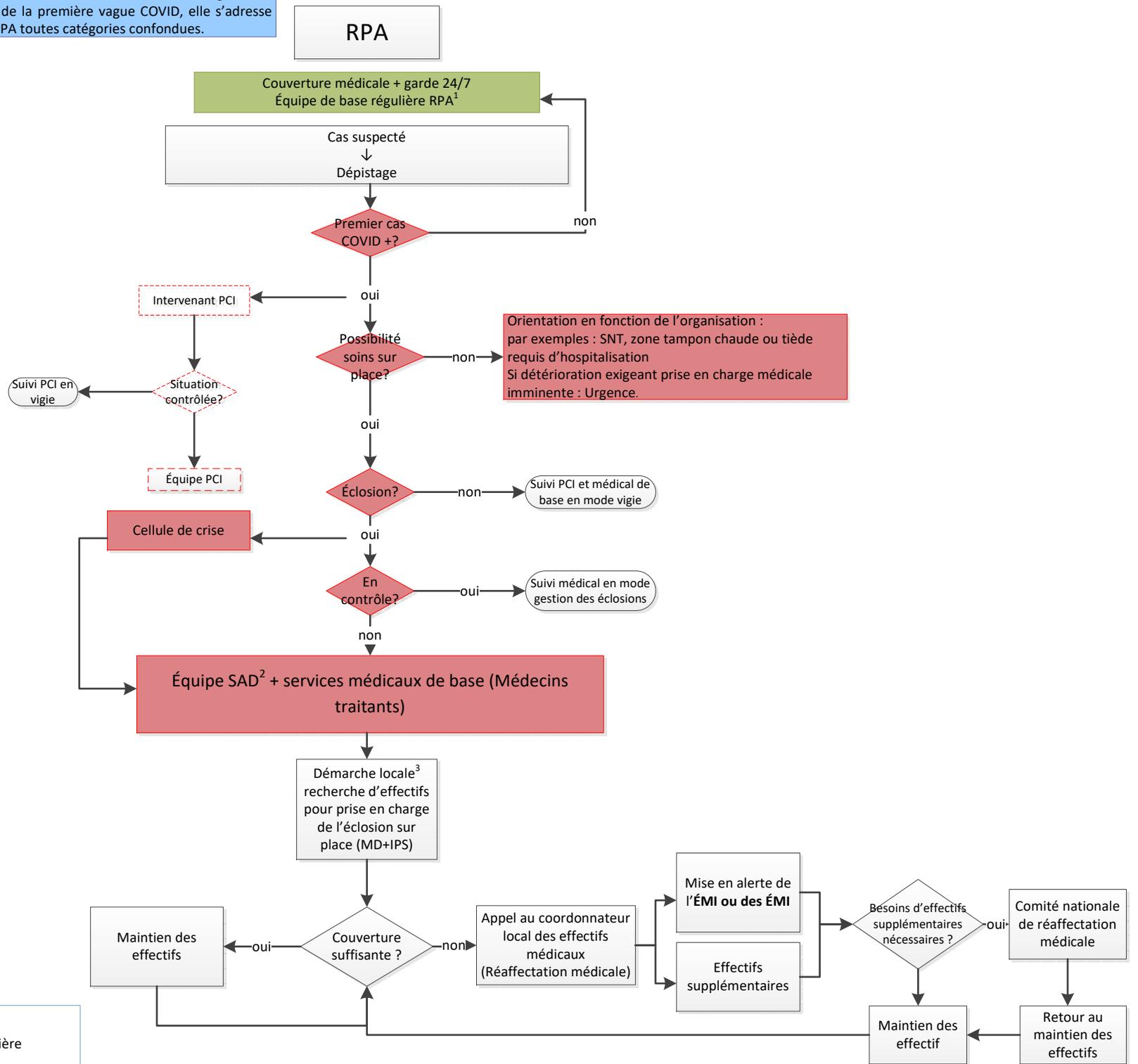
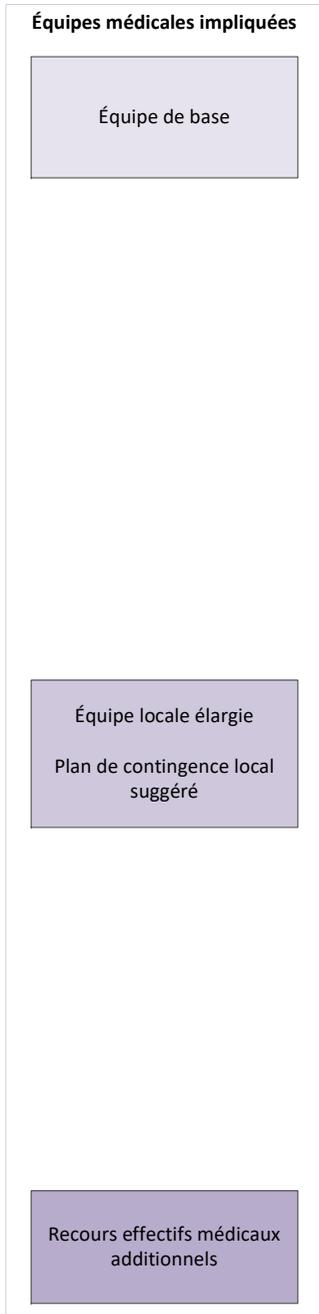


L'algorithme Résidences privées pour ainés (RPA) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RPA en écloison. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des RPA toutes catégories confondues.



¹ Infirmière en RPA sur place (si catégorie 4)

² Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

³ 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.

Les résidences privées pour aînés (RPA)

Description :

Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du MSSS.

La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante).

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.

Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes des SAD.

Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des SAD.

La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence:

- Défibrillateur possible. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier)

Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles.

Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif sévère et faisait de l'errance (unité prothétique).

Des places RI peuvent exister en RPA.

Pour ces résidences spécialisées et ces places RI, les besoins des usagers peuvent différer de la clientèle attendue en RPA.

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

Couverture médicale

Description :

Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RPA sont assurés d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter que la majorité des personnes habitant en RPA sont autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter leur médecin de famille.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA (24/7 uniquement pour les Catégories 3 et 4 a été mise en place lors de la première vague) pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique du résident.

Dans le cas de la clientèle orpheline, la personne sera invitée à s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD pourrait décider, selon certains critères, d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, l'infirmière pivot RPA réfère les services médicaux requis à la situation clinique.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions.

La disponibilité des médecins peut être de différents types, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :

La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, lors d'une écloison, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition peut être, par exemple : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, Chef ou conseillère-cadre en Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef de la PCI, directions des servies techniques au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef en soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour aider des écloisions dans les CHSLD mais dans le cas d'écloison en RPA, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (Prévention contrôle des infections)

Description :

L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'écloison.

(Voir Guide de gestion des écloisions – MSSS (inédit pour l'instant)). 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 direction régionale de la santé publique, un chef PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches :

Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des écloisions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (écloisions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.).

- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'écloison et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'écloison (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'Équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPS 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.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en écloison. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :

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

Fonctionnement :

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

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une écloison jugée difficile à contrôler.

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 (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

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

Le leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :

- Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :

- 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);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

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

² La 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'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.