

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les gestionnaires de lits

Ce plan propose une stratégie claire et cohérente pour gérer les situations de surcapacité, en veillant à ce que les services critiques, tels que les **urgences**, le **bloc opératoire** et les **soins intensifs** puissent remplir leur mission. L'inclusion de protocoles détaillés vise à **rationaliser les soins aux patients** et à **renforcer la collaboration interdépartementale** en présentant les mécanismes de communication nécessaires à une mobilisation adéquate. Les principaux objectifs de ce plan sont :

- **Décongestionner les urgences**
 - Mettre en place des mesures pour réduire la durée de séjour des patients aux urgences.
 - Éliminer ou minimiser les obstacles aux trajectoires optimales des patients en prenant des décisions d'orientation en temps utile.
 - Accélérer la sortie ou le transfert des patients des urgences vers les unités d'hospitalisation.
- **Préserver la fonctionnalité des blocs opératoires**
 - Garantir que les interventions chirurgicales et les urgences se déroulent sans retard et minimiser les annulations dues au manque de lits.

Les déclencheurs du plan (un déclencheur suffit pour activer le plan)

1) Durant les premiers 6 mois de mise en service

Seuils d'occupation des urgences	Séjours prolongés aux urgences	Capacité chirurgicale	Capacité en médecine
- Glen : 170 % - HGM : 150 % - HL : 120 %	Cinq patients aux urgences depuis plus de 48 heures en attente d'admission selon l'algorithme d'admission, sans congé prévu dans les 6 heures suivantes.	Plus de deux chirurgies risquant d'être annulées en raison d'un manque de lits chirurgicaux ou au PACU. Chirurgie urgente : une salle d'opération est disponible, mais il est impossible de procéder en raison d'un manque de lits chirurgicaux ou en PACU.	Nombre de patients en médecine (toutes spécialités médicales) dans les urgences en attente d'admission est supérieur à : <ul style="list-style-type: none"> • 20 Glen • 12 HGM • 4 HL <i>Excluant les patients avec des congés imminents.</i>

2) Après 6 mois de mise en service

Seuils d'occupation des urgences	Séjours prolongés aux urgences	Capacité chirurgicale	Capacité en médecine
- Glen : 150 % . - HGM : 130 % . - HL : 110 % .	Aucun patient à l'urgence en attente d'admission depuis plus de 48 h selon l'algorithme d'admission, sans congé prévu dans les 6 h suivantes.	Une salle d'opération est disponible mais ne peut pas fonctionner en raison d'un manque de lits chirurgicaux ou au PACU.	Nombre de patients en médecine (toutes spécialités médicales) dans les urgences en attente d'admission est supérieur à :

		Chirurgie urgente : une salle d'opération est disponible mais il est impossible de procéder en raison d'un manque de lits chirurgicaux ou en PACU.	<ul style="list-style-type: none"> • 16 Glen • 10 HGM • 4 HL <p><i>Excluant les patients avec des congés imminents.</i></p>
--	--	--	--

**Les déclencheurs mentionnés en 2) seront révisés 4 mois après la mise en service, avant de remplacer ceux listés en 1).*

Les phases du plan

Phase 1 : Optimisation de la capacité

- Le coordinateur du flux des patients peut déclencher cette phase afin d'éviter l'escalade des mesures :
 - lors de la réunion matinale quotidienne de gestion des lits avec toutes les unités
 - ou plus tard, tel que jugé approprié.
- Cela implique :
 - A) Pour les unités d'hospitalisation :
 - Finaliser/confirmer les congés connus (objectif : **1 h**).
 - Identifier les congés potentiels avec un objectif de sortie **5 h** plus tard.
 - Les unités doivent contacter les gestionnaires de lits/CSI pour signaler les congés et les congés potentiels dans un délai de **60 min** et les congés effectifs **au fur et à mesure** qu'ils se produisent.
 - B) Aux urgences :
 - Confirmer les admissions pour les services où des lits sont disponibles et les congés potentiels (objectif : **1 h**).
 - Finaliser les consultations **menant à un congé** (objectif : **1,5 h**). (Cela peut varier selon le volume de consultations.)
 - Identifier et prioriser les tests permettant une sortie pour les patients sur civière (objectif : **1 h**).

Exemple : si la phase 1 est activée à la fin de la gestion des lits (9:00), alors les unités signalent les congés et les congés potentiels avant 10:00; les chambres des patients sortis sont libérées au plus tard à 10:30, les congés potentiels sont confirmés (ou non) et la chambre est libérée avant 14:00.

Phase 2 : Surcapacité initiale (annonce générale)

- Le coordinateur du flux des patients (gestionnaire des lits ou CSI) déclenche cette phase via l'intercom :
 - **90 min** après l'activation de la Phase 1, si les actions de la Phase 1 ne permettent pas de résoudre le problème.
 - **plus tôt**, si un des déclencheurs reste actif alors que les processus de la Phase 1 ont été mis en œuvre. Ces mesures sont appliquées tout en poursuivant simultanément celles de la Phase 1.
- Cela implique :
 - A) Pour les unités d'hospitalisation :
 - Confirmer les « congés provisoires » (objectif : **1 h**) (c.-à-d. congé possible ou pas – congé à 14:00).

- Utiliser les espaces de transit (corridors pour les patients en attente de transport ou patients des urgences/ PACU en attente du nettoyage d'une chambre). Si les corridors sont utilisés, respecter les critères d'espace non traditionnel et s'adapter selon les besoins spécifiques des patients.
- Réorganiser les unités pour une utilisation optimale des ressources.

B) Aux urgences :

- Finaliser toutes les tâches de la Phase 1 et poursuivre les mesures de priorisation.
- Prioriser l'évaluation des nouveaux patients sur civière.
- Réorienter les patients vers d'autres ressources autant que possible.
- Planifier le retour à domicile après une procédure, sans retour aux urgences, si approprié.

Phase 3 : Surcapacité

- Les mesures des Phases 1 et 2 se poursuivent.
- Déclenché environ **2,5 à 3 heures après** l'activation du code de surcapacité durant la journée (le protocole hors heures régulières s'applique **après 17:00**).
- Le coordinateur du flux des patients (ou le CSI) ne fera pas d'appels supplémentaires via l'intercom mais communiquera directement avec les secteurs concernés.
- Tous les lits de surcapacité doivent être occupés (voir annexe), et les patients excédentaires sont répartis de manière aussi équitable que possible entre les services. Si aucun algorithme spécifique n'est mentionné dans l'annexe, l'unité utilise ses propres lits de surcapacité (médecine et chirurgie sur les deux sites; psychiatrie à l'HGM et Lachine). Les unités de formation en médecine interne (CTU) sont limitées à 24 patients chacune.
- L'utilisation hors service des lits chirurgicaux doit respecter l'annexe 1 (utilisation maximale prévue de **24 heures**, ou **48 heures** les vendredis et samedis).
- Si la situation nécessite un élargissement des critères d'admission, il faut soit demander une réunion supplémentaire de gestion des lits, soit escalader la situation aux ADON (directeur administratif de garde), au chef de chirurgie et/ou au chef de médecine (ou leur délégué) afin de superviser et d'assurer une allocation efficace des lits.
- Réévaluer les demandes de transport et coordonner avec l'unité de soins, si possible.
- Les patients des urgences opérés le jour même et qui sont dans un état stable doivent être dirigés vers la zone SDA.
- Activation possible de la réorientation obligatoire (DMSP/DG).

Phase 4 : Expansion de la surcapacité

- **Cette phase est déclenchée par le DMSP ou le directeur adjoint des services médicaux et professionnels – fluidité (ADMSP-fluidité)** lorsque la Phase 3 n'a pas résolu la situation, sur recommandation des directeurs cliniques.
- Poursuite des mesures des phases précédentes.
- Mesures exceptionnelles à discuter.

Consultez le [Plan de surcapacité](#) dans son intégralité.

Pour toute question ou commentaire, veuillez écrire à : dps.admin@muhc.mcgill.ca