

MÉMO

Le 23 septembre 2009

Destinataires : Donna Rubin – PDG, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors (OANHSS)
Christina Bisanz – PDG, Ontario Long-Term Care Association (OLTCA)
Petra Wolfbeiss - Association des municipalités de l'Ontario (AMO)
Sandra Pitters, Reg Paul – ville de Toronto
Lou Reidel – Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO)
PDG des RLISS

Expéditrices : Deborah Hammons et Leela Prasaud
Coprésidentes du Comité de direction de l'ERS-SLD

Objet : Publication des Lignes directrices de la présentation de planification en matière de responsabilisation des foyers de soins de longue durée (PPRS) 2010-2013

Au nom du Comité de direction de l'Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD), nous sommes heureuses de vous fournir un exemplaire des Lignes directrices de la PPRS de 2010-2013.

L'ERS-SLD et la PPRS représentent des changements importants pour le secteur des soins de longue durée et les RLISS. Ces documents mettent l'accent sur le rôle important que doit jouer le secteur pour rendre le système de santé de l'Ontario plus stable et plus responsable. La PPRS et l'ERS-SLD favorisent l'alignement des services de santé à travers différents secteurs et conformément aux priorités du MSSLD et du RLISS.

Ces lignes directrices ont été produites dans le but d'aider les foyers de soins de longue durée (FSLD) à remplir la PPRS de 2010-2013. Les thèmes principaux de la PPRS sont notamment la planification des services, la mesure et l'évaluation des services de santé et la performance organisationnelle. Tous les FSLD pourront accéder aux formulaires le 5 octobre à <http://www.fimdata.com/LTCHome>. Un document regroupant les réponses aux questions posées fréquemment est disponible et sera mis à jour régulièrement. Vous pouvez adresser toute question concernant la PPRS à votre RLISS respectif. **Les FSLD devraient planifier leur PPRS en fonction d'un délai de huit semaines, la date de présentation étant le 20 novembre.**

Les Lignes directrices de la PPRS sont le fruit du partenariat et de la mobilisation des RLISS, du MSSLD et des représentants de l'OANHSS, de l'OLTCA, de l'AMO, de la ville de Toronto, de l'AHO et des FSLD. Le Groupe de travail sur les Lignes directrices de la PPRS a fait un excellent travail dans ses efforts pour recueillir les commentaires et suggestions du secteur des soins de longue durée (foyers et associations) et des RLISS sur l'ébauche des Lignes directrices et les incorporer dans le document. Nous remercions le Groupe de travail et tous ceux et celles parmi vous qui ont présenté des commentaires et suggestions directement ou par le biais des exercices de simulation théorique. Nous sommes très reconnaissantes de l'engagement actif de tous ceux et celles qui ont participé au processus d'élaboration des Lignes directrices.

Le Comité de direction de l'ERS-SLD continue à travailler à l'amélioration du modèle ERS-SLD, qui sera disponible en octobre. **Surveillez les futurs communiqués au sujet de l'ERS-SLD pour obtenir des renseignements à jour sur les principales étapes.**

En vous remerciant de votre participation soutenue à ce très important processus, nous vous prions d'agréer nos sincères salutations.

Lignes directrices de la présentation de planification
en matière de responsabilisation des foyers
de soins de longue durée (PPRS)
2010-2013



Ontario

Local Health Integration
Network

Table des matières

1.	Introduction	2
1.1.	La LISSL	3
1.2.	Le programme de transformation 2004	3
1.3.	Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2011 à 2012-2013.....	4
2.	Rôles et responsabilités	5
2.1.	Rôles et responsabilités du MSSLD.....	5
2.2.	Rôles et responsabilités des RLISS.....	7
3.	Points à considérer en matière de planification pour la PPRS et l'ERS-SLD	8
3.1.	Changements entre l'entente de services et l'ERS-SLD	8
3.2.	Principes guidant le processus	8
3.3.	Cibles de financement pluriannuelles	9
3.4.	Le processus de surveillance 2010-2013.....	9
3.5.	Aperçu du cycle de planification et de responsabilisation 2010-2013 du FSLD 10	
3.6.	Autres services (services en français)	11
4.	Composantes de la PPRS	11
4.1.	Description des services	11
4.2.	Plan de services.....	12
4.3.	Sommaire financier (financement total du FSLD)	14
4.4.	Déclaration.....	15
4.5.	Cadre de performance	15
5.	Évaluation des PPRS par les RLISS.....	19
5.1.	Processus d'évaluation	19
5.2.	Processus d'examen des PPRS par les RLISS	19
6.	De la PPRS à l'ERS-SLD.....	19
6.1.	Présentation.....	19
7.	Directives, lignes directrices et politiques.....	20
8.	Modifications nécessitant l'approbation du RLISS	20
8.1.	Types de lits / nouveaux règlements.....	20
8.2.	Ajout ou amélioration de services, proposition de réduction, de transfert ou d'élimination de service	20
	Annexe A : Glossaire.....	22
	Annexe B : Description des services et énoncé descriptif du plan de services	26
	Annexe C : Sommaire financier.....	29
	Annexe D : Personnes-ressources des RLISS.....	31

1. Introduction

La création de quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) était un élément essentiel du plan du gouvernement provincial visant à transformer le mode de prestation des soins de santé en Ontario. Le 1^{er} avril 2007, les RLISS ont assumé l'entière responsabilité de la planification, du financement et de l'intégration des services de santé dans leur territoire, en application de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL).

Après l'adoption de la LISSL, les RLISS ont commencé à négocier des ententes sur la responsabilisation en matière de services (ERS) entre les RLISS et les fournisseurs de services de santé (FSS) financés par les RLISS, conformément à l'échéancier fixé dans le Règlement de l'Ontario 279/07. Des ERS des hôpitaux (ERS-H) ont été négociées pour 2008-2010. Des ERS multisectorielles (ERS-M) ont été négociées avec les services de soutien communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaire et les organismes d'intervention en santé mentale et en toxicomanie pour 2009-2011. Les ERS liées aux soins de longue durée (ERS-SLD) seront négociées et signées au plus tard le 31 mars 2010. Pour préparer les négociations des ERS-SLD, chaque foyer de soins de longue durée (FSLD) devra soumettre un document de planification : la présentation de planification en matière de responsabilisation des foyers de soins de longue durée (PPRS). La PPRS et l'ERS-SLD s'appliqueront toutes deux pendant une période de trois ans.

Les ERS-SLD et les PPRS représentent d'importants changements pour le secteur des soins de longue durée (SLD) et pour les RLISS. Ces documents soulignent le rôle important que le secteur doit jouer en faveur de la transformation du système de santé ontarien. Il convient toutefois de noter que des changements importants sont déjà en cours dans les SLD. Par exemple, la proclamation de la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* aura des répercussions pour les FSLD car elle remplacera les lois et règlements qui les ont régi jusqu'à maintenant.

Ces lignes directrices de la PPRS ont pour objet d'aider les FSLD à rédiger leur PPRS 2010-2013. Les thèmes centraux de la PPRS sont la planification, la mesure et l'évaluation des services de santé et la performance organisationnelle. La PPRS forme, avec l'ERS-SLD, le fondement du cadre de financement et de planification pluriannuel. Ce cadre vient appuyer les efforts de la province visant à stabiliser et responsabiliser le système de santé en mettant en place une assise financière plus durable, en harmonisant les services entre les secteurs et en les alignant avec les priorités du MSSLD et des RLISS.

Le secteur des SLD sera confronté à plusieurs changements au cours des trois années qui viennent. En premier lieu, il y aura la proclamation de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. D'autres changements importants sont aussi en voie de réalisation, notamment la mise en œuvre de l'interRAI MDS, la mise en application des Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO)/système d'information sur la gestion (SIG), la transformation des règles de conformité, l'initiative de déclaration publique du Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS), la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport *Des femmes et des hommes au service des autres*¹, la Stratégie de renouvellement des FSLD et d'autres projets de développement. Étant donné ces

¹ Des femmes et des hommes au service des autres. Leur retentissement sur la qualité de la vie et des soins dans les foyers de soins de longue durée. Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario. Mai 2008.

changements, la PPRS et l'ERS-SLD privilégient l'utilisation de processus de planification, de financement et de performance qui existent déjà dans le secteur.

Les RLISS et les associations de FSLD ont élaboré des principes qui ont aidé à donner forme à ces lignes directrices et à la version préliminaire de l'ERS. En outre, le secteur des SLD a participé directement à l'élaboration des lignes directrices et des indicateurs de la section 4.5.

1.1. La LISSL

La LISSL a été adoptée afin de favoriser la mise en place d'un système de santé intégré qui améliorera la santé des Ontariens et des Ontariennes par différents moyens : (i) en facilitant l'accès à des services de santé de haute qualité; (ii) en coordonnant les soins dans les systèmes de santé locaux de toute la province; et (iii) par une gestion efficace et efficiente du système de santé au niveau local.

La LISSL accorde aux RLISS différents outils pour réaliser l'intégration du système. L'un de ces outils est le financement. La LISSL stipule que la responsabilisation liée au financement que verse le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) aux RLISS doit correspondre étroitement à la responsabilisation liée au financement que versent les RLISS aux FSS.

Vous pouvez consulter l'entente sur la responsabilisation MSSLD-RLISS (ER-MR) sur le site Web des RLISS. Ce document indique le financement que le RLISS recevra pendant la période couverte par l'ER-MR, les restrictions qui s'appliquent quant à l'utilisation des fonds reçus du MSSLD et les objectifs de performance systémique que doit atteindre le RLISS. Plus précisément, l'ER-MR fixe les éléments suivants :

- a. les buts et objectifs de performance de chaque RLISS et de chaque système de santé local;
- b. les normes, cibles et mesures de performance de chaque RLISS et de chaque système de santé local;
- c. les exigences de planification et de déclaration;
- d. un processus progressif de gestion de la performance.

L'ERS-SLD est l'entente que vous passez avec le RLISS. Les conditions générales de l'ERS-SLD sont conformes à celles de l'ER-MR et elles visent à permettre et faciliter l'atteinte des objectifs du système. Les lignes directrices établissent le processus de préparation de la PPRS, qui sera présentée au RLISS pour discussion. La PPRS est ensuite utilisée pour finaliser l'ERS-SLD et fixer les objectifs que vous tenterez d'atteindre pendant la période d'application de l'ERS-SLD.

Lien vers la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* :

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_06104_e.htm

Si vous avez des questions sur la préparation de la PPRS ou sur son intégration dans le processus de transformation du système de santé, communiquez avec votre RLISS. Voir l'annexe D.

1.2. Le programme de transformation 2004

Le programme de transformation 2004 du gouvernement de l'Ontario vise à transformer les soins de santé par le biais de quatre projets prioritaires :

1. Accès aux services/temps d'attente : Cette stratégie est axée sur la réduction des temps d'attente dans cinq secteurs clés à forte demande (remplacement de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, services de résonance magnétique et de

tomodensitométrie, ainsi que certains traitements de cardiologie et d'oncologie). Les FSLD peuvent contribuer à améliorer l'accès aux services hospitaliers et réduire les temps d'attente s'ils sont perçus comme des éléments d'un système de soins interconnecté. La LAPS représente pour votre FSLD l'occasion de décrire comment il peut contribuer à améliorer la performance globale du système de santé.

2. Soins primaires : Le gouvernement a fixé la cible d'améliorer l'accès aux soins primaires en ajoutant 150 nouvelles équipes de santé familiale entre 2004 et 2007-2008. S'ils peuvent compter sur un accès accru aux médecins de famille et plus de soins préventifs, moins de gens feront appel aux services hospitaliers pour des problèmes non urgents et plus d'espace et un plus grand nombre de lits d'hôpitaux seront disponibles pour ceux et celles qui en ont vraiment besoin. L'amélioration de l'accès aux hôpitaux par la réforme des soins primaires réduit les temps d'attente en permettant un usage plus approprié des lits d'hôpitaux.
3. Intégration du système : L'intégration du système signifie que le gouvernement compte créer un système de soins de santé qui fonctionne véritablement comme un système — un système intégré dont les différentes parties travaillent ensemble pour fournir de meilleurs soins. La création des RLIS est un élément clé du programme de transformation : ce sont eux qui sont responsables de concrétiser l'intégration du système au moyen des outils de planification, de financement et d'intégration que leur fournit la LISS.
4. Gestion de l'information : La vision qui sous-tend le programme de transformation consiste à convertir un groupe de services isolés et autonomes en système cohérent de services interreliés par les technologies de l'information et des communications. Il existe actuellement plusieurs systèmes différents de déclaration et d'information selon les secteurs — les hôpitaux ont un système de déclaration différent du secteur communautaire ou des FSLD, et il n'y a pas de dossiers de patient uniques. Pour que les RLIS puissent gérer efficacement le système, il faut mettre en place un ensemble de données uniformes, de haute qualité et à jour, ainsi que les systèmes pour les compiler.

Le programme de transformation 2004 a mis en mouvement plusieurs des changements nécessaires pour obtenir un système de soins amélioré. Tous les FSS participent à ce processus de transformation. Il y a de fortes chances que votre organisation ait déjà participé à certaines activités de planification et ait reçu des fonds et de la documentation du RLIS. L'ERS-SLD est l'un des outils qui faciliteront et amélioreront le processus de transformation. Elle stipulera notamment que vous devez consulter votre RLIS, surveiller et déclarer différentes données de performance, chercher des occasions d'intégration et travailler en collaboration avec le RLIS et les autres FSS du système. Ces obligations permettront au RLIS et à vous-même de créer un système de santé qui fonctionne véritablement comme un système — un système intégré dont les différentes parties travaillent ensemble pour fournir de meilleurs soins à la population.

1.3. Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2011 à 2012-2013

Les PSSI pour 2010-2013 seront déposés le 30 novembre 2009. Les PSSI de tous les RLIS auront les quatre priorités suivantes :

1. amélioration des services d'urgence
2. réduction au niveau des ANS
3. amélioration des services de lutte contre le diabète
4. amélioration des services en santé mentale et en toxicomanie.

Chaque RLIS pourra aussi avoir des priorités qui lui sont propres. Des stratégies d'habilitation (ressources humaines en santé, cybersanté, intégration des services d'arrière-plan, etc.)

pourront aussi venir appuyer les priorités. Votre RLISS vous informera de toute priorité locale supplémentaire. La PPRS doit aborder toutes les priorités du RLISS.

Les principes de chaque PSSI s'établissent comme suit :

Mobilisation de la collectivité

La prise en charge des besoins et priorités en matière de santé est toujours plus facile quand les fournisseurs communautaires, les fournisseurs de services de santé et la clientèle desservie font connaître leur point de vue avant la prise de décision.

Collaboration, coordination et intégration

Les fournisseurs communautaires, les fournisseurs de services de santé, les RLISS et le gouvernement doivent s'employer ensemble à réduire les chevauchements et à mieux coordonner la prestation des services de santé.

Équité et diversité

Les collectivités sont composées d'individus provenant de différentes cultures, d'origines ethniques diverses et ayant différentes croyances et styles de vie. Les RLISS accordent beaucoup d'importance à l'équité et au respect de la diversité dans les collectivités. Les RLISS respectent les dispositions de la *Loi sur les services en français* et celles de la LISSL pour la planification et la prestation des services à la communauté francophone de l'Ontario. La LISSL fixe aussi les règles pour les RLISS en matière de relations avec les peuples autochtones et les Premières nations. Sauf là où la LISSL le permet, l'accès aux services de santé ne se limite pas à la région desservie par le RLISS où réside un individu.

Responsabilisation et transparence

Le système de santé est régi et géré dans le respect de l'intérêt public et de façon à favoriser la prestation de services de santé de qualité.

Durabilité

Un système de santé intégré fournira les services de santé dont les gens ont besoin maintenant et dont ils auront besoin à l'avenir. Ces principes doivent aussi être pris en compte et intégrés pendant la mise au point de la PPRS. Les FSLD peuvent contacter leur RLISS pour obtenir la documentation technique relative au PSSI 2010-2013 afin d'étoffer leur PPRS.

2. Rôles et responsabilités

2.1. Rôles et responsabilités du MSSLD

Le rôle et la fonction clé du MSSLD en est un de gérance : Il doit établir l'orientation générale du système de santé. Le MSSLD possède les responsabilités suivantes :

- fixer les orientations stratégiques et les priorités provinciales du système de santé;
- élaborer des lois, des règlements, des normes, des politiques et des directives en soutien à ces orientations stratégiques;
- surveiller la performance du système de santé et en rendre compte;
- planifier et établir des modèles et des niveaux de financement pour le système de santé.

Pour ce qui touche aux FSLD, le MSSLD conserve les responsabilités suivantes :

- conformité des FSLD, inspection et application des lois et règlements;
- élaboration du programme du MSSLD et de la politique des FSLD;
- approbation et délivrance de permis de lits de SLD;
- fixation des allocations totales par jour et par lit;
- détermination des fonds de construction par jour et des FSLD qui recevront ces fonds;

- fixation des droits de permis;
- approbation des changements de propriétaire, des ventes d'entreprises et des fusions de fournisseurs dans le cadre de la délivrance de permis;
- approbation des contrats de gestion;
- sélection des programmes de financement;
- entre autres responsabilités, approbation du choix d'une entreprise de gestion tierce en cas de faillite.

Gestion de la conformité

Le MSSLD conserve la responsabilité de la gestion de la conformité. Le Programme d'inspections de conformité des FSLD est administré par la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité (DAPC). Ce programme protège les 75 000 résidents et résidentes des 640 FSLD de l'Ontario, assurant la protection de leurs droits, de leur sécurité et de leur qualité de vie en veillant à ce que les FSLD respectent les lois et règlements, ainsi que les normes et critères fixés par les politiques, les ententes de service et dans le cadre de la délivrance de permis.

La DAPC a pour mandat de fournir le leadership et l'orientation nécessaires pour accélérer l'amélioration de la performance d'un système de santé durable dans les domaines qui constituent une priorité provinciale ou un besoin identifié. Elle est aussi responsable de l'évaluation, de la conception et de la prestation des programmes visant à assurer que les installations de santé sont en conformité avec les lois et les règlements.

Financement

Le MSSLD conserve la responsabilité d'examiner le rapport annuel vérifié ainsi que le rapport sur le taux d'occupation et les revenus, et d'administrer la feuille de calcul de subvention pour le compte des RLISS.

Voici quelques-uns des programmes financés par le MSSLD :

- le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux
- le Fonds de transition pour les salaires élevés
- le Fonds pour les déductions en compensation des taxes municipales
- le fonds d'équité salariale
- le fonds des médecins sur appel
- la prime à la conformité structurelle
- le financement des services de laboratoire
- le financement des adopteurs précoces du MDS
- le financement de la dialyse péritonéale.

Ouverture / renouvellement

Le MSSLD continuera d'administrer des programmes liés à l'ouverture de nouveaux FSLD et au renouvellement des FSLD existants. Cela inclut la mise au point de modèles de financement et de processus ainsi que la surveillance continue du développement.

Les RLISS feront des recommandations aux FSLD afin de sélectionner des projets relevant de la Stratégie de renouvellement des FSLD, en tenant compte des priorités de chaque RLISS dans le cadre d'un processus administré par le MSSLD.

2.2. Rôles et responsabilités des RLISS

Les RLISS sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé à l'intérieur de leur territoire.

Performance du système et des FSLD : Les RLISS sont responsables de la gestion de la performance. Ils surveillent l'atteinte des objectifs de performance prévus dans l'ERS-SLD. Si ces objectifs ne sont pas atteints, le RLISS travaille avec le FSLD pour corriger les lacunes au niveau du système et du FSLD.

Sans limiter ce qui précède, les RLISS examinent et surveillent aussi les points suivants :

- les tendances en matière de refus de placement
- les tendances en matière de demandes de transfert
- les profils de listes d'attente
- les taux d'occupation.

Financement des FSLD

Les RLISS fournissent et administrent les différents modes de financement des FSLD :

- le financement lié aux niveaux de soins (allocations par jour)
- le financement non lié aux niveaux de soins, par exemple :
 - le financement lié aux infirmières auxiliaires autorisées
 - le financement lié aux coûts de construction
 - le financement lié aux lits de convalescence.

De plus, les RLISS assument les responsabilités suivantes :

- participer, s'il y a lieu, à la préparation et à la présentation des demandes de financement liées aux FSLD dans le cadre du cycle de planification annuelle du MSSLD;
- assurer le suivi de l'utilisation des lits des FSLD, de la performance des FSLD et du financement qui s'y rattache;
- recouvrer les fonds de fonctionnement des RLISS identifiés dans le cadre du rapport sur le taux d'occupation et les revenus ainsi que le processus de rapprochement annuel;
- réallouer les fonds de fonctionnement recouverts dans le cadre du rapport sur le taux d'occupation et les revenus;
- recommander des projets dans le cadre du processus de demande de la Stratégie de renouvellement des FSLD;
- approuver la désignation de lits de long séjour existants en tant que lits de court séjour;
- surveiller l'utilisation des lits de court séjour.

Les RLISS ne sont pas autorisés à établir les normes de soins des résidents des FSLD. Cette responsabilité relève toujours du MSSLD. Toutefois, les RLISS peuvent fixer des cibles de performance pour les indicateurs des FSLD en respect du cadre du système de santé provincial.

3. Points à considérer en matière de planification pour la PPRS et l'ERS-SLD

3.1. Changements entre l'entente de services et l'ERS-SLD

Le tableau qui suit présente les principaux changements entre les ententes de financement précédentes et l'ERS-SLD.

Entente de financement du MSSLD	ERS-SLD
Accent mis sur la supervision opérationnelle	Accent mis sur la performance et la responsabilisation
Accent mis sur activités organisationnelles	Accent mis sur le système et les résultats prévus, une attention particulière étant accordée aux activités de collaboration, de coopération et d'intégration à l'intérieur du RLISS
Ententes liées à la mesure des activités	Ententes liées à la mesure de la performance/des résultats
Ententes non alignées sur les programmes et les priorités provinciales	Ententes alignées sur la planification et les priorités provinciales, l'ER-MR et les Plans de services de santé intégrés (PSSI) des RLISS
Entente annuelle (contrat de reconduction tacite)	Entente triannuelle
Aucune proposition de changement opérationnel	Aucune proposition de changement opérationnel, mais obligation d'informer le RLISS de tout changement ayant une incidence sur votre description de services, tels qu'ils sont décrits à la section 4.1, et d'en discuter avec le RLISS
Conditions différentes pour chaque secteur de soins	Approche uniforme pour tous les secteurs de soins

3.2. Principes guidant le processus

Les FSLD doivent tenir compte des principes suivants quand ils préparent leur PPRS et qu'ils font appel à leurs partenaires locaux et régionaux.

a. Responsabilisation

- La PPRS est préparée par le FSLD et lui appartient.
- La PPRS sert de base aux discussions entourant l'ERS-SLD entre le RLISS et le FSLD.
- Les RLISS fournissent de l'orientation, approuvent l'ERS-SLD et surveillent les obligations de performance qui y figurent.
- Les FSLD seront responsables devant le RLISS de l'atteinte des obligations de performance contenues dans l'ERS-SLD.

b. Financement et affectations

- Les FSLD doivent présenter un déficit zéro pendant chaque année de l'ERS-SLD. Par exemple, un FSLD dont les dépenses sont supérieures au financement approuvé doit pouvoir montrer une autre source de revenus qui compense le surplus des dépenses.
- Le financement que les RLISS remettent aux FSLD doit être utilisé selon les conditions prévues dans l'ERS-SLD.

c. Planification du système de santé local

- La planification du FSLD doit être conforme au Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS ainsi qu'aux priorités du gouvernement en matière de soins de santé, appliquer des pratiques exemplaires, être basés sur des décisions fondées sur les faits et chercher des occasions d'efficacité au sein du FSLD et en collaboration avec les hôpitaux, les partenaires communautaires et les autres FSS.
- La planification du FSLD doit aussi mettre à profit la communauté des personnes et des entités diverses de la région desservie et faire ressortir des occasions d'intégrer les services du système de santé local afin d'offrir des services appropriés, coordonnés, efficaces et efficients.

3.3. Cibles de financement pluriannuelles

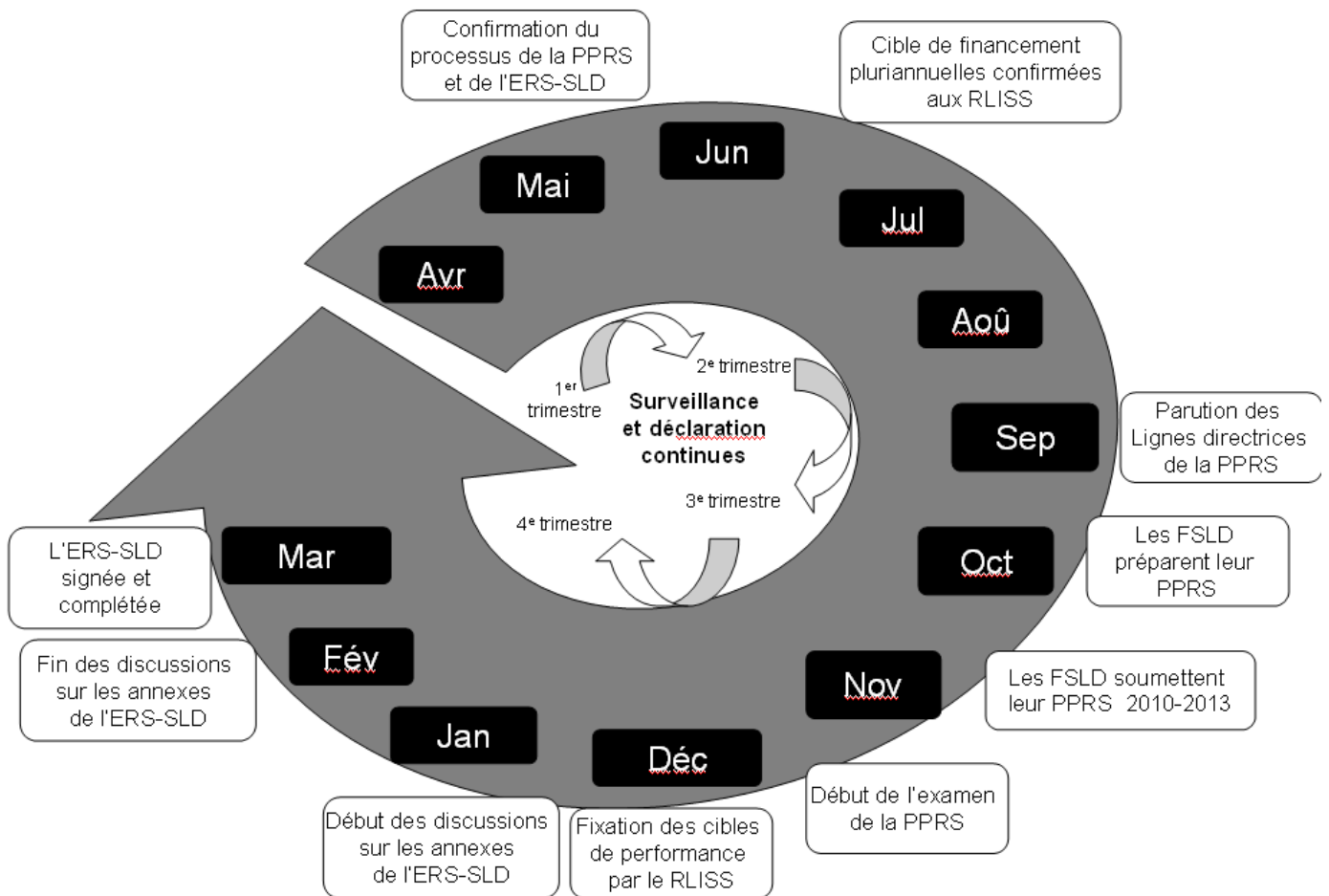
Les cibles de financement pluriannuelles représentent un facteur de stabilité et améliorent la capacité de planifier et gérer efficacement les activités. En vertu de la stratégie de financement actuelle, les RLISS ne peuvent donner des cibles de financement pluriannuelles aux FSLD. Pour les années à venir, les RLISS prévoient introduire les cibles de financement pluriannuelles pour le secteur des SLD. Le MSSLD procède actuellement à une révision des règles de financement pour le secteur. Une fois cet exercice terminé, les RLISS examineront la possibilité d'élaborer des cibles de financement pluriannuelles pour les FSLD. Pour l'instant, le statu quo persiste et le mode de financement actuel des FSLD est maintenu.

3.4. Le processus de surveillance 2010-2013

Il y a eu des déclarations périodiques de données financières et de performance pour les secteurs communautaire et hospitalier. Le secteur des FSLD s'est pour sa part limité aux rapprochements annuels et aux rapports sur le taux d'occupation et les revenus, sur les incidents critiques et autres. Il n'y a pas eu de rapports trimestriels réguliers sur les indicateurs pour le secteur alignés sur les obligations de performance du RLISS en vertu de l'ER-MR et qui appuient les objectifs du système de soins de santé transformé. Dorénavant, avec la l'ERS-SLD, votre FSLD entretiendra une relation de production de rapports directe et régulière avec son RLISS. Ces rapports seront présentés au RLISS sur une base trimestrielle, de la façon indiquée dans l'ERS-SLD. Le RLISS examinera vos résultats en matière de performance et les comparera à votre cible de performance. Ce processus de surveillance et de réponse aux rapports de performance fait maintenant partie du cycle de planification et de responsabilisation du FSLD.

3.5. Aperçu du cycle de planification et de responsabilisation 2010-2013 du FSLD

Cycle de planification et de responsabilisation des foyers de soins de longue durée



Le schéma du cycle de planification et de responsabilisation du FSLD présente deux processus interreliés ainsi que le calendrier de votre relation avec votre RLISS. Le cycle extérieur représente le processus de production de la PPRS qui a lieu avant la finalisation de l'ERS-SLD de trois ans, tandis que le cycle intérieur représente la déclaration annuelle déposée pour chaque exercice de l'ERS-SLD.

Les lignes directrices de la PPRS vous aideront à compléter le cycle extérieur. Le cycle intérieur de déclaration trimestrielle est nouveau pour le secteur des FSLD. Il est lié aux objectifs de transformation du système de santé et au cadre de responsabilisation qui ont été présentés plus haut. Votre ERS-SLD avec le RLISS comportera des calendriers qui indiqueront clairement vos obligations en matière de déclaration et un calendrier d'indicateurs de performance. Ces indicateurs et les mesures de surveillance qui s'y rattachent viennent appuyer les objectifs de

transformation du système de santé en liant la performance du FSLD aux résultats du RLISS au niveau du système, et aux priorités stratégiques du MSSLD.

Ces nouvelles exigences de déclaration ont été intégrées aux processus existants dans le secteur des SLD. Ces processus continueront d'évoluer afin d'assurer qu'ils soient faciles à utiliser et avantageux pour les FSLD, les RLISS et le MSSLD. Les données de performance seront mises à la disponibilité des FSLD, qui pourront les utiliser pour la préparation des PPRS et d'autres processus de planification. Les FSLD continueront de déposer leurs rapports financiers sur une base annuelle, tandis que leurs rapports de performance iront de pair avec la période de l'ERS-SLD sur une base annuelle.

3.6. Autres services (services en français)

Si le FSLD est tenu d'offrir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français* (LSF), il devra remettre au RLISS un rapport de mise en œuvre des services en français.

Pour obtenir la liste des organismes identifiés/désignés, allez à l'adresse suivante :

http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/flhs/identified_mn.html

Si le FSLD n'est pas tenu d'offrir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français* (LSF), il devra remettre au RLISS un rapport indiquant comment il répond aux besoins de la communauté francophone locale.

4. Composantes de la PPRS

Tous les FSLD de l'Ontario doivent préparer une PPRS. Sur demande du RLISS, des modèles permettant de réaliser la PPRS seront rendus disponibles sur le site Web suivant :
<http://www.fimdata.com/LTCHome>.

L'annexe B contient des exemples de formulaires utilisés pour réaliser la description des services et le plan de services.

4.1. Description des services

La description des services produit une vue d'ensemble du FSLD, y compris :

- l'information d'identification générale
- les types et le nombre de lits offerts par le FSLD
- la classification structurelle
- la liste des services supplémentaires fournis aux résidents
- les autres conditions de services liées aux nouveaux lits attribués pour la période 1987-1998
- les liaisons communautaires
- les services fournis par le FSLD ou à partir du FSLD pour répondre aux besoins de la collectivité (par ex. les repas à domicile).

La description des services inclut tous les services offerts par le FSLD, y compris ceux qui sont financés par le MSSLD/RLISS et ceux dont le financement provient d'autres sources et qui sont offerts pour répondre aux besoins spécifiques de la population locale.

L'information qui doit être fournie varie d'un FSLD à l'autre et doit être présentée séparément pour chaque emplacement. Cette information guidera les discussions avec le RLISS et facilitera la préparation des calendriers à inclure dans l'ERS-SLD.

4.2. Plan de services

L'énoncé descriptif du plan de services de la PPRS ne doit pas compter plus de quatre (4) pages sur du papier format lettre avec la police Arial 11 points. Évitez d'inclure des pièces jointes ou tout autre document.

L'énoncé du plan de services représente une occasion pour le FSLD de décrire à l'intention du RLISS le rôle qu'il joue dans la collectivité locale et de quelle façon il compte appuyer la durabilité du système de santé local. Le rapport décrira les programmes et services fournis par le FSLD pour répondre aux besoins de la population locale. Cette section peut inclure l'information liée à l'organisme parent en relation avec les initiatives d'amélioration des services offerts par l'organisme, mais cette information doit être fournie dans un contexte local.

L'énoncé descriptif du plan des services est composé de deux sections. Dans la partie A du plan des services, le FSLD décrit les services que le foyer donne ou prévoit donner pendant l'exercice 2010-2011. Dans la partie B, le FSLD décrit les services que le foyer donne ou prévoit donner pendant les exercices 2011-2012 et 2013-2013.

Plan de services - partie A : 2010-2011

La partie A du plan de services doit inclure les éléments suivants :

i. Objectifs et priorités stratégiques

Cette section peut comprendre :

- des messages clés à l'intention du RLISS, par exemple :
 - Les services ou programmes que le FSLD offre ou prévoit offrir en 2010-2011 pour répondre aux besoins de la population résidente ou de la collectivité locale. Peuvent entrer dans cette section les programmes cliniques spécifiques ou les programmes qui répondent aux besoins de groupes culturels, linguistiques ou religieux. Une description des caractéristiques de la ou des populations desservies et des besoins auxquels les services visent à répondre. L'énoncé descriptif doit présenter tous les services décrits à la section 4.1 partie A ci-dessus.
 - Une description de la façon dont les initiatives du FSLD répondent aux besoins de santé de la communauté francophone locale si le FSLD est tenu de fournir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français*.
 - Les stratégies de communication prévues ou en cours avec d'autres FSS ou avec la collectivité locale.
 - Les plans de redéveloppement structurel dans le cadre de la Stratégie de renouvellement des foyers de soins de longue durée du MSSLD.
 - Toute autre activité dont le RLISS devrait avoir connaissance.

ii. Progrès du PSSI

- De quelle façon les plans stratégiques et de fonctionnement du FSLD contribuent au PSSI du RLISS et améliorent la capacité de service, la prestation et la coordination des soins/services dans le système de santé local. Par exemple, décrire tout partenariat ou alliance avec d'autres FSS ou d'autres fournisseurs de services (par ex. services ou hôpitaux de santé mentale pour les résidents ayant des besoins médicaux complexes, etc.)

- De quelle façon le FSLD prévoit remplir ses obligations prévues dans la LISSL, incluant les obligations suivantes :
 - obligations de mobilisation de la collectivité en vertu du paragraphe 16(6)
 - identification des occasions d'intégration en vertu de l'article 24.
- Les résultats de toute activité d'intégration et de mobilisation communautaire. Plus précisément, les répercussions de ces résultats sur la collectivité et l'aptitude du FSLD à améliorer la capacité et la prestation des services pour répondre aux besoins de la collectivité.

iii. Analyse de la situation

- Des hypothèses et justifications prudentes relativement au taux d'occupation des lits, à la prestation des services et à l'ensemble des revenus et dépenses, y compris la collecte de la quote-part des résidents.
- Une description des risques budgétaires et opérationnels importants (pas plus de trois [3]), le cas échéant, qui pourraient avoir une incidence sur la capacité du FSLD de répondre aux besoins des résidents en matière de soins et d'atteindre les normes de conformité et les objectifs opérationnels et financiers. Cette description doit inclure toute question opérationnelle pouvant avoir des répercussions sur le respect des normes de conformité.
- Une vue d'ensemble des stratégies réalistes visant à atténuer ou gérer les risques identifiés.

iv. Évaluation de la performance de l'année précédente (facultatif)

- Une évaluation critique et objective de la performance opérationnelle de l'année précédente :
 - les défis rencontrés;
 - les stratégies entreprises pour relever ces défis.

v. Changements apportés au résumé des activités (facultatif)

- Présenter les changements sur le plan des activités qui ont été envisagés pour la période d'application de l'ERS-SLD (les changements que le RLISS doit approuver ne peuvent être inclus sauf s'ils ont déjà été approuvés).

Plan de services - partie B : 2011-2012 et 2012-2013

L'information de cette section est fournie au RLISS pour fins de planification seulement. Elle ne sera pas incluse dans l'entente.

La partie B du plan de services doit inclure les éléments suivants :

i. Objectifs et priorités stratégiques

Cette section peut comprendre :

- des messages clés à l'intention du RLISS, par exemple :
 - Les services ou programmes que le FSLD prévoit ou aimerait offrir en 2011-2012 et en 2012-2013 pour répondre aux besoins de la population résidente ou de la collectivité locale. Peuvent entrer dans cette section les programmes cliniques spécifiques ou les programmes qui pourraient répondre aux besoins de groupes culturels, linguistiques ou religieux. Une description des caractéristiques de la ou des populations desservies et des besoins auxquels les services visent à répondre.
 - Une description de la façon dont les initiatives du FSLD répondent aux besoins de santé de la communauté francophone locale si le FSS est tenu de fournir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français*.

- Les stratégies de communication prévues ou en cours avec d'autres FSS ou avec la collectivité locale.
- Les plans de redéveloppement structurel dans le cadre de la Stratégie de renouvellement des foyers de soins de longue durée du MSSLD.
- Toute autre activité dont le RLISS devrait avoir connaissance.

ii. Progrès du PSSI

- De quelle façon les plans stratégiques et de fonctionnement du FSLD contribuent au PSSI du RLISS et améliorent la capacité de service, la prestation et la coordination des soins/services dans le système de santé local. Par exemple, décrire tout partenariat ou alliance avec d'autres FSS ou d'autres fournisseurs de services (par ex. services ou hôpitaux de santé mentale pour les résidents ayant des besoins médicaux complexes, etc.)
- De quelle façon le FSLD prévoit remplir ses obligations prévues dans la LISSL, incluant les obligations suivantes :
 - obligations de mobilisation de la collectivité en vertu du paragraphe 16(6)
 - identification des occasions d'intégration en vertu de l'article 24.
- Les résultats de toute activité d'intégration et de mobilisation communautaire. Plus précisément, les répercussions de ces résultats sur la collectivité et l'aptitude du FSLD à améliorer la capacité et la prestation des services pour répondre aux besoins de la collectivité.

4.3. Sommaire financier (financement total du FSLD)

Le modèle de sommaire financier (annexe C) est composé de quatre tables devant indiquer collectivement tous les revenus et dépenses qui s'appliquent aux activités du FSLD seulement (à l'exclusion des revenus et dépenses des maisons de retraite subordonnées, des résidences assistées, etc. [le cas échéant]). Dans la mesure du possible, les données devant figurer dans les tables seront préchargées. Sur notification du RLISS, le modèle financier sera diffusé pour consultation à l'adresse suivante : <http://www.fimdata.com/LTCHome>.

Il convient de noter que bien que tous les revenus et dépenses seront déclarés dans le sommaire financier de la PPRS, l'annexe financière jointe à l'ERS-SLD inclura seulement les tableaux A et B.

Tableau A : Données préchargées indiquant le nombre de lits et leur classification, les allocations par jour par enveloppe, l'indice de la charge de cas (ICC) applicable et le maximum de jours/résidents.

Tableau B : Estimation de la subvention du RLISS par enveloppe pour 2010, 2011 et 2012 – Données préchargées avec les allocations par jour, le financement liées aux infirmières auxiliaires autorisées, le financement des coûts de construction, les revenus provenant des résidents calculés sur la base des données du tableau A.

Tableau C : Estimation de la subvention du MSSLD par enveloppe pour 2010, 2011 et 2012. Cette information est principalement préchargée. Les FSLD devront entrer le financement reçu dans le cadre de l'initiative liée au personnel infirmier (« Nursing Initiative »).

Tableau D : Estimation du total des revenus/dépenses du FSLD pour 2010, 2011 et 2012 – la section Financement total est préchargée à partir des données des tableaux B et C. Les FSLD devront entrer le total des dépenses par enveloppe et le total des revenus. Les FSLD sont normalement tenus de présenter un budget équilibré/non déficitaire.

REMARQUE : Pour les FSLD qui ont aussi des lits de convalescence, aucune ligne de budget n'identifie de façon distincte les revenus et dépenses attribués aux lits de convalescence; ces revenus et dépenses sont plutôt combinés aux autres lits pour produire une vue d'ensemble de la position du FSLD.

Les revenus et dépenses liés à l'exploitation de lits de convalescence sont rapprochés séparément des revenus et dépenses liés à l'exploitation des autres lits. Les FSLD ne doivent pas utiliser un surplus prévu dans les enveloppes recouvrables (par ex. soins infirmiers et personnels, programmes et services de soutien et aliments crus) des lits de convalescence pour compenser un déficit des enveloppes recouvrables des autres lits, et vice-versa.

4.4. Déclaration

Le calendrier de déclaration de l'ERS-SLD s'appliquera aux déclarations financières et de performance durant la période d'application de l'ERS-SLD, à partir du 1^{er} avril 2010.

4.5. Cadre de performance

Le processus d'élaboration des indicateurs

À l'été 2007, les RLISS et le MSSLD ont entrepris de mettre en place un cadre de référence pour l'évaluation des ERS ainsi qu'un inventaire d'indicateurs permettant de suivre à la trace la transformation et la responsabilisation du système de santé.

Une fois que ce cadre de référence a été défini, des indicateurs ont été attribués à chaque secteur et transférés sous l'autorité des RLISS selon le calendrier prévu dans la LISSL. Dans certains cas, les indicateurs choisis ont été inclus dans les lignes directrices de planification à la suite de travaux de développement réalisés précédemment. Par exemple, les lignes directrices de planification du secteur hospitalier comportaient des indicateurs liés à des travaux de développement qui étaient déjà en cours au moment du transfert des responsabilités de financement aux RLISS. D'autres secteurs avaient besoin de délais supplémentaires pour élaborer leurs indicateurs et ceux-ci ont été définis après une période d'élaboration et de consultation.

Ces lignes directrices incluent des indicateurs ainsi que leur stratégie de mise en œuvre pendant la période de l'ERS-SLD, conformément au cadre de définition des indicateurs mis au point pour le secteur.

Cadre de définition des indicateurs

Le cadre de définition des indicateurs est basé sur la méthode « Balanced Scorecard » élaborée par Kaplan et Norton², une dimension ayant été ajoutée pour tenir compte du rôle des FSLD en tant que partie intégrante du système de santé local.

Les domaines de performance des FSLD sont définis comme suit :

1. Santé financière / fiscale
 - Le FSLD fait preuve de pratiques d'affaires saines et d'efficacité dans la prestation des services.
2. Capacité / santé organisationnelle
 - Le FSLD démontre la capacité de fournir les services pour lesquels le RLISS lui verse un financement.

2 Kaplan R S et Norton D P (1992) « The balanced scorecard: measures that drive performance », Harvard Business Review Jan – Feb p. 71-80.

3. Services de santé de haute qualité
 - Le FSLD fournit les services désignés dans son plan de services de façon accessible, appropriée, intégrée avec les partenaires du système de santé appropriés, efficace (basée sur des preuves), axée sur les résultats et sécuritaire.
4. Perspective / intégration du système
 - Le FSLD contribue à la performance du système et aux résultats du RLISS en faveur de la santé de la population locale.

Chacun de ces domaines sera développé pour inclure différents types (*classes*) d'indicateurs, mis en œuvre progressivement à mesure que les données requises deviennent disponibles.

Classes d'indicateurs :

Les indicateurs sont classés en trois catégories : performance, pilote et en développement.

Un indicateur de performance a rempli le critère de sélection, il a une cible et une norme de performance permettant au FSLD de le mesurer. Les FSLD sont responsables de leur performance selon chacun de ces indicateurs en vertu de l'ERS-SLD. **Exemple** : dans le secteur communautaire, le budget équilibré est un indicateur de performance (total des revenus moins total des dépenses/total des revenus * 100).

Un indicateur pilote peut avoir une cible, mais n'a pas de norme de performance. Tout indicateur doit avoir une norme de performance pour que le FSLD en soit tenu responsable en vertu de l'ERS-SLD. Les indicateurs pilotes permettent de suivre des données importantes et de cerner des problèmes mettant en cause la collecte des données et leur qualité, et d'apporter des corrections avant de définir une norme et de l'inclure dans l'ERS-SLD. **Exemple** : un indicateur fondé sur des données qui ne sont pas complètes pour le secteur ne peut être utilisé comme indicateur de performance.

Un indicateur en développement est un indicateur sur lequel il faut travailler avant de l'utiliser pour mesurer la performance. Par exemple, s'il faut encore préciser les spécifications techniques de l'indicateur, la stratégie de saisie des données ou la qualité des données. Les indicateurs en développement ne sont pas inclus dans l'ERS-SLD et ne sont rattachés à aucune cible ni norme. La recherche et l'évaluation se poursuivent avant que ces indicateurs être intégrés dans l'ERS-SLD à titre d'indicateurs pilotes ou de performance.

Phases des indicateurs :

Les indicateurs sont mis en œuvre en trois phases :

- Phase I : disponible au cours de la première année de l'ERS-SLD (2010-2011).
- Phase II : mis en œuvre au cours de la période d'application de l'ERS-SLD avant de devenir une mesure de performance au cours de l'ERS-SLD 2010-2013 ou dans une ERS-SLD subséquente.
- Phase III : mis en œuvre après la période d'application de l'ERS-SLD.

Cibles, couloirs et normes d'indicateur

Un indicateur de performance est une mesure de la performance reliée à un attribut d'une activité ou d'un système. Dans l'exemple qui précède, l'indicateur de l'équilibre budgétaire est un chiffre qui mesure cet attribut des finances du FSLD. À chaque indicateur de performance est rattachée une valeur cible (la valeur 0 est donnée à un budget équilibré) – établie après des recherches, selon l'opinion de spécialistes, par une norme ou une politique préexistante et par la connaissance du secteur – qui est considérée une norme de performance raisonnable et appropriée.

La mesure de la performance est reliée à la valeur cible de l'indicateur. Un indicateur peut avoir par exemple une cible de 10 %, et une marge de performance de +/- 2 %. La marge de performance acceptable du FSLD sera alors, dans cet exemple, de 8 % à 12 %. Si la performance réelle du FSLD se situe à l'extérieur de cette marge, le FSLD et son RLISS discuteront de l'indicateur et des mesures à prendre pour améliorer la performance du FSLD. La valeur de 2 % dans l'exemple qui précède se nomme le « couloir de performance » et la marge se nomme la « norme de performance ». Chaque ERS fait référence à une norme de performance d'un fournisseur, de façon à ce que le lien entre l'ERS-SLD et la performance est définie par une norme. Si une ERS-SLD ne comporte pas de normes de performance établies, il n'y a alors aucune attente de performance ni conséquence pour le fournisseur. Il existe plusieurs exemples d'indicateurs dans les SAA d'autres secteurs qui ne comportent pas de norme de performance établie. L'indicateur figure dans le tableau parce que celui-ci présente les indicateurs qui auront des normes établies pendant la période d'application de l'ERS-SLD, pour des fins de collecte de données et pour montrer tous les indicateurs qui seront utilisés plus tard. Les cibles, couloirs et normes de performance sont définis à l'annexe A.

Stratégie relative aux indicateurs

À partir du cadre de définition des indicateurs qui précède et de l'examen des données disponibles, une stratégie a été adoptée pour le secteur des SLD en vue d'ajouter graduellement des indicateurs de performance pendant la période d'application de l'ERS-SLD. Dans l'ensemble, le secteur des SLD ne comporte pas actuellement des sources de données validées qui pourraient servir dans une ERS car les cibles, les couloirs et les normes de performance n'ont pas encore été définis. Comme il a été noté plus haut, la norme de performance est nécessaire afin de créer une obligation de performance dans l'ERS-SLD. À l'exception d'un indicateur, de telles normes n'ont pas encore été définies. Le statut de conformité a été inséré dans l'ERS-SLD en tant qu'indicateur de performance pour chaque année de l'entente. Tous les indicateurs choisis figurent dans le tableau qui suit avec leur statut (classe et phase de l'indicateur).

Domaines et indicateurs	Foyers de soins de longue durée		
	2010-11	2011-12	2012-13
Santé financière/fiscale			
Ratio courant (par site et regroupé)	Pilote-SC	Pilote-SC	Performance
Ratio de couverture du service de la dette (par site et regroupé)	Pilote-SC	Pilote-SC	Performance
Capacité / santé organisationnelle			
Fréquence et gravité des blessures		Pilote-SC	Pilote-C
Taux de refus par 100 lits	Pilote-SC	Pilote-C	Performance
Services de santé de haute qualité			
Statut de conformité	Performance	Performance	Performance
Prévalence de la détérioration des plaies de pression (stades 2 à 4)	Pilote-SC	Performance	Performance
Incidence des plaies de pression (stades 2 à 4)	Pilote-SC	Pilote-C	Performance
Prévalence de la contention quotidienne	Pilote-SC	Performance	Performance
Incidence de la détérioration de l'incontinence urinaire	Pilote-SC	Pilote-C	Performance
Incidence des nouvelles fractures	Pilote-SC	Pilote-C	Performance
Incidence des chutes	Pilote-SC	Pilote-C	Performance
Perspective du système/Intégration			
Visites aux services d'urgence potentiellement évitables par établissement		Pilote-C	Performance
Taux d'immunisation	Pilote-SC	Pilote-C	Performance

Interprétation du tableau

Le tableau montre que le statut de conformité est le seul indicateur de performance qui sera utilisé pendant la première année de l'ERS-SLD (2010-2011). Les autres indicateurs de l'année un seront élaborés en définissant une cible et une norme pour chacun. L'indicateur de fréquence et gravité des blessures sera maintenu en tant qu'indicateur pilote dans la dernière année de l'ERS-SLD, avec une cible calculée, mais aucune norme.

Pour les deux indicateurs de ratio financier, chaque FSLD devra fournir certaines données financières qui permettront de définir des cibles et des normes appropriés pour ces ratios. Un formulaire sera mis au point à l'intention des utilisateurs du site <http://www.fimdata.com/LTCHome> afin de saisir ces données. Aucune autre donnée n'est requise des FSLD dans le cadre de cette stratégie. Les données pour les autres indicateurs seront obtenues d'autres sources comme interRAI MDS et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Les FSLD recevront des mesures de formation sur la présentation de données et sur l'ensemble de la stratégie relative aux indicateurs.

Cette stratégie compose un plan triennal visant à définir les cibles et normes de performance à inclure dans le calendrier de performance pendant la période d'application de l'ERS-SLD. La collecte et l'analyse de ces données, ainsi que la définition des cibles, couloirs et normes de performance seront réalisés en partenariat avec les associations de fournisseurs de FSLD, le personnel du MSSLD, des chercheurs et d'autres parties intéressées.

5. Évaluation des PPRS par les RLISS

5.1. Processus d'évaluation

Les RLISS utiliseront les processus suivants pour examiner et évaluer les PPRS. Chaque PPRS sera présentée par un FSLD individuel, mais elle sera examinée en tenant compte du système de santé local dans son ensemble.

5.2. Processus d'examen des PPRS par les RLISS

Pendant l'examen de la PPRS, le RLISS procédera aux vérifications suivantes :

- S'assurer que la présentation est complète.
- Constater tout problème au niveau de la mesure de la performance.
- S'assurer que le FSLD maintient les services requis.
- Vérifier la concordance de l'énoncé descriptif avec les autres données fournies.
- Vérifier la cohérence et le caractère raisonnable des hypothèses.
- Déceler toute incohérence ou anomalie dans la présentation.
- Produire une liste de questions à présenter au FSLD pour clarification.
- Préparer un document sommaire pour chaque FSLD.

Une fois l'examen de la présentation finale terminé, le personnel du RLISS communiquera avec chaque FSLD afin de clarifier les questions soulevées pendant l'examen. D'autres discussions et rencontres pourront avoir lieu afin de confirmer l'information devant figurer en annexe de l'ERS-SLD. La fréquence et la teneur des rencontres dépendra des circonstances propres à chaque FSLD.

6. De la PPRS à l'ERS-SLD

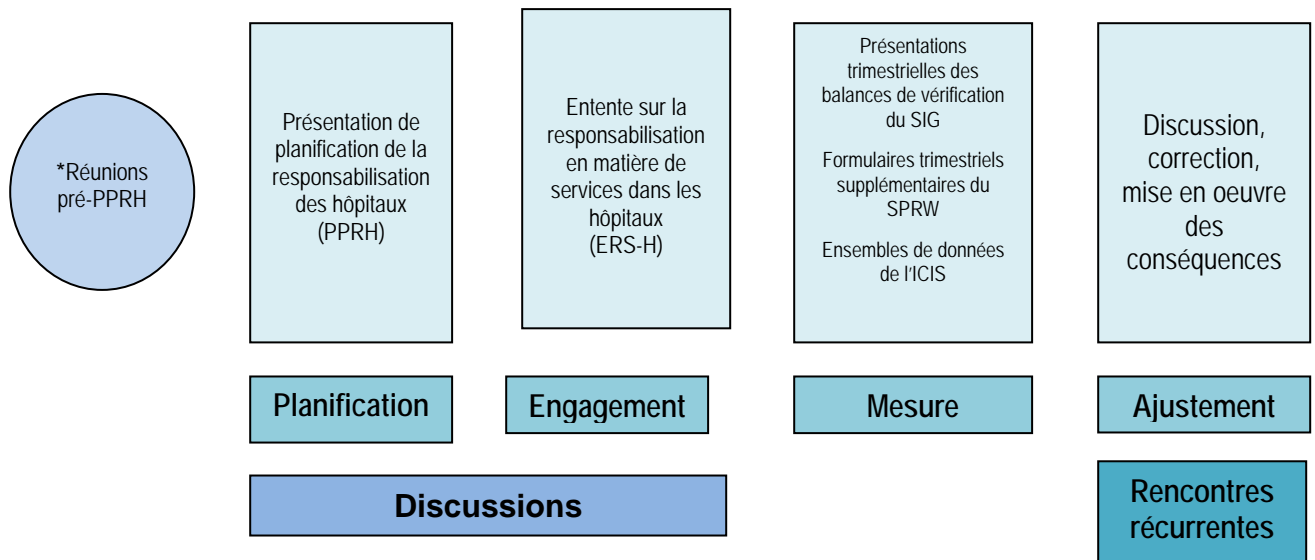
6.1. Présentation

La PPRS est un document qui appartient au FSLD et qui traite de la planification des services et de la performance organisationnelle. Les données que présente le FSLD dans la PPRS seront utilisées pour élaborer des cibles, des couloirs et des normes de performance portant sur différents domaines pendant la période de l'ERS-SLD :

- Santé financière / fiscale
- Capacité / santé organisationnelle
- Services de santé de haute qualité
- Perspective / intégration du système

L'ERS-SLD est un document public. C'est une entente pluriannuelle à portée juridique qui lie le FSLD et le RLISS et sur la base duquel le FSLD offre des services et le RLISS fournit un financement. Les RLISS s'engagent à obtenir des ERS-SLD équilibrées, innovatrices et réalistes fondées sur la discussion et la collaboration dans la plus grande mesure possible.

Le processus qui mène à l'élaboration d'une PPRS pendant la période d'application de l'ERS-SLD est décrit ci-dessous :



**Il est recommandé d'organiser des réunions de préparation de la PPRS entre les FSLD et le RLISS afin de définir, clarifier et aligner les attentes et les rôles de chacun dans le processus, discuter des principes, valeurs et hypothèses, définir les options possibles et identifier les leviers que les deux parties pourraient actionner durant la démarche.*

7. Directives, lignes directrices et politiques

L'ERS-SLD contiendra la liste des directives, lignes directrices et politiques obligatoires.

8. Modifications nécessitant l'approbation du RLISS

8.1. Types de lits / nouveaux règlements

Cette information sera disponible à la parution de la version provisoire des nouveaux règlements et ce document sera immédiatement mis à jour.

8.2. Ajout ou amélioration de services, proposition de réduction, de transfert ou d'élimination de service

Toute proposition visant à réduire, transférer ou éliminer un service doit être conforme avec le but global d'un système de santé intégré qui fournit l'accès à des services de santé de haute qualité et à des soins de santé coordonnés de façon efficace et efficiente. Les plans du FSLD pour ces types de changement doivent être inclus dans le plan de service de la PPRS. Cependant, la PPRS n'est pas un véhicule pour demander du financement.

Les propositions de réduction, transfert ou élimination de services doivent inclure les éléments suivants :

- la nature précise du changement proposé
- la justification du changement et les autres mesures considérées dans le cadre du processus de prise de décision
- les rajustements de financement anticipés
- le(s) groupe(s) touché(s) par le changement proposé
- la stratégie d'atténuation des répercussions sur les clients des changements apportés sur le plan des services
- le processus de consultation et les résultats avec les partenaires du secteur de la santé et la collectivité
- le plan de communication aux audiences internes et externes

Les changements proposés aux services qui sont actuellement financés par le RLISS dans le cadre du programme Vieillir chez soi, du Fonds pour les initiatives prioritaires ou d'autres fonds dédiés doivent respecter les conditions et exigences stipulées dans l'entente de financement en vigueur.

Si des changements sont proposés à des services qui ne reçoivent pas de fonds dédiés, mais qui jouent un important rôle pour répondre aux besoins de la collectivité, le FSLD doit informer le RLISS de ces changements. Cette information est indispensable pour permettre aux RLISS de remplir, à titre de gestionnaires du système, leur obligation de comprendre les répercussions que ces changements pourraient avoir sur les options de service futures. Le personnel du RLISS pourrait souhaiter rencontrer le personnel du FSLD pour discuter des changements proposés et de leur impact sur le système local.

Annexe A : Glossaire

Certains termes utilisés dans ces lignes directrices sont définis ci-dessous. Les termes qui apparaissent dans une seule section y sont définis pour faciliter la consultation.

Cibles de financement pluriannuelles – attribution pour la première année d'une entente et cibles de financement des années suivantes (jusqu'à trois ans), en conformité avec les conditions de l'entente. Les cibles de financement sont utilisées pour fins de planification seulement et elles peuvent être revues à la hausse ou à la baisse, à la discrétion du RLIS.

Cible de performance – niveau de performance attendu du FSLD par rapport aux indicateurs de performance.

Couloir de performance – marge des résultats supérieurs ou inférieurs à la cible de performance qui est considérée acceptable.

Enveloppe des aliments crus (AC) – financement sous forme d'allocations quotidiennes pour l'achat d'aliments crus. Les aliments crus incluent les produits alimentaires définis comme produits utilisés pour soutenir la vie, y compris les produits supplémentaires tels les condiments et les suppléments alimentaires thérapeutiques préparés prescrits par un médecin pour un résident. Cette enveloppe peut faire l'objet de rapprochements.

Enveloppe des autres services (AS) – financement sous forme d'allocations quotidiennes attribuées pour les postes de dépenses suivants : salaires, avantages sociaux, achat de services, coût des fournitures et équipements associés à la tenue de l'établissement, services alimentaires diététiques, blanchissage, coûts de fonctionnement et d'entretien de l'édifice et de la propriété, dépenses générales et administratives et coûts liés à l'utilisation des installations. Cette enveloppe ne peut pas faire l'objet de rapprochements. Toute somme non utilisée est retenue par le FSLD.

Enveloppe de soins infirmiers et personnels (SIP) – financement sous forme d'allocations quotidiennes attribuées pour les postes de dépenses suivants : personnel en soins directs (c.-à-d. personnel autorisé, préposés aux services de soutien à la personne et administrateurs de soins infirmiers), équipement médical, fournitures médicales et mesures de formation nécessaires pour répondre aux besoins confirmés par une évaluation médicale des résidents. Cette enveloppe peut faire l'objet de rapprochements.

Enveloppe des programmes et services de soutien (PSS) – financement sous forme d'allocations quotidiennes attribuées pour les postes de dépenses suivants : personnel, équipement et fournitures nécessaires pour fournir les services et programmes de diététique, de physiothérapie, d'orthophonie, d'ergothérapie, de loisirs et de pastorale, ainsi que pour la coordination des bénévoles et le perfectionnement du personnel. Cette enveloppe peut faire l'objet de rapprochements.

Équilibre budgétaire – signifie que, pour une année donnée, les dépenses totales d'une entité sont inférieures ou égales à ses revenus totaux provenant de toutes les sources.

ER-MR ou entente sur la responsabilisation MSSLD-RLISS – entente de responsabilisation que doit passer chaque RLISS avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en vertu de la LISSL.

ERS ou Entente sur la responsabilisation en matière de services – entente conclue entre les RLISS et les fournisseurs de services de santé financés par un RLISS, en application de la LISSL.

Fonds pour les initiatives prioritaires (FIP) – procure aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) un financement pour faire face aux priorités locales selon leur plan de services de santé intégrés (PSSI) et en conformité avec les objectifs, critères et paramètres définis par le ministère. Le FIP constitue pour les RLISS un levier qui les aide à participer à la transformation du système de santé.

Foyer de soins de longue durée (FSLD) – endroit titulaire d'un permis ou approuvé en tant que foyer de soins de longue durée en vertu des lois en vigueur au moment de cette présentation, y compris une maison de soins infirmiers selon la définition donnée à ce terme dans la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et un foyer pour personnes âgées selon la définition donnée à ce terme dans la *Loi sur les établissements de bienfaisance* et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*.

FSS – fournisseur de soins de santé, selon la définition donnée à ce terme dans la LISSL.

Groupe d'utilisation des ressources (GUR) – algorithme de mesure de la charge de cas qui est utilisé pour calculer l'ICC et rajuster l'enveloppe des soins infirmiers et personnels pour les FSLD qui participent au Projet d'évaluation commune des foyers de soins de longue durée (PECFSLD).

Indice de la charge de cas (ICC) – indice qui exprime les besoins de chaque FSLD en matière de niveaux de soins; il représente la base de calcul du financement des soins infirmiers et personnels pour chaque FSLD.

interRAI MDS – instrument complet et normalisé d'évaluation des besoins, des forces et des préférences des personnes dans un milieu de soins continus complexes et de soins infirmiers.

Jours/résidents – total des jours/résidents calculé annuellement. Le nombre de jours/résidents est un facteur important de calcul des subventions provinciales car chaque composante de la Feuille de calcul de subvention est exprimée sous forme d'allocation quotidienne. Le maximum des jours/résidents pour un foyer est calculé en multipliant le nombre de lits en activité (capacité d'opération) par le nombre de jours que compte la période en question.

LISSL – *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Cette loi établit les RLISS et définit les conditions sous lesquelles les RLISS peuvent exercer les pouvoirs que leur a remis le ministre pour la planification, le financement et l'intégration de leur système de santé local. Pour consulter cette loi :

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_06l04_e.htm

Lit classé – lit muni d'un permis ou approuvé mis en place dans un FSLD où les besoins des résidents en matière de soins ont été évalués et où un ICC a été attribué.

Lit d'accès prioritaire pour les anciens combattants – lit d'un FSLD dont l'accès est accordé en priorité aux anciens combattants et qui est financé en vertu d'une entente passée entre le gouvernement de l'Ontario et le gouvernement du Canada.

Lit de convalescence – lit d'un FSLD muni d'un permis ou approuvé par le ministère, qui fait partie du Programme de soins de convalescence et qui est fourni à une personne ayant besoin de rétablir ses forces, son endurance ou son état fonctionnel et profiterait vraisemblablement d'un séjour bref (jusqu'à 90 jours) dans un FSLD avant de retourner à domicile.

Lit de courte durée (de relève) – lit muni d'un permis ou approuvé d'un FSLD destiné à une personne dont le soignant a besoin d'un service de relève. Les lits de court séjour doivent être disponibles en tout temps et ne doivent pas servir au placement de patients de longue durée.

Lit du programme EldCap – lit muni d'un permis dans un FSLD qui figure à l'annexe 1 du Règlement 832 pris en application de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et, pour les fins de cette présentation, lit d'un FSLD désigné au paragraphe 187(18) de la LFSLD en tant que « foyer ayant des lits du programme EldCap ».

Lit non classé – nouveau lit muni d'un permis ou approuvé mis en place dans un FSLD où les besoins des résidents en matière de soins n'ont pas encore été évalués. Les lits non classés

Lit provisoire – lit d'un FSLD muni d'un permis ou approuvé par le ministère, qui est mis à la disposition des patients pendant un laps de temps donné en vertu d'une entente de service pour lits provisoires et qui est réservé aux patients qui sortent d'un hôpital public. Ces lits de soins de longue durée provisoires permettent d'assurer que les patients des hôpitaux qui attendent un transfert permanent vers un foyer de soins de longue durée reçoivent les soins nécessaires, incluant les programmes et les services conçus pour répondre à leurs besoins, dans un milieu similaire à celui des foyers.

Lit vacant – lit d'un FSLD muni d'un permis ou approuvé par le ministère qui n'est pas occupé ni disponible pour occupation, dont le retrait temporaire du système de financement du FSLD a été approuvé par le Directeur de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité, et qui doit revenir dans le système à l'intérieur d'une période déterminée. sont financés selon l'ICC moyen de l'ensemble des foyers.

LSF – *Loi sur les services en français*. Pour consulter cette loi :
http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90f32_e.htm

Ministère – ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

MSSLD – ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Norme de performance – marge de performance acceptable pour un indicateur de performance donné déterminée par l'application du couloir de performance à la cible de performance.

NPRSSO (Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario) – ensemble de normes de déclaration et plan comptable conformes aux normes nationales de déclaration du secteur des soins de santé.

PPRS – présentation de planification en matière de responsabilisation des foyers de soins de longue durée; document utilisé pour négocier une entente de responsabilisation des services de trois ans entre le RLISS et le FSS.

Programme d'aide aux immobilisations destinées aux aînés (EldCap) – programme qui fournit des services aux résidents des unités de soins de longue durée abritées dans un hôpital ou situées près d'un hôpital dans les petites localités du Nord. Les lits du programme EldCap sont munis d'un permis et sont assujettis aux exigences du programme des FSLD. Ils sont financés dans le cadre du budget général d'un hôpital et sont exemptés de certaines dispositions de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et du Règlement 832 pris en application de cette *Loi*.

PSSI – Plan de services de santé intégrés élaboré et publié par chaque RLISS en application de l'article 15 de la LISSL. On peut obtenir le PSSI d'un RLISS en s'adressant au bureau du RLISS ou en allant sur son site Web.

Rapport de rapprochement annuel (RRA) – rapport annuel des foyers de soins de longue durée dont le modèle est préparé par le ministère. Tous les établissements de soins de longue durée doivent soumettre ce rapport. Il indique les revenus provenant des résidents et les dépenses engagées par enveloppe de financement sur une base annuelle. Le ministère recouvre tout financement non utilisé dans les enveloppes des soins infirmiers et personnels, des services des programmes et de soutien, et des aliments crus. Les revenus provenant des résidents qui sont supérieurs ou inférieurs aux estimations sont recouverts ou versés au FSLD.

RLISS – réseau local d'intégration des services de santé. Les RLISS sont au total 14 réseaux établis par la LISSL dans la province. Pour obtenir de l'information sur leurs paramètres géographiques et les coordonnées de chaque réseau, allez à www.lhins.on.ca.

SF – services en français

SIG (système d'information sur la gestion) – système permettant de localiser et déclarer les données organisées en un format conforme aux Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario.

Vieillir chez soi – stratégie d'intervention, appuyée par un investissement de 1,1 milliard de dollars sur quatre ans, qui vise à développer les services communautaires aux aînés et à leurs soignants et soulager la pression sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. C'est l'une des grandes stratégies mises en place par le gouvernement en vue de réduire les temps d'attente en salle d'urgence et pour accéder aux autres niveaux de soins.

Annexe B : Description des services et énoncé descriptif du plan de services

Description des services						
Généralités						
Nom légal du FSLD						
Nom courant du FSLD						
No ID de l'installation du FSLD						
Propriétaire/Société mère						
Adresse						
Ville		Code postal				
Territoire desservi						
Organisme d'accréditation						
Date de la dernière accréditation					Année(s) accordée(s)	
Classification du FSLD						
Lits avec permis / autorisés	Nombre de lits	A	B	C	D	Autre
Nombre total de lits avec permis / autorisés						
Types de lits						
Types de lits	Nombre de lits	Commentaires/information supplémentaire				
Lits de convalescence						
Lits de relève						
Lits vacants						
Lits PAIDA						
Lits provisoires						
Lits d'accès prioritaire pour les anciens combattants						
Autres lits de surcapacité						
Information structurelle						
Type de chambre (c.-à-d. disposition structurelle plutôt que services donnés)						
Nombre de chambres avec un lit		Nombre de chambres avec deux lits				
Nombre de chambres avec trois lits		Nombre de chambres avec quatre lits				
Autre						
Infirmierie séparée (O/N)		Nombre de chambres				
Année de construction		Année(s) de rénovation				

Date d'ouverture		Nombre d'étages			
Nombre d'unités et de lits					
Unité				Nombre de lits	
Information supplémentaire					
Autres services fournis					
	Service fourni		Contrat de service		Explication s'il y a lieu
	Oui	Non	Oui	Non	
Infirmière praticienne					
Physiothérapie					
Ergothérapie					
Ophthalmologie/optométrie					
Audiologie					
Dentisterie					
Technologie des sciences respiratoires					
Denturologie					
Thérapie IV (antibiotiques ou hydratation)					
Dialyse péritonéale					
Hémodialyse					
Services en français					
Aire(s) de foyer sécurisé					
Unité(s) de soins aux personnes atteintes de démence					
Fumoir(s) désigné(s)					
Unité spécialisée pour personnes handicapées plus jeunes					
Soutien pour sondes d'alimentation					
Unité(s) de traitement comportemental					
Autres engagements de services pour nouveaux lits (1987-1998)					
Autre (préciser)					
Autre (préciser)					
Autre (préciser)					
Désignations spécialisées					
	Désigné				Commentaires
	Oui	Non			

Religieux			
Ethnique			
Linguistique			
Services en français			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Liaisons communautaires			
	Service fourni		Commentaires
	Oui	Non	
Programme de bénévolat			
Groupes de service			
Interprètes de langage			
Interprètes culturels			
Conseil consultatif			
Conseil communautaire			
Communautés religieuses			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Services fournis à la collectivité			
	Service fourni		Commentaires
	Oui	Non	
Services de repas			
Repas-rencontres			
Logements avec services de soutien			
Programme de soins journaliers pour adultes			
Vie de retraite			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			
Autre (préciser)			

Annexe C : Sommaire financier

Annexe C : Sommaire financier

Nom du foyer de soins de longue
 durée

Numéro du
 récipiendaire

Numéro de l'installation

Tableau A												
Allocation quotidienne pour le niveau de soins et lits/jours-résidents au 1er janvier 2010												
Classe de lit	Soins infirmiers et personnels de base	Indice de charge de cas rajusté	Soins infirmiers et personnels après application de l'ICC/100	Programmes et services de soutien	Aliments crus	Autres services (excluant aliments crus)	Total allocations quotidiennes niveau de soins/RC	Revenu résident de base allocation quotidienne	Lits/jours-résidents maximum			
									Approuvé	Provisoire	Total lits	Jours- résidents maximum
1 Classified							-				-	-
2 Unclassified							-				-	-
3 Convalescent Care							-				-	-

Tableau B						
Estimation de la subvention du RLISS, 1er janvier 2010 - 31 décembre 2010						
		Soins infirmiers et personnels	Programmes et services de soutien	Aliments crus	Autres services	Total
4	Financement	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
5	Financement niveaux de soins convalescence et allocation quotidienne supplémentaire	-	-	-	-	\$ -
6	Financement infirmières auxiliaires autorisées					\$ -
7	Financement coûts de construction					\$ -
8		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
9	Moins : estimation du revenu de résident de base excluant portion préférentielle					\$ -
10	Subvention du RLISS estimée					\$ -

Tableau C							
Estimation de la subvention du ministère, 1er janvier 2010 - 31 décembre 2010							
		Soins infirmiers et personnels	Programmes et services de soutien	Aliments crus	Autres services	Réclamations/autre	Total
11	Équité salariale						\$ -
12	Péréquation						\$ -
13	Fonds de transition - salaires élevés						\$ -
14	Médecin sur appel						\$ -
15	Initiative liée au personnel infirmier						\$ -
16	Différentiel d'accréditation						\$ -
17	Allocation pour taxe municipale et impôt sur le capital						\$ -
18	Allocation pour service de la dette						\$ -
19	Prime de conformité structurelle						\$ -
20	Financement de soutien à la transition						\$ -
21	Réclamations pour besoins de grande intensité						\$ -
22	Réclamations pour coûts de laboratoire						\$ -
23	Financement MDS - RAI						\$ -
24	Subvention estimée du ministère	\$ -	\$ -		\$ -	\$ -	\$ -

Tableau D							
Estimation des revenus et dépenses du FSLD, 1er janvier 2010 - 31 décembre 2010							
		Soins infirmiers et personnels	Programmes et services de soutien	Aliments crus	Autres services	Réclamations/autre	Total
25	Subvention estimée, niveaux de soins, infirmières auxiliaires et construction (ligne 8)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -		\$ -
26	Subvention estimée du ministère (ligne 24)						\$ -
27	Subvention estimée (incluant revenu de résidents de base)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
28	Total des dépenses estimées						\$ -
29	Subvention estimée moins total des dépenses estimées (avant autres revenus)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Autres revenus							
30	Revenu préférentiel (c.-à-d. max. ou 18 \$ par jour pour installation privée et 8 \$ par jour pour installation semi-privée)						\$ -
31	Contribution municipale						\$ -
32	Dons et campagnes de financement						\$ -
33	Revenu d'intérêt						\$ -
34	Autre (préciser)						\$ -
35	Autre (préciser)						\$ -
36	Total partiel - autres revenus						\$ -
37							\$ -

	Données préchargées	Aucune entrée requise	Données entrées par le FSLD
--	---------------------	-----------------------	-----------------------------

Annexe D : Personnes-ressources des RLISS

Les lecteurs sont invités à se rendre sur le site Web de chaque RLISS pour savoir comment joindre les personnes-ressources. Chaque RLISS aura sur son site une page PPRS/ERS-SLD où le lecteur pourra trouver les dernières nouvelles, les questions fréquemment posées, etc.

Le tableau qui suit donne l'adresse de la page d'accueil du site Web de chaque RLISS et un lien vers une page donnant de l'information sur la PPRS/ERS-SLD, y compris les coordonnées des personnes-ressources, les formulaires et les questions fréquentes.

RLISS	Page d'accueil du site Web	PPRS/ERS-SLD Personne-ressource principale	PPRS/ERS-SLD Deuxième personne-ressource
Centre	http://centrallhin.on.ca/	Naj Hassam	Hyder Yusufzai
Centre-Est	http://www.centraleasthin.on.ca/	John Lohrenz	Lindsay Wyers
Centre-Ouest	http://www.centralwesthin.on.ca/	Neil McIntosh	Jasdeep Sahota
Champlain	http://www.champlainhin.on.ca/	Eric Partington	Mike Sawyer
Érié St-Clair	http://www.eriesclairhin.on.ca/	Stephanie Harper	Brad Keeler
Hamilton Niagara Haldimand Brant	http://www.hnhblhin.on.ca/	Rosalind Tarrant	Jim Borysko
Mississauga Halton	http://www.mississaugahaltonhin.on.ca/	Rob Low	Monita O'Connor
Nord-Simcoe Muskoka	http://www.nsmhlhin.on.ca/	Jill Tettmann	Ann-Marie Kungl-Baker
Nord-Est	http://www.nelhin.on.ca/	Barry Lajeunesse	Bruce Villella
Nord-Ouest	http://www.northwesthin.on.ca/	Liisa Simi	Kevin Holder
Sud-Est	http://www.southeasthin.on.ca/	Rick Giajnorio	Mike McClelland
Sud-Ouest	http://www.southwesthin.on.ca/	Scott Chambers	Devi Pandya
Toronto-Centre	http://www.torontocentrallhin.on.ca/	Nello Del Rizzo	Tessie Pajaro
Waterloo Wellington	http://www.waterloowellingtonhin.on.ca/	Blair Philippi	Rebecca Webb