

L'algorithme CHSLD a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans un CHSLD en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des CHSLD publics et privés conventionnés (missions CHSLD). Les CHSLD privés sont libres de s'en inspirer.

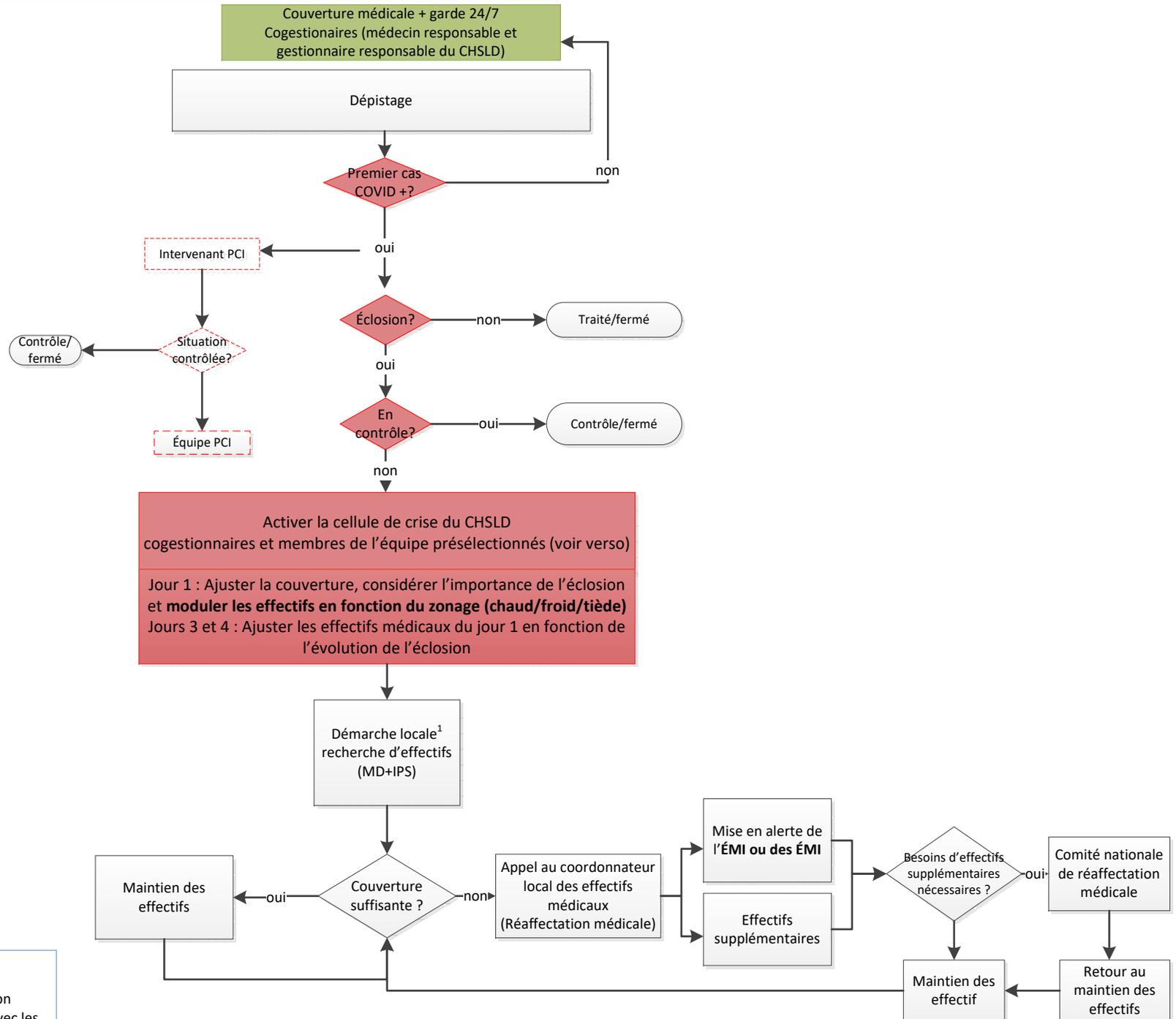
CHSLD

Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie
Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



¹ Appliquer le plan de contingence local et régional
Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Cogestion

Description :

Dans ce schéma de l'algorithme, la cogestion illustrée est sur le plan local soit au niveau même du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). La cogestion est une approche intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires, mises au service du résident, de ses proches et du système, au plus grand bénéfice de ceux-ci. Les cogestionnaires appartiennent souvent à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité dans le long terme, même hors pandémie.

Objectifs de la cogestion :

La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d'assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents. Cette dernière assure également une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

Dans un contexte de crise :

L'objectif est de gagner de la vitesse pour des prises de décisions dans un contexte d'urgence impliquant la vie et la santé des résidents en CHSLD.

Composition de la cogestion :

Elle s'actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire responsable du CHSLD et un médecin impliqué dans le CHSLD. Les cogestionnaires peuvent compter sur la collaboration des chefs d'unités du milieu.

Tâches :

1. Assurer la qualité et la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S'assurer que les mesures au regard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient appliquées de façon rigoureuse, dans un contexte de milieu de vie;
3. Assurer la coordination des activités de PCI et soutien aux pratiques professionnelles;
4. Mettre en œuvre les directives, orientations et meilleures pratiques dans les CHSLD en respectant la gradation des mesures en fonction du palier d'alerte, le maintien du lien essentiel avec les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes;
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise;
6. Assurer une réponse en services médicaux en fonction des besoins;
7. Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins;
8. etc.

À noter qu'un des facteurs de réussite pour une cogestion agile et efficace est l'autonomie décisionnelle de ces gestionnaires en CHSLD. Cependant, ces cogestionnaires peuvent compter sur le directeur de l'hébergement ou leur directeur adjoint au soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ainsi qu'un médecin représentant les services médicaux en CHSLD sur le territoire lors de difficulté.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Cellule de crise

Description :

La cellule de crise est une instance locale propre au CHSLD. Elle est composée d'intervenants-clés clairement identifiés au sein du personnel du milieu et de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une écloison, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en écloison et moins souvent à mesure du rétablissement ou en période de vigie, quand la transmission communautaire est significative. Elle permet donc au CHSLD d'être prêt à réagir en réunissant les acteurs nécessaires pour mettre en place les changements.

Composition :

Cogestionnaires du CHSLD, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière PCI, Hygiène et salubrité/maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : un représentant des ressources humaines, le conseiller du MVA et le représentant des services alimentaires.

Adaptation :

Il est recommandé d'avoir une cellule de crise par CHSLD. Dans le cas de rareté de ressources, la cellule (en partie ou en totalité) pourrait exceptionnellement couvrir plus d'un CHSLD.

Tâches :

1. Selon les directives de la santé publique et les équipes PCI :
 - a. recommander la mise en place des mesures de gestion d'écloison hygiène salubrité, et PCI;
 - b. aménager les espaces pour prévenir la propagation;
 - c. faire la logistique de circulation du personnel;
 - d. au besoin, adapter des directives PCI au milieu de vie;
 - e. vérifier le matériel et équipements de protection.
2. Évaluation des risques (en continu);
3. Suivi des indicateurs via le tableau de suivi épidémiologique disponible dans la trousse de gestion de la Direction régionale de la Santé publique (DRSP);
4. Autre transmission rapide et cohérente des informations aux équipes dans le CHSLD via des canaux de communication préalablement identifiés et harmonisés, notamment à tous les médecins qui y exercent;
5. Prises de décision et solutions aux problèmes rencontrés par les équipes et difficultés observées;
6. Transmission rapide de l'information des cogestionnaires CHSLD vers le niveau régional, notamment pour interpeler le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le département régional de médecine générale (DRMG) et le directeur des services professionnels (DSP) lors d'une rupture de services médicaux anticipée ou présente.

*En cas de difficulté, la cellule de crise en CHSLD via les cogestionnaires, escalade les difficultés à la table des chefs ou au comité de direction selon le cas (où il y a le DSP et le président-directeur général (PDG), le chef des médecins généralistes, le directeur SAPA ainsi que le directeur des soins infirmiers (DSI)).

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition est la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, médecin chef adjoint de l'hébergement, un chef PCI, un microbiologiste attitré au MVA, un expert biosécurité, le directeur des services technique au besoin (hygiène et salubrité/maintenance des immeubles), un chef des soins infirmiers.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSP)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en écloison. Elle est en renfort aux équipes médicales de base du CHSLD, aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées, tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :

2-3 médecins/IPSP en disponibilité¹ (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier² avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA en écloison. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en écloison. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSP) pour prendre la relève.

L'équipe se place en préalable sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalable survient dès l'annonce d'une écloison jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs. Ceux-ci étant sous la gouverne du DSP ou du DRMG.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité¹ afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge de l'établissement, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurées.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Tâches :

1. Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
 - a. Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
 - b. Prendre connaissance des lieux;
 - c. Prendre connaissances des besoins en soutien des équipes en place;
2. Réaliser toutes tâches médicales attendues de l'équipe traitante de garde.

Bien que l'algorithme soit pour CHSLD, l'ÉMI est appliquée aux différents types de MVA.

¹Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

²La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

L'équipe PCI

Description :

L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'écloison (voir *Guide de gestion des écloisons en CHSLD – MSSS* (publication à venir)). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'écloison.

Composition :

Sa composition peut être, par exemple, un représentant de la DRSP, un chef PCI, un microbiologiste attitré aux MVA, un expert en biosécurité.

Tâches :

1. Responsable d'appliquer les directives du *Guide de gestion des écloisons en CHSLD*;
2. Apporte une expertise dans les contextes plus complexes (écloisons complexes, qui ne se résorbent pas, etc.);
3. Vient en appui à la cellule de crise du CHSLD;
4. Se déplace sur les lieux de l'écloison et analyse les lieux;
5. Vérifie le matériel et les équipements de protection;
6. Recommande la mise en place des mesures de gestion d'écloison (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
7. Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
8. Fait la logistique de circulation du personnel;
9. etc.

À noter que la distinction entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est claire, et s'exprime de la façon suivante :

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPSP qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'écloison. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.