

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 des 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, 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 :

La cogestion permet de gagner de la vélocité pour des prises de décisions rapides lorsque l’urgence de la situation l’exige et les délais induits peuvent avoir des impacts délétères pour la santé, le bien-être et la vie des résidents en centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Composition de la cogestion :

Elle s’actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire identifié comme responsable du CHSLD et un médecin cogestionnaire dudit CHSLD. Les chefs d’unité et les autres médecins du CHSLD peuvent aussi être appelés à collaborer.

Fonctionnement :

La cogestion se décline en deux niveaux de gouverne. L’une est à l’échelle du CHSLD et implique les cogestionnaires ci-avant identifiés. L’autre concerne soit le territoire du centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) ou celui d’un ou plusieurs réseaux locaux de services. Celle-ci vient en soutien aux cogestionnaires locaux des installations, entre autres, pour communiquer des directives, coordonner des ressources médicales ou assurer une escalade des enjeux vécus sur le terrain à la haute direction de l’établissement. « Le niveau territorial implique également deux cogestionnaires soit un directeur de l’hébergement ou un directeur adjoint au Programme de Soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA) et un médecin cogestionnaire des services médicaux en hébergement qui assurent la cogestion de plusieurs CHSLD sur un territoire donné. » Il peut notamment s’agir du chef médical des services d’hébergement ou d’un directeur des services professionnels (DSP) adjoint.

Lorsqu’il y a écloison, la cellule de crise locale pour la gestion des éclosions est activée. Les cogestionnaires du CHSLD participent à cette cellule de crise et assurent le leadership en ce qui a trait aux décisions médico-clinico-administratives.

Responsabilités partagées des cogestionnaires locaux (installation, CHSLD) et des cogestionnaires territoriaux (CISSS et CIUSSS ou sous-territoire) :

1. S’assurer de la qualité des services médicaux et de 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 de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées rigoureusement;
3. S’assurer d’une cohérence et d’un équilibre dans le déploiement de l’offre de services médicaux, en respect de l’approche milieu de vie préconisée en CHSLD. Il s’agit de conciliation des approches “milieu de soins/milieu de vie”;

4. Mettre en œuvre les directives, orientations, cadres de référence et meilleures pratiques dans les CHSLD en assurant le maintien du lien essentiel entre les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes (PPA);
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise.

Responsabilités spécifiques du médecin cogestionnaire :

- En collaboration avec les instances concernées telles que le médecin responsable de l’hébergement au niveau régional/territorial, aider à la coordination des effectifs médicaux afin d’assurer les services aux usagers du CHSLD (ex. : communiquer les besoins d’effectifs, réaliser la liste de garde);
- Participer à des communications régulières avec le médecin responsable des services médicaux en hébergement pour sa région afin d’assurer une circulation bidirectionnelle des informations entre le CISSS et le CIUSSS ainsi que les médecins du CHSLD;
- Participation au mécanisme de concertation prévu (ex. : rencontres locales régulières avec le coordonnateur des soins (ex. : chef d’unité) pour assurer une cohérence médico-clinico-administrative dans la prise de décisions administratives pouvant avoir un impact sur les soins et les services (notamment, le matériel et l’équipement médical);
- Guider les médecins réguliers et dépanneurs moins familiers avec la pratique en soins de longue durée;
- Implication dans des projets spéciaux ou autres projets impliquant des aspects cliniques du centre comme la télémédecine, le projet Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services-OPUS, la diminution des transferts hospitaliers non requis, etc.;
- Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins.

Prérequis :

- Assignation des deux cogestionnaires à un CHSLD;
- Utilisation des approches cliniques et de gestion suivante : approche collaborative, gestion des risques, approche centrée sur la personne, approche gériatrique;
- Autonomie décisionnelle des cogestionnaires en CHSLD favorisant une agilité et une efficacité de la cogestion;
- Mécanisme permettant d’escalader les difficultés non résolues aux cogestionnaires régionaux/territoriaux, soit le directeur de l’hébergement ou le directeur adjoint SAPA ainsi qu’un médecin responsable des services médicaux en hébergement sur le territoire;
- Canaux de communication clairement établis et engagement ferme des directions clés, notamment SAPA, DSP et la Direction des soins infirmiers (DSI) pour un soutien lorsque requis. Le médecin responsable des services médicaux en hébergement devant avoir un accès direct à la DSP;
- Disponibilité de toutes les directions concernées pouvant être appelées à collaborer à la cogestion, surtout en contexte d’éclosion, dont la direction des services multidisciplinaires, la direction des services techniques, la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et la direction régionale de santé publique;
- Concertation avec la DSI, laquelle, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est responsable de la qualité des pratiques professionnelles pour les intervenants suivants : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières et responsables de la PCI dans l’établissement.

Avantages :

- Une gouverne des CHSLD publics et privés conventionnés renforcée;
- Une gestion de proximité plus efficiente et respectueuse des besoins des résidents, des familles ainsi que des PPA;

- Une prise de décision rapide et concertée selon les responsabilités inhérentes à chacun, soit administrative ou clinique;
- Une communication fluide et une agilité d'action;
- Une cohésion entre l'approche milieu de vie et milieu de soins tenant compte du contexte de vulnérabilité des usagers;
- Un regard médical complémentaire et en soutien aux autres intervenants.

Indicateurs :

- Nombre de médecins cogestionnaires sur le nombre de CHSLD
- Plan d'action déposé incluant :
 - Mécanisme de coordination, concertation et communication mis en place (rencontres, cahier de communication, etc.) et fréquence d'utilisation;
 - Évolution et ajustement desdits mécanismes lors d'éclosion (ex. : constitution et fonctionnement de la cellule de crise).

Contexte :

Depuis le début de la pandémie, des éclosions se sont déclarées dans plusieurs milieux de vie pour aînés, dont les CHSLD. Comme les personnes y étant hébergées représentent une clientèle plus vulnérable à la COVID-19, des soins aigus ont dû leur être prodigués sur place. Ce contexte a mis à l'épreuve la conciliation entre l'approche des milieux de vie habituellement déployée dans ces centres d'hébergement et l'approche de soins que l'on retrouve généralement en unité de courte durée.

Cette nouvelle réalité a exigé des gestionnaires responsables de ces milieux de vie de s'adapter rapidement aux besoins des résidents, dont la santé est habituellement précaire et pour laquelle un transfert vers un autre milieu ou un centre hospitalier peut représenter un risque à la santé significatif, pour ne pas dire fatal. Par conséquent, les médecins traitants en CHSLD, les équipes de soins et le personnel de soutien ont rapidement été sollicités et ont dû offrir des soins actifs de longue durée.

De plus, l'évolution rapide de la situation lors d'éclosions exige des prises de décisions cliniques et opérationnelles pratiquement immédiates, nécessitant des connaissances du milieu de vie CHSLD, des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que des connaissances médicales. Ces décisions s'appuient sur la gestion du risque dont les variables peuvent impacter la santé et la vie d'un, de plusieurs ou de l'ensemble des résidents du milieu de vie ainsi que celles du personnel.

Cette situation a impliqué une gestion médicale plus importante nécessitant des interventions rapides et une vigilance des symptômes plus soutenue afin d'assurer le monitoring de l'évolution des éclosions avec les experts PCI et d'orienter les décisions quant au dépistage.

Dans ce contexte, considérant les différents enjeux pour la santé et la vie des résidents, le médecin s'avère un cogestionnaire incontournable.

Bien que la cogestion soit incarnée par deux personnes décisionnelles compétentes, la qualité des décisions prises par cette dyade dépend de la qualité de concertation et de communication avec les acteurs clés intervenants dans les CHSLD. La consultation et la concertation avec les infirmières et les équipes de soins, les experts de la PCI, les équipes de soutien technique (entretien salubrité, approvisionnement, etc.) font aussi partie des facteurs de réussite.

Par ailleurs, pour s'assurer de la pertinence des décisions prises, il est nécessaire de connaître les besoins des usagers, du personnel ainsi que de la situation clinique et pandémique. Pour ce faire, le personnel en place, dont

Documents consultés

- Guide COVID de la communauté de pratique pour les médecins en CHSLD;
- Guide de Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists : Check List (Comité directeur de la communauté de pratique);
- INESSS (2020) *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*;
- MSSS (2018) Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>;
- Revue de la littérature ciblée : La cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre (HEC). <https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2021/09/Revue-de-la-litterature-Cogestion-VF6.pdf>;
- Trousse de préparation aux éclosions et Trousse de gestion d'éclosion de la DRSP de Montréal (DRSP et équipe élargie du comité de coordination récent).

les infirmières ayant une expertise et des connaissances des soins en CHSLD doivent être impliquées.

Un autre facteur de réussite consiste à bien naviguer et maintenir l'équilibre dans un milieu où coexistent deux approches : milieu de vie et milieu de soins. À la suite d'un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD soulignant les tensions entre les milieux de soins et le milieu de vie. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été mandaté afin de documenter la situation et de proposer des pistes de solutions. Ainsi, selon une récente publication de l'INESSS intitulée *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, les auteurs de cette publication identifient les principales tensions et les moyens potentiels pour favoriser l'équilibre. Le modèle de cogestion constitue une pierre angulaire pour créer l'équilibre recherché.

En contexte d'éclosion, l'approche de soins doit s'imposer pour répondre aux besoins de soins de santé aigus des usagers. Lors du retour à la normale, les approches habituelles ont préséance.

Quatre grands principaux regroupements de tensions, soit les tensions associées à :

1. La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel;
2. La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité;
3. Les relations interpersonnelles;
4. L'organisation des soins et services.

Les moyens proposés par type de tension :

La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel :

- Gestion des risques;
- Approche centrée sur la personne;
- Prise de décision partagée.

La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité :

- Regroupement en micro-milieu de clientèles semblables dans une unité (*principe de bulle¹).

Les relations interpersonnelles :

- Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu;
- Implication et soutien des proches;
- Stratégies de communication;
- Assignation stable du personnel aux résidents.

L'organisation des soins et services :

- Personnel en quantité suffisante;
- Routine de travail flexible;
- Redéfinition des rôles et tâches des divers intervenants;
- Communication d'information clinique et organisationnelle.

Le médecin en cogestion en CHSLD a une approche de soins de longue durée en milieu de vie. Ce médecin a une expertise avec la clientèle vulnérable des CHSLD et comprend la coexistence du milieu de vie et les soins. Son approche est en fonction des bons soins au bon moment au meilleur endroit pour l'utilisateur en fonction de sa volonté, de sa condition et de son contexte particulier.

¹ Concept de bulle sociale : le concept de bulle sociale consiste en un regroupement de 10 ou 12 personnes maximum au sein duquel il y a un assouplissement de certaines mesures, dont celle de la distanciation physique. Le groupe de résidents doit toujours être le même lors des activités et bénéficier des services fournis par la même équipe d'intervenants.