

Note de service

Destinataires :	Médecins et personnel clinique du CISSS de Chaudière-Appalaches Coordonnateurs d'activités, chef de service sécurité et gestion des espaces
Expéditeur :	Monsieur Michel Laroche, directeur Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD) Monsieur Sylvain Bélanger, directeur adjoint Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)
Date :	16 juin 2021
Objet :	Trajectoire de transfert et d'admission inter-établissements de la RÉGION-12 d'utilisateur non-Covid (vert) en psychiatrie

La présente vise à clarifier les étapes de transfert, d'admission, de traitement et de congé de patients non-Covid (vert) à transférer entre centres hospitaliers psychiatriques de la région.

PRÉMISSES D'APPLICATION DE LA TRAJECTOIRE DE TRANSFERT EN PSYCHIATRIE :

La coordination régionale des admissions et transferts en psychiatrie se fait au fur et à mesure et est gérée quotidiennement à 9 h, au comité de coordination sous la responsabilité de la coordonnatrice régionale des services hospitaliers en psychiatrie. Les chefs de programme en psychiatrie et les chefs des services médicaux y sont invités. Les objectifs de ce comité sont principalement de prévoir les admissions en psychiatrie, faire l'état de situation de la capacité des équipes des quatre CH psychiatriques de la région, prévoir les ressources nécessaires et arrimer les transferts le cas échéant en cogestion avec les chefs médicaux psychiatres. Pour la fin de semaine et les jours fériés, la coordination est assurée par le coordonnateur d'activités et se fait en collaboration avec le psychiatre de garde, le gestionnaire de garde DPSMD-Covid et le directeur de garde de la DPSMD.

La présente trajectoire se veut complémentaire et en conformité avec les documents suivants :

- Procédure (en contexte de pandémie) corridors de transferts des usagers non-Covid entre les CH du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Contexte juridique du transfert forcé d'un usager (contexte Covid) – Annexe 1;
- Algorithme décisionnel de débordement et de transfert d'usagers en psychiatrie – Annexe 2;
- Politique d'optimisation du parcours de soins et services en milieu hospitalier (a. 7.5, a. 7.8.3 ; a. 9.2.2 ; a. 9.5 ; a.9.6.);
- Plan de désencombrement de la mission hospitalière;
- Règlement du département de psychiatrie (a. 6.4 ; a. 10.4.2 ; a. 16);

CRITÈRES DE DÉCLENCHEMENT D'UNE DÉMARCHE DE TRANSFERT VERS UN AUTRE CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE SERVANT À LA PRISE DE DÉCISION :

1. Le taux d'occupation d'un CH psychiatrique est près de 100 % et aucun lit n'est disponible sur les unités psychiatriques en fonction du besoin (principe de débordement).
2. Niveau 3 et 4 d'encombrement à l'urgence (en lien avec le plan de désencombrement en vigueur).
3. Ressources humaines insuffisantes sur l'unité amenant à réduire le nombre de lits disponibles.
4. L'environnement physique de l'unité psychiatrique est non adapté au besoin spécifique de l'utilisateur (ex. : centre d'observation ou isolement non disponible).
5. Interdit de contact ou situation de familiarisation avec le personnel de l'unité (ex. : employé ou proche nécessitant d'être hospitalisé en psychiatrie).
6. Un usager hors de son secteur d'origine se présentant à l'une de nos urgences de la région.
7. Toute situation particulière amenant l'incapacité de maintenir l'utilisateur (ex. : besoins soins physiques, ECT).
8. Les transferts entre centres hospitaliers sont exceptionnels et doivent être utilisés seulement dernier recours.

CONDITIONS PRÉALABLES :

1. L'utilisateur doit avoir un résultat négatif au test de la Covid-19 au cours des 48 dernières heures.
2. Tout usager doit être informé et consentir à son transfert vers un autre centre hospitalier de la région. En cas de refus, se référer à la Procédure (en contexte de pandémie) corridors de transferts des usagers non-Covid entre les CH du CISSS de Chaudière-Appalaches, à la section : *Refus de l'utilisateur du transfert vers un autre centre hospitalier de la région.*
3. Tout transfert vers un autre centre hospitalier psychiatrique de la région doit se faire de façon sécuritaire en respectant les recommandations du psychiatre ayant évalué les risques et conditions.
4. La proximité géographique doit être considérée dans la démarche pour favoriser le soutien, l'implication des proches durant l'hospitalisation et les équipes de la communauté.
5. Une décision de transfert doit être conclue au plus tard avant 13 h, autrement le transfert est reporté au lendemain. Des exceptions peuvent s'appliquer si les deux milieux sont d'accord, que les ressources humaines et services de transport sont disponibles.
6. Le transfert doit être réalisé avant 16 h, à moins d'une entente particulière.
7. Le topo clinique du transfert doit s'effectuer de médecin à médecin.
8. Le niveau d'intervention médicale (NIM) doit être au dossier avant tout transfert ou toute admission.

ÉTAPE 1 : DÉTERMINER LA RAISON DU TRANSFERT

Le psychiatre détermine le requis d'hospitalisation : niveau de sécurité, de surveillance requise, conditions de soins et risques cliniques associés au transfert.

Le psychiatre communique avec l'AIC ou ASI à la gestion des lits de son secteur ou la coordinatrice d'activités à la gestion des lits.

L'AIC ou ASI responsable de la gestion des lits DPSMD détermine la raison du transfert si impossible d'admettre ou de maintenir dans son CH :

- Pas de lit disponible dans le délai prescrit et selon le besoin (débordement) ;
- Besoin clinique ne peut être répondu dans le CH actuel (ECT, soins physiques) ;
- Interdit de contact ou familiarisation avec le personnel du CH (humanitaire) ;
- Usager hors secteur, hors région.

L'AIC ou ASI de la psychiatrie discute avec le psychiatre traitant ou de garde des raisons motivant un transfert (Rd Psy a.16) et s'entend sur les modalités requises.

Si accepté, passer à l'étape 2.

ÉTAPE 2 : PRÉPARATION DU TRANSFERT

L'AIC ou ASI de l'urgence valide la disponibilité des lits au local auprès de l'AIC de la psychiatrie. Cette dernière contacte son chef de programme DPSMD ou le coordonnateur d'activités, selon le moment de la semaine ou de fin de semaine, pour valider la disponibilité régionale.

Le chef de programme du milieu demandeur avise le chef de service médical de son secteur de la demande de transfert vers un autre CH.

Le chef de programme du milieu demandeur valide les disponibilités selon le topo de 9 h et va interpellier le chef du milieu receveur en respectant les conditions préalables.

Le chef de programme du milieu receveur informe le chef de service médical de son secteur.

Si place disponible et entente conclue (au plus tard avant 13 h, sinon remis au lendemain) :

- Le psychiatre de garde du milieu demandeur communique avec le psychiatre de garde du milieu receveur pour transmettre les conditions cliniques du transfert ;
- L'AIC ou ASI du milieu demandeur et du milieu receveur opérationnalisent le transfert en étape 3.

Le chef de programme ou son ASI de la psychiatrie communique avec le coordonnateur d'activités à la gestion des lits afin de savoir si l'usager peut demeurer à l'urgence jusqu'au moment du transfert. L'usager pourrait être admis temporairement en psychiatrie si impossible de maintenir à l'urgence selon la capacité (se référer à l'algorithme décisionnel de débordement et de transfert d'usagers en psychiatrie).

ÉTAPE 3 : ORGANISATION DU TRANSFERT

Les médecins demandeurs et receveurs informent respectivement leur ASI de la décision du transfert convenu, des informations cliniques requises, du type de transport préconisé (transport adapté ou par ambulance) et de l'accompagnement requis. Le NIM du patient doit être inclus dans les informations transmises lors du transfert ou de l'admission.

L'ASI ou AIC du milieu demandeur communique avec l'ASI ou l'AIC du milieu receveur afin de convenir de l'heure du transfert de l'utilisateur. Il s'assure que les copies des documents pertinents sont transmises par télécopieur au milieu receveur et qu'une copie papier sera remise au transporteur dans un sac de transport confidentiel. L'ASI du milieu receveur ou la personne habilitée de l'équipe avise le psychiatre traitant du transfert et assure une communication d'informations jusqu'au congé de l'utilisateur.

Coordonnées des ASI/AIC par territoire :

Secteurs	Téléphone	Urgences	Unités de psychiatrie
Lévis :	418 835-7121	13972	En semaine : 13313 Soir et fin de semaine : 13420
Montmagny :	418 248-0630	2855	En tout temps : 3331
Thetford :	418 338-7777	54471	En tout temps : 54141
Saint-Georges :	418 228-2031	37800	En tout temps : 33001

Transport de l'utilisateur : selon les modalités convenues, les ASI/AIC organisent le transfert avec le transporteur de l'établissement (selon la prescription du médecin demandeur), en contactant la centrale d'appels du CISSS de Chaudière-Appalaches, au poste 82397 (en semaine si utilisateur stable). Le soir, la nuit, la fin de semaine et lors d'un férié, faire un Octopus. Pour ambulance : 1-800 897-3573 (lundi au vendredi de : 8 h à 17 h 30) en dehors des heures ouvrables.

Le soir et la fin de semaine, l'ASI ou AIC du milieu demandeur contacte le coordonnateur d'activités du milieu receveur, dès le départ de l'utilisateur de son milieu, afin qu'il planifie l'heure d'arrivée au milieu receveur et procède à son inscription. Pour toutes situations imprévues (désorganisation, code blanc, etc.), il est important de tenir informé le coordonnateur d'activités des milieux demandeurs et receveurs.

Coordonnées des coordonnateurs d'activités par territoire :

• Lévis :	418 835-7121 poste 11989
• Montmagny :	418 248-0630 poste 5520
• Thetford :	418 338-7777 poste 54013
• Saint-Georges :	418 228-2031 poste 37074

RETOUR DE L'USAGER VERS SON SECTEUR :

Dès que possible et en respect du plan clinique, l'utilisateur doit être retourné vers son secteur d'origine afin d'assurer la continuité des services sur le continuum de soins.

EN CAS DE REFUS :

Si l'utilisateur refuse :

Un usager qui refuse un transfert vers un autre centre de la région ne peut être transféré sans avoir obtenu une autorisation judiciaire à cet effet.

Voici les étapes à suivre :

- 1- Si l'utilisateur refuse le transfert et exige de rester à cet hôpital pour y recevoir ses soins, le médecin « hospitalisateur » du centre référant avise le coordonnateur d'activités du refus de transfert de l'utilisateur.
- 2- Le médecin « hospitalisateur » du centre référant rédige une note au dossier précisant avoir informé l'utilisateur de la situation et complète un « Rapport médical dans le cadre d'une demande pour autorisation de soins » (voir annexe 2). Il vérifie avec le coordonnateur d'activités la possibilité de temporiser à l'urgence l'utilisateur jusqu'à ce qu'une place se libère à l'unité psychiatrique du secteur.

A) En semaine, sur les heures ouvrables régulières :

- Le coordonnateur d'activités à la gestion des lits rejoint le directeur du programme santé mentale et dépendance, la directrice des soins infirmiers ainsi que la directrice des services professionnels pour les informer du refus de transfert d'un usager;
- Une de ces personnes avise le contentieux, via sa ligne d'urgence 418 380-2820, poste 11832, pour l'informer de la situation. Le contentieux entreprend les démarches auprès de la Cour supérieure;
- Le contentieux avise la DSI, la DSP et le DPSMD de la décision de la Cour supérieure ainsi que sa durée;
- Le directeur concerné avise le médecin « hospitalisateur » du centre référant et le coordonnateur d'activités de la décision de la Cour supérieure;
- Si l'autorisation de la Cour supérieure est obtenue, le médecin « hospitalisateur » du centre référant en informe l'utilisateur et planifie le transfert en rejoignant le médecin « coordonnateur » du centre receveur ou le médecin spécialiste (HDL) et rédige une note au dossier précisant avoir informé l'utilisateur de la décision;
- Le directeur concerné (DPSMD - DSP – DSI) informe le président-directeur général et le directeur général adjoint des programmes santé physique générale et spécialisée de cette situation.

B) En dehors des heures ouvrables régulières, ainsi que la fin de semaine :

- Le coordonnateur d'activités rejoint le directeur de garde pour l'informer du refus de transfert d'un usager;
- Le directeur de garde avise le contentieux, via sa ligne d'urgence 418 380-2820, poste 11832, pour l'informer de la situation. Le directeur de garde informe le directeur SMD, la directrice SI ainsi que la directrice SP par courriel. Le contentieux entreprend les démarches auprès de la Cour supérieure;
- Le contentieux avise le directeur de garde de la décision de la Cour supérieure ainsi que sa durée. Le directeur concerné avise le coordonnateur d'activités de la décision de la Cour supérieure, ce dernier informe le médecin « hospitalisateur »;

- Si l'autorisation de la Cour supérieure est obtenue, le médecin « hospitalisateur » du centre référant en informe l'usager et planifie le transfert en rejoignant le médecin « coordonnateur » du centre receveur ou le médecin spécialiste (HDL) et rédige une note au dossier précisant avoir informé l'usager de la décision;
- Le directeur de garde concerné informe le président-directeur général et le directeur général adjoint des programmes santé physique générale et spécialisée de cette situation.

Refus de soins :

Si l'usager refuse le transfert et décide de quitter l'hôpital sans recevoir les soins, le médecin doit respecter sa décision, mais avant, il doit impérativement : valider d'abord l'aptitude de l'usager.

S'il est apte :

- Bien expliquer à l'usager la nécessité de bénéficier des soins;
- Les risques qu'il encourt pour sa santé s'il quitte contre avis médical sans avoir reçu les soins;
- Lui expliquer que sa décision constitue un refus de soins et lui faire signer le document;
- Documenter dans le dossier chacun de ces éléments afin de pouvoir démontrer que nous l'avons accompagné au mieux dans sa prise de décision. Si le patient présente des éléments de dangerosité pour lui ou pour autrui, même s'il est apte, il sera mis en garde et il sera transféré pour lui assurer des soins appropriés.

S'il est inapte :

- La demande de transfert est annulée et l'équipe doit voir à lui prodiguer des soins sur place. Si le patient est inapte et pas de place à le traiter sur place, il sera transféré vers un endroit qui peut lui donner des soins appropriés.

Note : La prise de décision quant à la mise en application des corridors de transfert d'usager non-Covid relève de la direction générale, en collaboration avec la direction des services professionnels. Lors de la mise en application, le médecin demeure avec ses responsabilités habituelles médico-légales, cible les usagers répondant aux critères de transfert et agit dans le respect, avec dignité, empathie et professionnalisme.

Si le médecin refuse le transfert, que ce soit du milieu demandeur ou receveur :

- Le chef de programme DPSMD valide auprès du psychiatre les motifs du refus et s'arrime avec son cochef médical;
- Le chef de programme DPSMD ou l'AIC/ASI avise le coordonnateur d'activités du refus et du maintien à l'urgence (augmentation du délai à admettre en CH psy);
- Les cochefs recherchent des solutions alternatives en fonction des éléments clinico-administratifs énumérés et facilite le congé de l'urgence;
- Le soir, la nuit, la fin de semaine et lors d'un férié, la démarche s'effectue entre coordonnateurs d'activités (J-S-N) et les psychiatres de garde des milieux respectifs.

Advenant une mésentente sur les solutions à appliquer, les cochefs escaladent la problématique à la coordonnatrice régionale des services hospitaliers en psychiatrie et au chef du département de psychiatrie :

- Selon l'évaluation des ressources disponibles sur le plan régional, en lien avec leurs responsabilités respectives, le chef du département de psychiatrie et la coordonnatrice régionale des services hospitaliers en psychiatrie déterminent et s'assurent de faire appliquer une orientation concertée quant au transfert de l'usager (R.DPsy a. 6.4; a. 10.4.2; a. 16);
- Le soir, la nuit, la fin de semaine ou lors d'un férié, se référer au directeur de garde DPSMD.

Toute problématique non résolue doit être escaladée au directeur adjoint DPSMD en semaine sur les heures ouvrables régulières, ou selon le calendrier du directeur de garde DPSMD pour le soir, la nuit et la fin de semaine. Le directeur de garde DPSMD s'arrime en cogestion avec un des médecins de la direction des services professionnels ou le DSP de garde en dehors des heures ouvrables et du directeur de garde du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Réévaluation régulière de l'application des corridors de transferts :

La situation doit être réévaluée de 24 heures en 24 heures si maintien de celui-ci;

Lors du retour au mode régulier, la directrice des services professionnels envoie une note aux médecins et aux gestionnaires des centres hospitaliers.



Michel Laroche
Directeur du programme de santé mentale et dépendance



Sylvain Bélanger
Directeur adjoint du programme de santé mentale et dépendance

ANNEXE 1 Contexte juridique du transfert forcé d'un usager

- L'usager a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel il désire recevoir des services de santé ou des services sociaux (article 6 LSSSS);
- **Ce droit n'est cependant pas absolu**, il doit s'exercer en tenant compte des ressources matérielles, financières et humaines dont dispose l'établissement ainsi que des dispositions législatives et réglementaires qui concernent son organisation et son fonctionnement (article 13 LSSSS);
- Le contexte actuel lié à la pandémie contraint les établissements à revoir l'organisation de ses services;
- Ces changements imposés par la situation font en sorte que les hôpitaux ne disposent plus des ressources matérielles et humaines nécessaires à la dispensation des soins requis par certains de ses usagers;
- Dans ce contexte, la décision de l'établissement de procéder au transfert de cette clientèle vers ces autres installations apparaît non seulement légitime, mais nécessaire et appropriée afin d'être en mesure de dispenser les soins requis;
- Il est important dans un premier temps de tenter d'obtenir le consentement de l'usager à son transfert, et ce en lui exposant les raisons le justifiant;
- Dans l'éventualité où il est impossible d'obtenir le consentement de l'usager (ou d'une personne pouvant légalement consentir s'il est inapte à consentir aux soins et qu'il n'oppose pas de refus catégorique), l'autorisation de la Cour supérieure sera alors nécessaire afin de pouvoir actualiser la décision de transfert.
- En cas de doute dans l'analyse de votre situation, vous pouvez facilement joindre un avocat du contentieux sur les heures de bureau en composant le 418-380-2820. 81132.
- Dès que vous constatez que votre situation nécessitera vraisemblablement un passage devant le tribunal il importe de contacter sans délai le contentieux afin que les démarches judiciaires puissent être enclenchées le plus rapidement possible.

Procédure à présenter en fonction de la position de l'utilisateur face au transfert		
	Usager <u>apte</u> à consentir aux soins	Usager <u>inapte</u> à consentir aux soins
L'utilisateur refuse le transfert et exige de rester à l'hôpital où il consulte pour y recevoir ses soins	<p>Demande d'autorisation de transfert</p> <p><u>Nous devons alors démontrer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'incapacité d'offrir les soins requis par la situation de la personne à HDL; La capacité pour l'installation qui va recevoir l'utilisateur de prodiguer des soins de qualité qui répondent aux besoins de l'utilisateur; Que le transfert peut s'effectuer en toute sécurité pour la santé de l'utilisateur. 	<p>Demande d'autorisation de soins</p> <p><u>Nous devons alors démontrer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Que l'utilisateur est inapte à consentir aux soins*; Qu'il refuse catégoriquement les soins; La nécessité des soins que l'on souhaite dispenser à l'utilisateur incluant l'hospitalisation dans l'installation que nous aurons ciblée pour le transfert.
L'utilisateur refuse le transfert et décide de quitter l'hôpital où il consulte sans recevoir les soins	<p>Nous devons respecter sa décision, mais avant nous devons impérativement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bien expliquer à l'utilisateur la nécessité de bénéficier des soins; Les risques qu'il encourt pour sa santé s'il quitte contre avis médical sans avoir reçu les soins; Lui expliquer que sa décision constitue un refus de soins et lui faire signer le document; Documenter dans le dossier chacun de ses éléments afin de pouvoir démontrer que nous avons accompagné au mieux dans la prise de décision. 	<p>Demande d'autorisation de soins</p> <p><u>Nous devons alors démontrer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Que l'utilisateur est inapte à consentir aux soins*; Qu'il refuse catégoriquement les soins*; La nécessité des soins que l'on souhaite dispenser à l'utilisateur incluant l'hospitalisation dans l'installation que nous aurons ciblée pour le transfert.

* Pour démontrer l'inaptitude de la personne à consentir aux soins, il faut que le professionnel réponde aux 5 questions suivantes :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?⁹ R.J.Q. 792 (C.A.)]- Est-ce que l'utilisateur comprend?

** Si la personne est inapte à consentir et qu'elle ne s'oppose pas catégoriquement au transfert, il importe alors d'obtenir un consentement substitué

1. auprès du mandataire, tuteur ou curateur

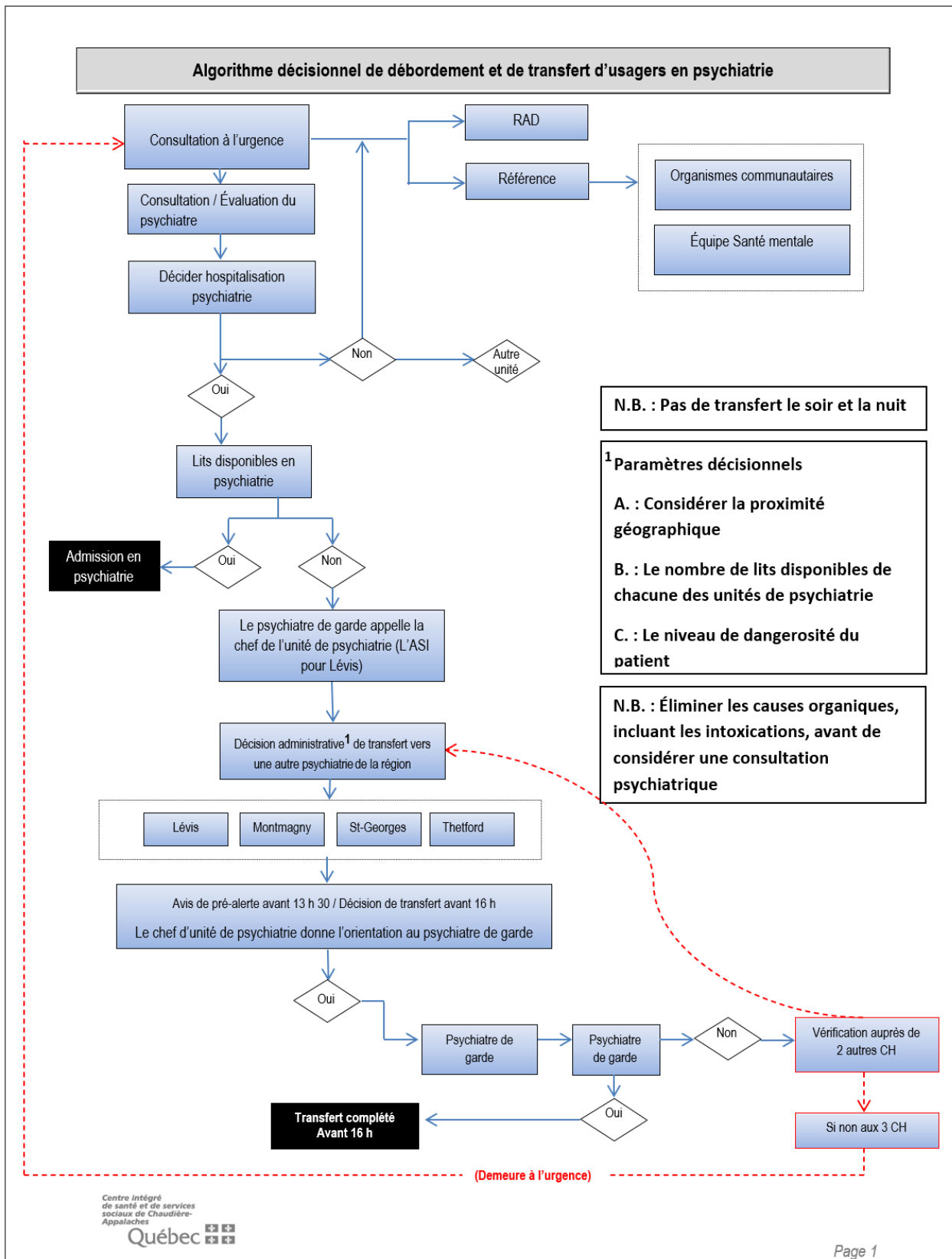
à défaut d'être ainsi représenté

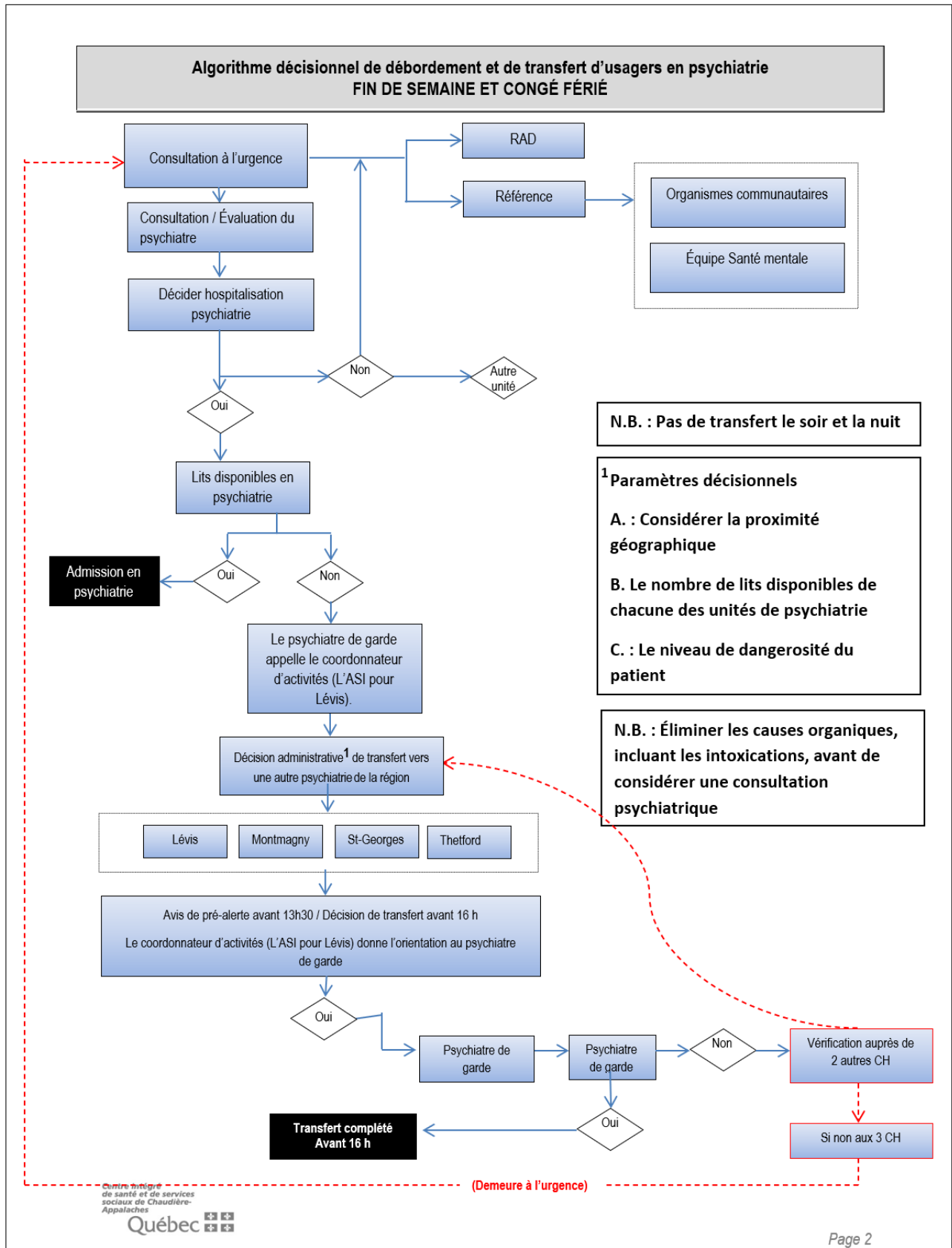
2. par le conjoint (marié ou non)

en cas d'empêchement de ce dernier

3. par un proche parent ou une personne qui démontre pour un intérêt particulier pour le majeur

Annexe 2





Procédure opérationnelle de débordement et de transfert d'un usager vers une autre unité de psychiatrie de la région (pour les psychiatres)

	La semaine (LMMJV)	La fin de semaine et jour férié
Psychiatre	Lors d'une demande d'hospitalisation, le psychiatre de garde contacte l'ASI. En l'absence de lit disponible, l'ASI contacte le chef de l'unité de psychiatrie. Après évaluation des milieux, le chef d'unité contacte le psychiatre de garde et indique vers quel centre hospitalier effectuer le transfert.	Lors d'une demande d'hospitalisation, le psychiatre de garde contacte l'ASI. En l'absence de lit disponible, l'ASI contacte le coordonnateur d'activités de garde. Après évaluation des milieux, le coordonnateur d'activités de garde contacte le psychiatre de garde et indique vers quel centre hospitalier effectuer le transfert.
	Le psychiatre de garde s'assure d'obtenir le consentement de l'usager à être transféré.	Le psychiatre de garde s'assure d'obtenir le consentement de l'usager à être transféré.
	À la suite de la décision de l'administration, le psychiatre de garde référent contacte le psychiatre de garde du centre hospitalier receveur où s'effectuera le transfert. Les psychiatres décident du transfert ou non selon les conditions médicales du patient. En cas de désaccord, les chefs de l'unité sont mis au courant et ils informent les chefs de service médical des deux sites.	À la suite de la décision de l'administration, le psychiatre de garde référent contacte le psychiatre de garde du centre hospitalier receveur où s'effectuera le transfert. Les psychiatres décident du transfert ou non selon les conditions médicales du patient. En cas de désaccord, les coordonnateurs d'activités de garde sont mis au courant et ils informent les chefs de service médical des deux sites.
	Si la demande de transfert est acceptée : Le psychiatre s'assure que les documents pertinents soient complétés : <ul style="list-style-type: none"> • Demande de consultation; • Notes médicales; • Toute évaluation complémentaire (p. ex. : bilan de laboratoire); • Document de garde préventive, s'il y a lieu. 	Si la demande de transfert est acceptée : Le psychiatre s'assure que les documents pertinents soient complétés : <ul style="list-style-type: none"> • Demande de consultation; • Notes médicales; • Toute évaluation complémentaire (p. ex. : bilan de laboratoire); • Document de garde préventive, s'il y a lieu.
	Le psychiatre de garde formule sa recommandation médicale quant au type de transport à l'ASI de l'urgence.	Le psychiatre de garde formule sa recommandation médicale quant au type de transport à l'ASI de l'urgence.
	L'ASI du centre hospitalier receveur avise l'ASI de la psychiatrie du transfert.	L'ASI du centre hospitalier receveur avise l'ASI de la psychiatrie du transfert.
Si la demande de transfert est refusée : Revenir à l'étape où le chef d'unité vérifie un autre centre hospitalier de la région pour évaluer la possibilité d'un transfert.	Si la demande de transfert est refusée : Revenir à l'étape où le coordonnateur d'activités de garde vérifie un autre centre hospitalier de la région pour évaluer la possibilité d'un transfert.	
Si aucun centre hospitalier de la région n'accepte le transfert, le patient restera en attente à l'urgence et le chef de département médical sera avisé par le coordonnateur des services hospitaliers.	Si aucun centre hospitalier de la région n'accepte le transfert, le patient restera en attente à l'urgence et le chef de département médical sera avisé par le coordonnateur d'activités.	

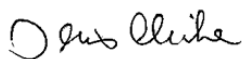
Procédure opérationnelle de transfert d'un usager vers une autre unité de psychiatrie de la région (pour le personnel infirmier)

	La semaine (LMMJV) La fin de semaine et jour férié
Personnel infirmier	L'ASI de l'urgence contacte l'admission du milieu d'accueil afin d'aviser de l'admission de l'usager.
	L'agente administrative de l'urgence télécopie les documents pour l'ouverture du dossier à l'admission du centre hospitalier ciblé pour le transfert.
	L'agente administrative de l'urgence photocopie les documents pertinents pour le transfert (évaluation psychiatrique, profil pharmacologique et autres).
	Les photocopies sont mises dans un sac de transport confidentiel et remis au transporteur par l'ASI de l'urgence.
	L'ASI de l'urgence (ou l'infirmier de liaison en psychiatrie à l'urgence) contacte l'ASI de la psychiatrie concernée pour convenir de l'heure du départ et transmet un rapport verbal de l'état du client. Si des contraintes surviennent, le contact doit être refait.
	L'ASI de l'urgence organise le transport selon les conditions cliniques et les recommandations déterminées par le psychiatre de garde.
	À son arrivée, l'usager est dirigé vers l'admission pour signature du consentement aux soins et du contrat relatif au choix de chambre.
	L'usager est accompagné par le transporteur et les accompagnateurs sur l'unité de psychiatrie.
	Dès qu'une place (un lit) se libère du milieu référent, les ASI évaluent et conviennent du transfert du client selon son état ainsi que la durée probable et restante de l'hospitalisation.
	Selon un horaire convenu entre eux, les ASI de chaque milieu s'informent de l'état du patient et des suivis.
	Lors du retour du patient dans le milieu d'origine, les ASI de chaque milieu conviennent du transfert. Le résumé de dossier suivra.
	Lors de la fin de l'hospitalisation, l'infirmière télécopie à la clinique externe de psychiatrie du territoire d'origine tous les documents relatifs (rapport sommaire) à l'hospitalisation lors du départ du client.
	Pour un suivi en clinique externe à la fin de son hospitalisation, avant son départ, il est remis à l'usager une date de rendez-vous ainsi que le nom du psychiatre qui assurera le suivi. Ceci également dans le cas où des services dans la communauté seront offerts.

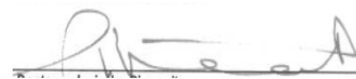
Signatures des principaux collaborateurs à la rédaction de cette procédure



Docteur Michel Wapler
Chef du Département de psychiatrie
CISSS de Chaudière-Appalaches



Docteur Denis Cliche
Chef du Service de psychiatrie
Hôpital de Saint-Georges



Docteur Jacinthe Pineault
Chef du Service de psychiatrie
Hôpital de Thetford Mines



Docteur Chantal Sabourin
Chef du Service de psychiatrie
Hôpital de Montmagny



Docteur Stéphane Roussel
Cochef du Service de psychiatrie adulte
Hôtel-Dieu de Lévis



Docteur Félix Carrier
Cochef du Service de psychiatrie adulte
Hôtel-Dieu de Lévis



François Giroux
Coordonnateur des soins et services hospitaliers
Direction du programme de santé mentale et dépendance

Date de mise à jour : 3 mars 2020