

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour la Radiologie

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 (ICU)** puissent accomplir leurs missions. L'inclusion de protocoles détaillés vise à **simplifier la trajectoire de soins aux patients** et à **renforcer la collaboration interservices** en présentant les mécanismes de communication nécessaires à une mobilisation adéquate. Les principaux objectifs de ce plan sont :

- **Désengorger les urgences**
 - Mettre en œuvre des mesures pour réduire la durée de séjour des patients aux urgences.
 - Éliminer ou minimiser les obstacles aux trajectoires optimales des patients en établissant des décisions d'orientation rapides.
 - Accélérer les sorties ou les transferts des patients des urgences vers les unités d'hospitalisation.
- **Préserver la fluidité du bloc opératoire**
 - Veiller à ce que les programmes chirurgicaux se déroulent sans retard et minimiser les annulations dues à une pénurie 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 en salle de réveil ou de lits chirurgicaux disponibles. Chirurgie urgente : une salle d'opération est disponible, mais il est impossible de procéder 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 : • 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 heures selon l'algorithme d'admission, sans congé prévu dans les 6 heures suivantes.	Une salle d'opération est disponible mais ne peut pas fonctionner en raison d'un manque de lits en salle de réveil ou en unité de soins chirurgicaux. Chirurgie d'urgence : une salle d'opération est disponible, mais il est impossible de procéder 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 : • 16 Glen • 10 HGM • 4 HL Excluant les patients avec des congés imminents.

*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

- Patients admis – l'AIC (assistante infirmière-chef) ou l'infirmière responsable ou déléguée contacte les spécialistes, les services multidisciplinaires, la Radiologie et les laboratoires pour prioriser l'évaluation des patients dont le congé est prévu (congé à **10:00**).
- Urgence – l'infirmière responsable et les médecins doivent identifier et accélérer les examens radiologiques : réaliser les diagnostics urgents dans les **60 mins** pour les patients en attente, si cela impacte l'occupation des civières (**probabilité de sortie ou d'admission dans un lit disponible**).

Phase 2 : Surcapacité initiale

- Patients admis : prioriser les patients dont le congé peut être actualisé le jour même et générer les rapports d'imagerie en CT, échographie et IRM rapidement (ces patients/examens seront spécifiquement identifiés).
- Urgence : idem.
- Radiologie interventionnelle : les patients **qui auront leur congé dès que la procédure est complétée** peuvent attendre en radiologie interventionnelle et y obtenir leur congé sans retour à l'urgence – ces patients seront spécifiquement identifiés par l'urgence).

Phases 3 et 4 :

- Les mesures des phases 1 et 2 se poursuivent.

Protocole en dehors des heures (avant ou après l'activation d'un Code de Surcapacité

- Viser à produire une opinion préliminaire en **30 mins** après l'examen pour les patients qui auront **probablement congé ou iront au bloc opératoire** (ces examens seront identifiés par l'équipe de l'urgence).

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

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