	PD1	461	2.0%	0.9718	448.00
29	PC2	84	0.4%	0.9095	76.40
30	PC1	214	0.9%	0.8429	180.38
31	PB2	18	0.1%	0.7116	12.81
32	PB1	427	1.8%	0.7016	299.58
33	PA2	0	0.0%	0.6452	0.00
34	PA1	1,289	5.6%	0.6308	813.10
<b>Total Assessed Days (A)</b>		<b>23,171</b>	<b>100%</b>		
<b>Total RUG Weighted Patient Days (B)</b>					<b>27,183.25</b>
<b>Home Level Case Mix Index (CMI)</b>		<b>(C) = B/A</b>			<b>1.1732</b>

## Annexe C

### **Coordonnateur RAI-MDS – Exigences en matière de formation et d'exploitation**

Chaque FSLD qui met en œuvre le RAI-MDS choisira un praticien de soins de santé réglementé pour le rôle de coordonnateur du RAI-MDS.

Chaque coordonnateur RAI-MDS et toute personne qui aide le coordonnateur RAI-MDS à remplir la fonction RAI-MDS doit recevoir la formation requise de l'ICIS pour mettre en œuvre l'outil RAI-MDS. Les établissements de SLD peuvent communiquer avec le bureau de la formation de l'ICIS pour obtenir un exemplaire du manuel de l'utilisateur RAI-MDS 2.0. L'ICIS offre gratuitement la formation requise sur le RAI-MDS, qui est décrite dans le feuillet d'information de l'ICIS intitulé *Apprentissage et perfectionnement interRAI in Continuing Care*. Pour de plus amples renseignements sur les programmes d'éducation et de formation offerts par l'ICIS, veuillez consulter le site Web de l'ICIS [Soins continus](#) et [Soins en établissement](#) ou communiquez avec l'ICIS à : [CCRS@cihi.ca](mailto:CCRS@cihi.ca).

Chaque FSLD doit s'assurer que le ou les coordonnateurs du RAI-MDS et toute personne qui aide un coordonnateur du RAI-MDS à exécuter la fonction du RAI-MDS effectuent les évaluations de compétence du RAI-MDS sur une base annuelle.

Le ministère peut établir d'autres exigences en matière de formation en vertu de la présente politique et, à cette fin, il peut prendre des dispositions pour que la formation en ligne puisse être utilisée dans le FSLD. Chaque FSLD doit se conformer à ces exigences supplémentaires en matière de formation.

Chaque FSLD doit se conformer à toutes les exigences applicables énoncées dans l'entente de responsabilisation en matière de services conclue entre l'FSLD et le RLISS (L-SAA), y compris les exigences applicables à la collecte, à l'utilisation et à la déclaration des données RAI-MDS. Les responsabilités du coordonnateur de RAI-MDS comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- Assister à toutes les séances de formation pertinentes sur le RAI-MDS
- Assurer l'éducation RAI-MDS et la formation sur les applications informatiques à tous les utilisateurs RAI-MDS
- Aider les utilisateurs RAI-MDS à coder correctement les évaluations et fournir un support pour la validation du codage
- Superviser le processus du RAI-MDS conformément aux politiques, aux lois et aux ententes applicables, aux normes de pratique et aux exigences interRAI (voir le Manuel de l'utilisateur de l'ICIS)
- Assurer la liaison avec les fournisseurs de logiciels et les représentants concernés afin d'élaborer un plan de formation sur l'application informatique à l'intention des utilisateurs de RAI-MDS
- Fournir un soutien informatique sur place à tous les utilisateurs de l'application RAI-MDS au foyer
- Participation à la formation d'autoformation de l'ICIS sur l'auto-évaluation de la présentation des données
- Assurer un leadership continu en matière d'éducation, d'exactitude des données, de soumission des données et d'applications informatiques du RAI-MDS



## **Annexe D**

Conformément aux sections 7.3.2.1, 7.3.2.2 et 7.3.3 de la présente politique, un FSLD qui n'atteint pas sa cible d'occupation doit être en règle, tel que déterminé par le *Cadre d'évaluation du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée* pour recevoir du financement basé sur 1 % ou 2 % du maximum de ses jours-résidents. La méthodologie est actuellement à l'étude et cette exigence est suspendue pour 2019.



## Annexe F

### FORMULAIRE : LETTRE POUR LE RAPPORT SUR LA LISTE D'ATTENTE DE FSLD

(Insérez le papier à en-tête de l'agence ici)

Objet : Vérification des résidents potentiels sur la liste d'attente d'un foyer de soins de longue durée lors d'une suspension partielle ou totale des admissions en raison d'une éclosion d'une maladie transmissible

---

Nom du FSLD : \_\_\_\_\_

Date de début de la suspension de l'admission : \_\_\_\_\_

Date de fin de la suspension de l'admission : \_\_\_\_\_

**1. Pendant la période de suspension de la période d'admission**, le foyer avait-il des résidents potentiels admissibles sur sa liste d'attente?

Cochez une seule case :  OUI  NON

**2. Avant le début de la suspension de la période d'admission**, le foyer avait \_\_\_\_\_ nouveaux résidents potentiels (*veuillez indiquer le nombre, s'il y a lieu*) qui étaient disponibles pour l'admission mais qui n'avaient pas encore été admis.

\_\_\_\_\_  
Signature – Coordonnateur du placement

\_\_\_\_\_  
Date