



# Plan provincial d'organisation et de priorisation des services médicaux pour les milieux de vie pour aînés

Mise à jour 15 juin 2021



**Rédaction :**

D<sup>re</sup> Danielle Daoust, coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, MSSS et médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;  
M<sup>me</sup> Valérie Guillot, conseillère en gérontologie, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS;  
M<sup>me</sup> Dyane Benoit, consultante, direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS.

**Soutien à la rédaction :**

M<sup>me</sup> Catherine Hamelin, conseillère en pertinence clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

**Sous-comités des services médicaux****Co-responsable :**

M<sup>me</sup> Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe et coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, DGAPA, MSSS;

**Membres :**

M<sup>me</sup> Élisabeth Arpin, inf. MSc, Directrice nationale des soins et services infirmiers, MSSS;  
D<sup>r</sup> Réal Barrette, Co-président du Comité et Médecin-conseil, MSSS;  
D<sup>re</sup> Marie-Pier Boucher, Md FRCPC, Spécialiste en médecine d'urgence, CISSS Chaudière-Appalaches, Directrice adjointe du programme de médecine d'urgence spécialisée;  
D<sup>re</sup> Élise Boulanger, MDCM, CCFP, MScM, Médecin de famille Centre Médical Glen, CHSLD Father Dowd Faculty Lecturer (Clinical), McGill University, Department of Family Medicine;  
M. Christophe Cadoz, Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;  
M<sup>me</sup> Mélanie Caron, Pharm D, ICD.D, Conseillère spéciale en pharmacie et télésanté, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS;  
M<sup>me</sup> Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité, DGAUMIP, MSSS;  
D<sup>re</sup> Nadine Larente, Directrice des services professionnels, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;  
D<sup>re</sup> Michèle Morin, interniste gériatre et cogestionnaire médicale à la direction du programme SAPA, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches;  
M<sup>me</sup> Marie-Pier Pagé, Conseillère en soins infirmiers, volet IPS, Direction nationale des soins et services infirmiers, MSSS;  
D<sup>re</sup> Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau et directrice de la coordination ministérielle 514-450, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, MSSS;  
D<sup>re</sup> Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP, MSSS;  
D<sup>re</sup> Diane Poirier MD, MSc, Présidente du comité ministériel des soins critiques COVID-19, Directrice générale adjointe de la coordination réseau. Directrice de la coordination ministérielle 514-450, MSSS;  
D<sup>re</sup> Raymonde Vaillancourt, chef du département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;  
D<sup>re</sup> Sophie Zhang, cocheffe adjointe hébergement, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

**Révision :**

M<sup>me</sup> Isabelle Jasmin, adjointe de direction, DGAUMIP, MSSS.

## Table des matières

Introduction.....	1
Mise en contexte .....	1
Objectifs et principes directeurs.....	2
Objectifs.....	2
Principes généraux .....	2
Caractéristiques d'un accès optimal aux services médicaux.....	3
Contribution des médecins et des IPS .....	3
La couverture médicale en MVA .....	3
RECOMMANDATION 1 : La couverture médicale/IPS en MVA soit ouverte à l'ensemble des médecins (établissement et première ligne) et IPS, supportés, idéalement, par des médecins avec expertise dans ce secteur.....	4
RECOMMANDATION 2 : Priorisation du délestage des autres activités des médecins et des IPS en fonction des compétences et expertise dans le secteur, soit l'intervention auprès des personnes vulnérables en MVA ou recevant des services à domicile.....	4
RECOMMANDATION 3 : Garde médicale première ligne.....	5
RECOMMANDATION 4 : Coordination médicale gériatrique (CMG) - Triage, orientation, coordination et soutien-conseil aux fins d'interventions préventives préhospitalières.....	5
AUTRES RECOMMANDATIONS DE MESURES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE MÉDICALE....	5

## Introduction

Le présent document s'adresse aux gestionnaires, médecins et infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne qui sont impliqués dans la priorisation et l'organisation des services médicaux. Le texte qui suit présente les objectifs et principes sur lesquels devrait s'appuyer la priorisation et l'organisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (MVA) ainsi que diverses recommandations émises par les sous-comités des services médicaux en MVA.

## Mise en contexte

Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des constats réalisés lors de la première vague COVID-19, le comité directeur clinique du MSSS a mis sur pied des sous-groupes ayant pour objectif d'assurer une couverture élargie en services médicaux<sup>1</sup> dans les milieux de vie pour aînés, soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en ressources intermédiaires (RI), en ressources de type familial (RTF) et en résidences pour personnes âgées (RPA). La couverture médicale a aussi considéré les personnes âgées recevant des services de soutien à domicile du centre local de services communautaires (CLSC) dans certains de ces milieux de vie.

L'un des livrables attendus comporte le plan de priorisation et des orientations permettant aux établissements de déterminer les services médicaux requis dans les différents milieux de vie. La priorisation et l'organisation des services médicaux sont guidées en fonction du niveau d'alerte des établissements<sup>2</sup> et non nécessairement en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Le palier d'alerte est un indicateur phare et prédictif du niveau d'alerte et permet de mettre sous tension l'établissement. Il nous apparaît que le niveau d'alerte de l'établissement semble plus pertinent pour l'orchestration des services puisqu'il est défini à partir de différentes variables, dont la capacité en ressources humaines et en matériel, le taux d'occupation des lits en milieux hospitaliers désignés et non désignés, etc.<sup>3</sup>

Aux fins de priorisation et d'organisation des services médicaux, les milieux de vie en éclosion sont aussi à considérer ainsi que les capacités environnementales et humaines de ceux-ci de recevoir les services médicaux.

En période pandémique, les médecins et les IPS impliqués dans l'offre des services médicaux en première ligne jouent, outre un rôle de prestataire direct de soins cliniques, un rôle de triage et d'orientation de la clientèle afin de s'assurer que le patient puisse obtenir les soins et services nécessaires dans le milieu le plus sécuritaire pour lui, sa famille et l'équipe soignante. L'un des objectifs est d'éviter les bris de services tout en assurant une qualité des soins et l'accès à ceux-ci en temps opportun. En plus d'assurer une continuité dans les soins offerts à cette population, les effectifs médicaux et les IPS peuvent également être appelés à soutenir et participer aux activités de dépistage (p. ex. : Vigie COVID-19), là où ils sont déployés. Ceci, pour permettre de détecter rapidement des signes et symptômes relatifs à la COVID-19 et ainsi exercer un certain contrôle sur la propagation en isolant précocement; tout en prenant en considération le taux de vaccination du milieu.

À noter que cette couverture médicale déjà en place dans le réseau des CHSLD publics ainsi qu'une partie des équipes de soins à domicile n'existaient pas dans les autres MVA avant la pandémie. Les résidents de ces ressources (RI-RTF, RPA) allaient chercher leurs prestations de soins dans la communauté, à l'exception de ceux qui l'obtenaient par le soutien à domicile (SAD). Le déploiement de la couverture médicale dans l'ensemble de ces milieux de vie doit se réaliser sans ajout net d'effectifs, mis à part les médecins et les IPS qui pourraient s'ajouter en raison du délestage d'autres activités. Cet enjeu, bien que non insurmontable, pose d'immenses défis dans un réseau faisant déjà face à une pénurie de ressources médicales.

---

<sup>1</sup> La couverture comprend les médecins de médecine générale (médecins de famille), les médecins spécialistes et les IPS.

<sup>2</sup> Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID-19 répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

<sup>3</sup> Pour plus de détails, *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD et autres milieux de vie pour aînés selon les niveaux d'alerte des établissements* a été publié.

[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002896/?&txt=services%20m%C3%A9dicaux&msss\\_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002896/?&txt=services%20m%C3%A9dicaux&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC)

En niveaux d'alerte d'établissement 3 et 4, les effectifs médicaux doivent être dédiés prioritairement en soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion ou sous surveillance et optimiser l'accès des services médicaux aux personnes les plus vulnérables en MVA.

La pertinence du présent document, qui a pour objet la priorisation des effectifs médicaux en milieux de vie, s'appuie sur les données de la pandémie à COVID-19 en première vague (début mars 2020) et en seconde vague (depuis septembre 2020). Le réseau fut en alerte et confronté à d'importants défis, dont un taux d'éclosion et de mortalité secondaire élevé dans les CHSLD et autres milieux de vie pour aînés. Selon la littérature, le taux de mortalité est associé à un âge élevé et à d'autres facteurs de vulnérabilité. À la fin de mars 2021, plus de 90 % du nombre total de décès cumulatifs étaient des personnes de 70 ans et plus.

## Objectifs et principes directeurs

### Objectifs

1. Mettre en place les actions visant à assurer une couverture médicale en adéquation avec les besoins en services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, en éclosion ou non;
2. Maintenir un niveau de couverture médicale assurant la sécurité et l'intégrité des clientèles vulnérables vivant en MVA;
3. Clarifier les mécanismes et processus d'identification et de coordination des services médicaux dans le contexte de la COVID-19.

### Principes généraux

- Assurer l'accessibilité aux soins et services essentiels<sup>4</sup> en adaptant et variant l'offre de services aux personnes vulnérables en MVA et recevant des services à domicile;
- Protéger les usagers vulnérables<sup>5</sup> en offrant des services médicaux au bon moment, au bon endroit et correspondant à leurs besoins, à leurs valeurs et à leurs préférences, soit selon une pertinence clinique;
- Offrir l'accès<sup>6</sup> aux soins et les services requis aux usagers vulnérables (c.-à-d. RPA, RI-RTF, CHSLD, etc.), de manière à éviter les recours inappropriés à l'urgence et à réduire les hospitalisations non requises, tristement iatrogènes pour cette clientèle;
- Identifier et réaliser des actions claires et concertées permettant une réponse agile et adaptée selon une approche collaborative entre les équipes médicales et les équipes SAD des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS);
- Assurer la qualité et la sécurité pour les services aux usagers relocalisés dans des zones tampons (sites non traditionnels et sites traditionnels), analyser le profil de la main-d'œuvre médicale et, lorsque requis, adapter l'encadrement par les ressources cliniques pertinentes (ex. : jumelage, disponibilité d'un répondant, etc.). Il est important d'évaluer la composition des équipes afin, si possible, d'y déployer des ressources munies d'expertise avec le profil de la clientèle (soins palliatifs, gériatrie, réadaptation, etc.) ou appuyées par des professionnels pertinents (physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.);
- Permettre aux médecins/IPS de repérer et intervenir prioritairement auprès des usagers infectés par la COVID-19 et autres clientèles vulnérables;
- Permettre aux médecins/IPS de répondre aux usagers présentant une détérioration de leur état clinique ou complication iatrogénique secondaire au confinement;
- Maintenir les activités auprès de leur clientèle à un niveau le plus sécuritaire possible en procédant à des activités de délestage ciblées, telles que définies dans le document du comité de première ligne.

<sup>4</sup> Services essentiels : Les services requis en zone rouge ou milieu en éclosion pour la sécurité et l'intégrité de la personne.

<sup>5</sup> Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants : - Personnes de 70 ans et plus; - Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_Immunosuppression.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf); - Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails :

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967\\_protection\\_travailleurs\\_sante\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)); - Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40); - Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

<sup>6</sup> Différentes formes d'accès : téléconsultation (avec contact visuel ou appel téléphonique) et en présence.

## **Caractéristiques d'un accès optimal aux services médicaux**

- Être en adéquation avec les besoins des clientèles;
- Être adaptés au type de clientèle desservi;
- Éviter toute forme de discrimination en fonction du milieu de vie ou de l'âge;
- Tenir compte de la disponibilité des ressources sollicitées;
- Être en cohérence avec les directives de santé publique et la prévention et contrôle des infections (PCI);
- Miser sur toutes les modalités disponibles (téléconsultation (avec visuel et téléphone) et présentiel), en tout respect des règles de confidentialité;
- Viser à éviter les recours inutiles à l'urgence et à l'hospitalisation en courte durée;
- S'imbriquer aux modèles et/ou travaux déjà en place par souci d'économie de moyens et de temps.

## **Contribution des médecins et des IPS**

Dans le contexte de la COVID-19, il est prévisible que la demande de services médicaux évoluera en fonction du palier d'alerte de la région et du nombre de milieux de vie en éclosion. Il demeure que des besoins de suivis ainsi que de consultations pour les détériorations de l'état de santé non associées à la COVID-19 surviendront, tels qu'ils existaient avant l'arrivée de la pandémie. De plus, il faut anticiper une augmentation des demandes d'évaluation médicale pour les effets indirects provoqués par le contexte de la crise sanitaire, tels que le déconditionnement dû à un manque de stimulation physique/cognitive ou des problèmes de santé mentale liés à l'isolement social. Conséquemment, les usagers, leurs proches ainsi que les équipes soignantes des milieux de vie et les équipes de soutien à domicile (SAD) auront plus que jamais besoin du support de médecins/IPS, outillés à différents égards : conseils, soins, gestion, orientation, etc. Cette nécessité sera encore plus criante dans les milieux de vie en éclosion.

## **La couverture médicale en MVA**

Considérant que la pratique médicale en MVA n'est pas une pratique universelle et répandue chez les médecins;

Considérant que la couverture médicale en CHSLD, et ce, même pour les milieux épargnés de la COVID-19, est obligatoire en tout temps (garde médicale 24/7);

Considérant que la pratique en MVA, notamment en CHSLD et en soutien à domicile auprès des usagers ayant un profil gériatrique, requiert des compétences particulières;

Considérant la non-disponibilité de ressources additionnelles en services médicaux qui aurait pu être induite par le délestage d'activités médicales et la charge de travail que dépassait la capacité de la main-d'œuvre disponible;

Considérant les nouveaux besoins en couverture médicale générés par les éclosions en MVA;

Considérant la fragilité des effectifs en pré-pandémie dans les milieux de vie, notamment en CHSLD et SAD, à laquelle s'ajoute un pourcentage de médecins et d'IPS avec conditions préalables (retrait préventif, immunosuppression, âge, etc.) ne pouvant être en présence de la clientèle<sup>7</sup>;

Considérant le besoin de couvrir des sites supplémentaires, soit les zones tampons en sites traditionnels et non traditionnels.

---

<sup>7</sup> Médecins âgés de ≥ 70 ans, immunosupprimés, congé de maternité et autres, potentiellement disponibles, mais en mode virtuel seulement.

**RECOMMANDATION 1 : La couverture médicale/IPS en MVA soit ouverte à l'ensemble des médecins (établissement et première ligne) et IPS, supportés, idéalement, par des médecins avec expertise dans ce secteur.**

Les principes suivants ont été établis afin d'assurer la couverture médicale en contexte de COVID-19, en fonction des compétences :

- À l'échelle du territoire ou pluri réseaux locaux de services (RLS), avoir une banque de médecins/IPS en disponibilité pour assurer une prise en charge et/ou la garde médicale en MVA ou zones tampons (sites traditionnels et non traditionnels) en éclosion;
- Cette banque de médecins/IPS, autorisés à travailler au Québec, présente les qualificatifs suivants :
  - Centralisée par CI(U)SSSS, tous secteurs intégrés;
  - Tous les intervenants ou agents habilités et désignés par leur organisation peuvent y inscrire des médecins volontaires;
  - Tous les intervenants ou agents habilités et désignés par leur organisation peuvent y inscrire des IPS volontaires.
- Selon les modalités actuelles existantes dans les régions<sup>8</sup>, ces intervenants ou agents doivent collaborer étroitement avec la direction des services professionnels (DSP), le département régional de médecine générale (DRMG), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que la direction des soins infirmiers (DSI) par l'intermédiaire des gestionnaires IPS. En ce qui concerne les médecins, il peut s'agir de médecins de groupes de médecine de famille (GMF), de cliniques médicales de médecins de famille et spécialistes d'établissement (CHSLD, CLSC, milieux hospitaliers ou autres) ainsi que des milieux privés;
- Ces médecins et ces IPS composent une banque disponible pour assurer une couverture médicale polyvalente pour des interventions dans différents MVA en éclosion. L'intervention est requise lorsqu'il y a insuffisance de couverture médicale pour des usagers vulnérables, et ce, quel que soit le MVA en éclosion.

**RECOMMANDATION 2 : Priorisation du délestage des autres activités des médecins et des IPS en fonction des compétences et expertise dans le secteur, soit l'intervention auprès des personnes vulnérables en MVA ou recevant des services à domicile.**

Pour ces médecins et ces IPS ayant une connaissance et une expérience précieuse auprès des aînés vulnérables, il serait recommandé de prioriser leur délestage d'autres activités en fonction des besoins de couverture dans les milieux de vie pour aînés, s'ils en démontrent de l'intérêt et sans mettre en péril d'autres secteurs d'activités où la couverture médicale est aussi considérée essentielle.

Dès l'amorce du délestage, ces médecins et ces IPS seraient invités à se rendre disponibles pour les personnes vulnérables en MVA et celles recevant des SAD.

Tout médecin ou IPS en retrait préventif ayant des connaissances et/ou expériences auprès de cette clientèle dans les MVA ou en SAD pourrait être sollicité pour couverture/pairage par téléconsultation en support aux MVA et équipes en place.

Cette priorisation n'exclut pas les médecins non-initiés à la pratique dans ce secteur. Ceux-ci pourraient idéalement être jumelés à un médecin initié, notamment ceux avec conditions préalables.

Les médecins faisant leur résidence en médecine familiale peuvent poursuivre leurs activités ou effectuer des stages en MVA. Pour les MVA chauds, ce stage est possible à la condition d'un encadrement auprès d'un médecin (superviseur) et d'une reconnaissance de l'activité par la direction de programme.

Cette banque de ressources médicales assure un filet de sécurité dans la réponse aux besoins des services médicaux dans les CHSLD, fournit une assistance médicale aux intervenants dans les RI-RTF [vocation en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)] et les RPA, vient en appui aux équipes en SAD ou permet la constitution d'une équipe médicale d'intervention (ÉMI).

---

<sup>8</sup> Habituellement, il s'agit d'un coordonnateur d'établissement et un coordonnateur première ligne et si bris de couverture médicale, se référer à la réaffectation des effectifs médicaux locaux.



### **RECOMMANDATION 3 : Garde médicale première ligne.**

L'implantation d'une garde médicale de première ligne par territoire/sous-territoire a pour objectif d'assurer la couverture des clientèles vulnérables des MVA pour lesquelles aucune garde médicale n'était prévue dans la trajectoire en prépandémie. Elle est complémentaire aux gardes existantes sur le territoire (p. ex. : garde SAD) et se déploie dans la mesure où un support infirmier est disponible. Elle assure une réponse élargie lorsque les effectifs le permettent. Une garde médicale de première ligne permet d'éviter des hospitalisations non requises, notamment en provenance des RPA.

### **RECOMMANDATION 4 : Coordination médicale gériatrique (CMG) – Triage, orientation, coordination et soutien-conseil aux fins d'interventions préhospitalières.**

Ces principes sont recommandés, quel que soit le mécanisme établi par l'établissement, afin d'éviter les transferts à l'urgence ou des hospitalisations non requises de personnes ayant un profil gériatrique. La CMG offre un soutien-conseil gériatrique aux professionnels de la santé. Cette collaboration permet une prise de décision éclairée pour l'orientation d'usagers dont la condition médicale est complexe et l'identification d'alternatives possibles à l'urgence, selon la situation. L'usager qui ne peut être pris en charge dans son milieu sera ainsi orienté vers les meilleurs services pour répondre à sa condition et à ses besoins et l'accès aux différentes portes d'entrée du réseau s'en trouvera facilité (ex. : zone tampon en site traditionnel, intensification des services à son domicile, lit en unité de soins palliatifs, etc.). Par des interventions précoces et proactives, il est possible de limiter les hospitalisations non médicalement requises qui génèrent chez les aînés vulnérables des effets délétères sur leur autonomie fonctionnelle et leur état de santé global. Il est planifié que cette structure de CMG se mette en place nationalement avant de se déployer régionalement.

## **AUTRES RECOMMANDATIONS DE MESURES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE MÉDICALE**

### **Équipe médicale d'intervention (ÉMI)**

L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPS de première ligne) prodiguant des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle vient en renfort aux équipes médicales de base desservant les usagers du MVA, aux médecins réaffectés dans ces milieux et d'autres médecins des équipes déployées. Il s'agit d'une mesure de dernier recours, temporaire, le temps que la situation se stabilise et que les équipes de services médicaux de base prennent place.

### **Cogestion – volet médical**

#### **Description**

La cogestion est une approche moderne intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires. Les cogestionnaires appartiennent habituellement à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité sur le long terme, pour l'amélioration continue du système et des soins et services aux usagers.

#### **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 et des services et le bien-être des résidents et d'assurer une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

### **Cellule de crise régionale<sup>9</sup>**

#### **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, une éclosion, 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 de CHSLD. Sa composition peut être la suivante (non exhaustive) : directeur SAPA adjoint ou directeur en hébergement, chef des soins infirmiers, médecin-chef adjoint en hébergement,

<sup>9</sup> Certains CI(U)SSS ont des cellules de crise régionale qui couvrent les CHSLD, les RI-RTF et RPA.

chef de la prévention et contrôle des infections (PCI), microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité et directeurs des services techniques (hygiène, salubrité et maintenance immeuble), au besoin.

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

### **Cellule de crise en CHSLD<sup>10</sup>**

#### **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 éclosion, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en éclosion 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, salubrité et maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : représentant des ressources humaines, conseiller du MVA et représentant des services alimentaires.

Pour consulter les directives complètes sur les mesures recommandées par les sous-groupes des services médicaux en MVA : [Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés \(CHSLD, RI-RTF, RPA\) en contexte de la pandémie de la COVID-19 - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

---

<sup>10</sup> Dans certains territoires, des RI-RTF et RPA ont leur cellule de crise locale.