

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES POUR LA MISE EN
PLACE DES MÉCANISMES ATTENDUS POUR
L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES
VULNÉRABLES LORS DE L'APPLICATION DU
PROTOCOLE NATIONAL DE PRIORISATION POUR
L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES) EN
CONTEXTE EXTRÊME DE PANDÉMIE

Document déposé à :

D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

M. Daniel Desharnais, sous-ministre adjoint, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles (DGCRMAI)

M^{me} Chantal Maltais, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)

M^{me} Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS DE CE DOCUMENT.....	2
3	CONTEXTE.....	2
4	CLIENTÈLE CIBLÉE PAR LA MISE EN PLACE D’UN MÉCANISME D’ACCOMPAGNEMENT LORS DE L’ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE	4
5	RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	5
6	MÉCANISMES.....	6
6.1	RECHERCHER DES CONTACTS (PERSONNES PROCHES AIDANTES) ET DES INFORMATIONS SUR LE PATIENT	6
6.2	ACCOMPAGNER LE PATIENT VULNÉRABLE, SA PERSONNE PROCHE AIDANTE OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL LORS DE L’ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE	10
	ANNEXE – DIRECTIONS, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES CONSULTÉS	12

Rédaction des orientations

Direction générale adjointe des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience (MSSS)

Coordination :

Catherine Côté-Giguère, conseillère aux programmes
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Rédaction :

Catherine Côté-Giguère, conseillère aux programmes
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Christine Lanctôt, conseillère aux programmes
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Geneviève Poirier, directrice
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Raymond Massé, consultant externe
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Processus de consultation :

Ce document a bénéficié des commentaires de nombreuses personnes tout au long de sa rédaction. Les directions, établissements ou organismes qui ont été consultés sont présentés en annexe.

1 Introduction

Les protocoles de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) ont fait l'objet de mises à jour à l'automne 2020. Les orientations ministérielles inscrites dans ce document viennent appuyer la mise en place d'un mécanisme d'accompagnement tel qu'énoncé dans le protocole révisé du 2 novembre 2020 :

Les CISSS et les CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement sera offert en tout temps aux personnes vulnérables (ex. : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront. (p.14)

Les orientations proposées s'inscrivent dans la mise en place de cet **accompagnement** « pour les clientèles vulnérables » qui **sera offert sur demande** (il est possible qu'une personne ayant un profil vulnérable soit en mesure d'énoncer clairement ses besoins ou ses limites) **ou selon les besoins d'accompagnement identifiés** (ex. : si l'équipe soignante expérimente des difficultés dans ses échanges avec le patient, si le patient a besoin de soutien pour bien comprendre les informations, etc.) **au moment de l'évaluation clinique** initiale, telle que décrite dans le protocole¹.

**Ces orientations visent à décrire des mécanismes
qui devront s'arrimer aux structures déjà existantes.**

Ainsi, de façon complémentaire, un accompagnement psychosocial devra également être offert aux patients et à leur personne proche aidante² à tout moment, selon leurs besoins (ex. : communication des décisions de l'équipe de priorisation, pour l'admission ou l'annonce des résultats de priorisation), tel que souligné dans le protocole (*Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie*, p.14). Cet autre besoin d'accompagnement devra être répondu en fonction des protocoles habituels et déjà en place dans les établissements au sein des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) qui disposent d'une unité de soins intensifs (SI) ou des centres hospitaliers qui ne sont pas fusionnés.

¹ L'évaluation initiale correspond à l'utilisation du formulaire annexe C lors de la préparation de la priorisation. Pour une explication complète et clinique de cette évaluation, veuillez consulter le protocole de priorisation.

² « Une personne proche aidante désigne : Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. » (Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement, 2021)

2 Objectifs de ce document

- S'assurer de la mise en place d'un soutien adéquat à toute personne vulnérable, principalement si cette personne est seule et sans personne proche aidante, au moment de l'évaluation clinique prévue lors de l'application du protocole de priorisation d'accès aux soins intensifs (SI) afin que celle-ci soit représentative de sa probabilité de survie.
- Fournir des orientations ministérielles aux établissements. L'actualisation locale sera nécessaire.

3 Contexte

Ce document est complémentaire au protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie; il ne peut exister seul.

Il est nécessaire que tous les intervenants visés prennent connaissance du protocole dans son entièreté.

Afin de contextualiser les orientations du présent document, de nombreux passages sont empruntés au protocole : ce contenu est présenté en italique.

Rappels importants

- *Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. **Tous les patients seront soignés.** Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion.*

Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte. (p.16)

- Devant une situation d'urgence qui nécessite d'intervenir rapidement, l'actualisation ou l'absence d'actualisation du mécanisme d'accompagnement des clientèles vulnérables ne doit pas limiter leur accès aux soins, comme indiqué dans le Code civil du Québec³.

³ « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. » (Code civil du Québec (ccq-1991), article 13)

Nonobstant le contexte d'urgence, l'article 11 du Code civil du Québec précise également que : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Prémises

- Le protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) sera activé seulement en contexte extrême de pandémie, soit à l'atteinte de 200 % du niveau de saturation de la capacité provinciale de base des soins intensifs.
- *Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole*, notamment par l'utilisation du Centre d'optimisation - occupation des lits de soins intensifs (COOLSI) (p.10).

Le COOLSI est un centre de coordination des transferts de patients ayant besoin de soins intensifs ou de patients COVID-19 ayant besoin d'être admis dans un centre hospitalier (CH) désigné.

- L'application de ce protocole doit être connue de tous les établissements. Si le CH n'a pas d'unité de soins intensifs (USI), des transferts doivent être planifiés et seront coordonnés par le COOLSI.
- *Chaque établissement connaît le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec ses ressources (y compris les consommables), son personnel et ses espaces.*

[...]

Le MSSS avise les installations du réseau d'une saturation lorsque toutes les installations ne sont plus en mesure d'admettre un patient dans une unité de soins intensifs ou de soins avancés (intermédiaires ou de surcapacité). (p.19)

Préparation à la priorisation

Lorsque le réseau atteint son point de saturation (c'est-à-dire que toutes les installations sont saturées et en surcapacité à 150 %), le directeur des services professionnels (DSP), de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), informe les acteurs concernés afin qu'ils se préparent à mettre en œuvre la priorisation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie.

- A. Évaluer tous les patients qui reçoivent des soins intensifs en regard des diagnostics et paramètres cliniques (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs — annexe C).*
- B. Évaluer tous les patients en attente d'admission aux soins intensifs en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques (même formulaire).*
- C. Mobiliser l'équipe de priorisation afin qu'elle se prépare à intervenir lors du déclenchement de l'étape 1 de priorisation. (p.23)*

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. » (Code civil du Québec (ccq-1991), article 11)

Ainsi, tous les patients qui pourraient nécessiter des SI doivent être évalués : ceux qui sont déjà aux soins intensifs, de même que ceux qui sont à l'urgence et dans les unités de soins.

Une seule évaluation clinique faite par deux médecins

L'état clinique de tous les patients nécessitant des soins intensifs, incluant ceux qui en reçoivent déjà, est évalué selon les diagnostics et paramètres cliniques énumérés, pour chacune des trois étapes, dans le Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes. Le médecin traitant évalue, un second contre-vérifie et tous deux signent le formulaire et l'envoient à l'équipe de priorisation. Les formulaires d'évaluation doivent être conservés dans le dossier du patient (avec le formulaire NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de priorisation pour référence. (p.13)

Il est prévu que les diagnostics et paramètres cliniques, une fois connus, ne changent généralement pas pendant le séjour du patient (à l'exception du score ProVent, évalué à 21 jours de séjour en soins intensifs). Les diagnostics et paramètres cliniques pour les trois étapes de priorisation doivent être complétés lors de l'évaluation initiale. (p.38)

Ensuite, si nécessaire, c'est l'équipe de priorisation qui prendra connaissance des évaluations, en fonction du niveau de priorisation en vigueur.

Si l'état du patient change, un nouveau formulaire devra être rempli et envoyé à l'équipe de priorisation.

4 Clientèle ciblée par la mise en place d'un mécanisme d'accompagnement lors de l'évaluation clinique initiale

Toute personne vulnérable pourra bénéficier d'un accompagnement lors de son évaluation clinique initiale.

Ces orientations pour assurer un accompagnement adéquat visent donc de façon plus spécifique, mais non exclusive, toute personne qui présenterait une détresse psychosociale ou psychologique, une difficulté ou une incapacité à s'exprimer, à comprendre ou à se faire comprendre, une perte d'autonomie cognitive ou des incapacités cognitives, ou une perte d'autonomie fonctionnelle.

Également, tout patient qui en ferait la demande ou dont la personne proche aidante en ferait la demande, ainsi que toute personne pour laquelle l'équipe soignante identifierait un besoin d'accompagnement devront avoir accès à un accompagnement lors de l'évaluation clinique initiale.

5 Rôles et responsabilités

Le mécanisme d'accompagnement pour les personnes vulnérables fait partie des attentes inscrites dans le protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie. Il repose sur l'assignation des ressources humaines nécessaires à sa mise en place.

- Le président-directeur général (PDG) ou le directeur général de l'établissement (DG), en collaboration avec le DSP, selon le cas, doit :
 - s'assurer que l'ensemble des dispositions prévues dans le protocole *Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie* soient mises en place. Par exemple : désignation du comité central de priorisation, désignation et formation des ressources chargées de réaliser l'évaluation du patient en utilisant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*, etc.;
 - désigner un gestionnaire responsable de la mise en œuvre du mécanisme d'accompagnement au sein de l'établissement;
 - aviser le gestionnaire responsable lorsque l'établissement atteint le palier critique de saturation à 150 %, ce qui déclenche la préparation à la priorisation ainsi que l'actualisation du mécanisme d'accompagnement pour les clientèles vulnérables.

- Le gestionnaire responsable du mécanisme d'accompagnement doit s'assurer de la disponibilité de l'accompagnement lors de l'évaluation clinique initiale, tel que défini dans le protocole de priorisation. Pour ce faire, il doit :
 - siéger au sein du comité central de priorisation de l'établissement;
 - s'approprier le contenu du protocole de priorisation;
 - impliquer, lorsque possible, des partenaires dans le développement et la mise en place du mécanisme d'accompagnement, tels que des membres des comités des usagers, afin de coconstruire ces mesures;
 - mettre en place des mesures pour que les patients de l'établissement soient informés du mécanisme d'accompagnement;
 - définir une procédure claire à utiliser lorsqu'un besoin d'accompagnement est signalé, incluant la planification de voies d'accès aux différents systèmes d'information clientèle de l'établissement (personnes-ressources) et de collaboration (mise sur pied d'un canal de communication) avec l'équipe clinique.
 - s'assurer que les équipes de soins concernées soient au courant de la procédure à suivre pour demander de l'accompagnement pour un patient;
 - mettre sur pied une équipe d'intervenants psychosociaux-répondants afin de maintenir une couverture complète (24/7) et suffisante pour répondre aux

- besoins d'accompagnement de la clientèle vulnérable au moment de l'évaluation clinique, lorsque le protocole de priorisation est mis sous tension;
- s'assurer que les intervenants psychosociaux-répondants s'approprient le protocole, qu'ils bénéficient de l'encadrement requis dans le contexte de l'application du protocole de priorisation;
 - s'assurer que les intervenants psychosociaux-répondants soient formés adéquatement pour accompagner la clientèle vulnérable et les personnes proches aidantes dans le cadre de l'évaluation clinique.
- Chaque intervenant psychosocial-répondant doit :
 - être disponible sur place pour accompagner la personne vulnérable identifiée et sa personne proche aidante, le cas échéant;
 - être en mesure de rendre accessibles les informations et d'agir comme intermédiaire, si nécessaire, entre le patient, sa personne proche aidante et le personnel soignant;
 - favoriser, si possible, l'assignation d'un intervenant psychosocial qui connaît déjà le patient.

6 Mécanismes

Dans le cadre de la mise en place du mécanisme d'accompagnement des personnes vulnérables, différentes étapes doivent être actualisées. Le gestionnaire responsable du mécanisme doit s'assurer que son établissement mette en place des mesures qui permettront d'assurer une réponse ajustée aux besoins suivants :

1. Rechercher des contacts et des informations sur le patient;
2. Accompagner le patient vulnérable, sa personne proche aidante ou son représentant légal lors de l'évaluation clinique initiale.

6.1 Rechercher des contacts (personnes proches aidantes) et des informations sur le patient

Objectifs :

- Identifier une personne proche aidante qui pourra accompagner le patient lors de l'évaluation clinique initiale;
- S'assurer que le personnel soignant dispose d'informations pertinentes pour l'évaluation clinique initiale.

Il est important de rappeler que, dans le *formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs*, le premier élément consigné concerne le niveau d'intervention médicale établi par le médecin et le patient. Ces vérifications devront être faites pour tous les patients soumis à l'évaluation clinique initiale.

Différentes sources peuvent et doivent être considérées pour obtenir des informations concernant le patient vulnérable et pour contacter sa personne proche aidante ou son représentant légal.

- Si le patient est déjà accompagné de sa personne proche aidante ou de son représentant légal lors de son arrivée à l'urgence, celui-ci pourra fournir des informations à son sujet et l'accompagner lors de l'évaluation clinique initiale.

<p>Présence d'une personne proche aidante⁴</p>	<p>Si la personne est accompagnée par une personne proche aidante ou un responsable de la ressource d'hébergement (ex. : ressources intermédiaires et de type familial [RI-RTF]), cette dernière sera très certainement une bonne source d'information concernant le patient et pourrait lui fournir présence et accompagnement lors de l'évaluation.</p> <p>À noter que si la personne provient d'une résidence à assistance continue (RAC) ou d'autres milieux, il est possible que l'intervenant qui l'accompagne à l'urgence « transfère » la responsabilité d'accompagnement à l'établissement après l'admission du patient. Donc, l'équipe soignante de l'urgence devra s'assurer que le relais soit effectué, selon la situation en cours et la disponibilité des ressources, par l'équipe psychosociale habituelle, par un intervenant psychosocial-répondant lié à l'application du mécanisme ou encore par la personne proche aidante du patient.</p> <p>De son côté, l'intervenant devra s'assurer de relayer l'information à son supérieur afin que l'équipe du milieu de vie demeure en lien avec l'unité de soins.</p> <p>La présence de l'intervenant ne se substitue pas nécessairement à celle d'une personne proche aidante. Par exemple, si le patient n'est pas en mesure de fournir lui-même des informations sur son historique médical ou le niveau de soins établi, il faudra tout de même que l'établissement consulte et intègre dans les échanges sa personne proche aidante ou son représentant légal.</p> <p>Il faut valider « qui » est la meilleure personne pour accompagner le patient. S'il est en mesure de le faire, le patient peut décider qui est la meilleure personne pour l'accompagner.</p>
---	--

- Si le patient arrive seul à l'urgence, une recherche d'informations sera nécessaire, quelques sources principales sont à considérer, mais toute source qui permettrait d'obtenir des informations pertinentes doit être utilisée.

⁴ Pour plus de détails, veuillez [consulter](#) les directives pour la venue des personnes proches aidantes ou visiteurs en centre hospitalier.

Bases de données de l'établissement	<p>La consultation des différents systèmes d'information de la clientèle permettra de savoir si cette personne utilise déjà les soins et services de l'établissement. Ces vérifications devraient permettre d'identifier une personne proche aidante.</p> <p>Cette démarche, si elle est pertinente ou nécessaire, permettra même d'identifier son intervenant pivot, ou sinon les intervenants les plus récents au dossier, et de les contacter au besoin.</p>
-------------------------------------	---

Curateur public	<p>La vérification auprès du Curateur public indiquera si la personne se trouve sous un régime de protection et si des personnes proches aidantes sont inscrites dans son dossier.</p> <p>À noter qu'il est peu probable que le Curateur connaisse précisément le patient, mais il peut néanmoins être une source d'information importante. Il doit être informé de la situation en cours.</p> <p>Si la personne est connue du Curateur, le bureau du consentement devrait connaître ses volontés concernant son niveau de soins. S'il s'agit d'une personne majeure inapte non représentée, le bureau du consentement pourrait répondre pour ce patient.</p> <p>*Attention, il ne faut pas confondre inaptitude et capacité de consentement aux soins :</p> <p><i>« Une personne inapte à prendre soin d'elle-même ou de ses affaires demeure néanmoins un citoyen à part entière, inviolable et qui a droit à son intégrité. Elle conserve donc ses droits civils, mais l'exercice en revient à son représentant, qu'il soit tuteur, curateur ou mandataire, lorsqu'elle est placée sous mesure légale de protection. »⁵</i></p> <p><i>« Toute personne, même sous régime de protection ou dont le mandat est homologué, est présumée apte à consentir à ses soins. Le professionnel qui donne le soin doit vérifier la capacité de la personne à consentir, chaque fois qu'un soin est proposé »⁶.</i></p> <p><i>« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil. »⁷</i></p>
-----------------	--

⁵ Site web du Curateur public, 2002

⁶ [Le Curateur public du Québec et le consentement aux soins](#)

⁷ [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (chapitre S-4.2), partie 1, article 9

	<p>De plus, peu importe le régime de protection de la personne inapte (curatelle, tutelle, conseiller au majeur, mandat de protection homologué), il sera nécessaire de s'assurer que son représentant légal soit informé de la situation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction médicale et de consentement aux soins : 1 800 363-9020 (en tout temps) ▪ Registres des régimes de protection : https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/reseau-sante/index.html
--	--

<p>Registre des directives médicales anticipées</p>	<p>La consultation de ce registre, géré par la RAMQ, permettra de connaître les directives du patient qui pourraient s'appliquer pour certains soins spécifiques en cas d'inaptitude, dans certains contextes cliniques particuliers.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informations disponibles pour les établissements à partir de l'accès aux services en ligne de la RAMQ
---	---

- Si le patient était déjà hospitalisé, mais qu'il doit être évalué pour un transfert aux soins intensifs, il faudra s'assurer qu'il puisse bénéficier d'un accompagnement, le cas échéant, et que la recherche d'informations et de contacts aura été effectuée au préalable.

Exemples de bonnes pratiques pour obtenir des informations concernant un patient vulnérable

- Lorsqu'un usager doit être hospitalisé, notamment s'il présente un trouble grave du comportement, certaines RAC préparent un répertoire que l'usager apporte avec lui (pochette santé). Ce cahier contient de nombreuses informations pertinentes (médication, habitudes, sensibilités, etc.) qui seront utiles pour l'équipe soignante. En fait, si la personne hospitalisée provient d'un milieu de vie en établissement ou d'une RI-RTF, elle aura un dossier clinique qui contiendra ces informations.
- Dans les directives de prévention du déconditionnement en vigueur actuellement pour les clientèles âgées ainsi que les personnes ayant une déficience, un trouble du spectre de l'autisme ou ayant besoin de réadaptation, un suivi doit être assuré auprès des usagers connus afin de maintenir un niveau de services adéquat en fonction de leurs besoins. Lors de ces vérifications, il serait important de s'assurer que les informations des personnes proches aidantes inscrites au dossier soient à jour.
- Pour les régions dont les patients doivent être transférés dans d'autres établissements pour bénéficier de soins intensifs, en cohérence avec les protocoles déjà en place, il faut prévoir des modalités avec l'équipe de liaison pour favoriser la transmission d'informations spécifiques aux patients, en incluant des liens avec les personnes proches aidantes.

6.2 Accompagner le patient vulnérable, sa personne proche aidante ou son représentant légal lors de l'évaluation clinique initiale

Objectif :

— S'assurer qu'un patient qui a besoin d'être accompagné lors de l'évaluation clinique initiale ne soit pas seul afin que cette évaluation repose sur un maximum d'informations pertinentes.

- Si le patient est seul, les démarches de recherche (voir point précédent) visent à s'assurer qu'une personne proche aidante soit présente le plus rapidement possible auprès de lui pour l'accompagner, le rassurer et fournir le consentement aux soins, le cas échéant.
- Si le patient est (toujours) seul, le personnel soignant devra demander l'appui d'un intervenant psychosocial-répondant lors de l'évaluation médicale dans le cadre du protocole. Le patient pourra ensuite déterminer s'il souhaite bénéficier ou non de cet accompagnement. À tout moment, le patient pourrait changer d'idée concernant l'accompagnement. Le personnel soignant devra s'assurer de revalider cette décision auprès du patient.
- Même si le patient dispose de la présence d'une personne proche aidante ou du soutien du responsable de son milieu de vie, il est possible qu'il demande également d'être accompagné lors de l'évaluation initiale. Dans ce contexte, l'accompagnement devra être offert. Au même titre, il est envisageable qu'un patient seul, qui pourrait être considéré comme vulnérable, refuse l'accompagnement.
- Il est important que l'équipe d'intervenants psychosociaux — répondants soit en mesure d'accompagner différents profils de clientèle, en tenant compte des besoins spécifiques (ex. : recours à une langue des signes [LSQ, ASL ou LSQT], recours à un interprète pour les personnes allophones, Premières Nations et Inuits, clientèle non-verbale utilisant des pictogrammes). De plus, il faut se rappeler que le contexte peut être déstabilisant et anxiogène pour les patients (milieu inconnu, perte de repères, maladie, etc.).
- L'adaptabilité des intervenants psychosociaux — répondants est essentielle, mais la formation l'est également. L'établissement devra s'assurer que les intervenants psychosociaux-répondants bénéficient de l'encadrement et de la formation appropriée dans le contexte de l'application du protocole de priorisation (responsabilités, attentes, etc.).
- Le gestionnaire responsable de l'équipe d'intervenants psychosociaux-répondants devra anticiper les besoins particuliers qui pourraient subvenir et identifier les ressources qui pourront y répondre (disponibilité de masques à fenêtre, interprètes, matériel favorisant le réconfort et la sécurisation, etc.).
- La structure de l'équipe des intervenants psychosociaux-répondants devra être déterminée par l'établissement et actualisée localement, selon son fonctionnement, les structures préexistantes et les ressources disponibles :

- Cette équipe pourra être centralisée ou structurée selon les programmes-services ou les spécialités;
- Elle pourra, ou non, se greffer à des équipes d'intervention déjà présentes dans l'établissement (équipe de liaison, équipe de soutien psychosocial, etc.) selon la capacité et la disponibilité de ces ressources;
- Le profil des intervenants psychosociaux-répondants sera à la discrétion des établissements. Le gestionnaire responsable du mécanisme devra s'assurer que les personnes identifiées disposent des outils nécessaires pour remplir ce rôle;
- Des intervenants psychosociaux-répondants devront être disponibles en tout temps et en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

Exemples de bonnes pratiques pour accompagner le patient vulnérable lors de l'évaluation clinique initiale

- Avant même la diffusion de la deuxième version du protocole de priorisation, certains hôpitaux ont déjà mis sur pied un service de garde psychosociale spécialement développé pour la COVID. Ce service dispose déjà de ressources, principalement des travailleurs sociaux, disponibles en tout temps pour fournir un accompagnement psychosocial.
- Avoir un directeur ou chef de service de garde (24/7) pour les clientèles vulnérables ou favoriser l'utilisation du coordonnateur de soins (accès facilité aux bases de données).
- Offrir une continuité dans l'accompagnement : L'hospitalisation représente un contexte étranger pour la plupart des personnes, encore plus lorsqu'il s'agit des soins intensifs, en situation extrême de pandémie. Il est essentiel que les établissements planifient la prise en charge des autres besoins d'accompagnement du patient et de ses personnes proches aidantes qui découleront de l'hospitalisation et de l'application du protocole de priorisation. À cette fin, l'équipe de liaison de l'établissement devra être sollicitée pour assurer une transition fluide de l'accompagnement.
 - Pour les clientèles vulnérables qui ont une équipe clinique connue, prévoir un transfert d'accompagnement auprès de celle-ci.
 - Des suggestions de stratégie d'accompagnement sont déjà ébauchées dans le protocole de priorisation, les établissements sont invités à s'y référer afin de poursuivre le soutien psychosocial des patients et de leurs personnes proches aidantes (pages 36 et 37).

Annexe – Directions, établissements et organismes consultés

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité national de priorisation pour l'accès à un lit de soins intensifs

Direction de la coordination réseau

Direction de l'éthique et de la qualité

Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familiales

Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale – volet adultes

Direction générale adjointe des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience

Direction nationale des soins et services infirmiers

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

Secrétariat général, communications et affaires juridiques

Établissements

Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval

Centre intégré de santé et de service sociaux de Lanaudière

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

Centre intégré de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de Sherbrooke

Représentants de la Table nationale de coordination des services en dépendance, santé mentale et itinérance (TNCSMDI)

Collège des médecins du Québec

Associations nationales des organismes en DP-DI-TSA

Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH)

Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)

Fédération québécoise de l'autisme (FQA)

Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI)