

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les urgences, l'imagerie et la psychiatrie à l'HGM et HRV

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 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 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. 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 : • 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 opérations régulières en journée (incluant les weekends et jours fériés)

- Le médecin traitant et l'infirmière répartitrice, l'infirmière praticienne, ou l'infirmière responsable effectuent **quotidiennement** une révision systématique des patients en attente d'admission.
- Les patients en attente depuis **plus de 36 heures** à l'urgence doivent être transférés en priorité vers des lits disponibles.
- Les patients chirurgicaux ne doivent pas attendre à l'urgence pour l'accès au bloc opératoire. Ils doivent avoir priorité sur les admissions chirurgicales non planifiées. Ces patients doivent être transférés dans :
 - un lit chirurgical régulier disponible
 - un lit ERAS (MGH)
 - un lit en surnombre dans une unité chirurgicale.

Les phases du plan

Phase 1 : Optimisation de la capacité

- **Services d'admission** : Confirmer les décisions d'admission ou de congé dans un délai d'une heure¹.
- **L'infirmier responsable et les médecins doivent** :
 - Identifier et accélérer les tests de radiologie et de laboratoire, ainsi que l'administration de médicaments ou autres interventions nécessaires permettant de donner congé
 - Compléter les tests diagnostiques urgents dans les **60 minutes** pour les patients en attente, si cela a un impact sur la décision (congé ou admission dans un lit disponible).

¹Il est entendu qu'en fonction du volume de cas, cela peut prendre plus de temps (généralement cela serait fait avant 10:00).

- **Cibler un délai d'une heure pour compléter les consultations** : Le coordonnateur de l'unité et le médecin responsable principal de chaque zone des urgences doivent identifier les patients en attente de la finalisation d'une consultation **permettant leur congé ou leur admission dans un lit disponible**; ces patients sont traités en priorité. (Le délai d'une heure peut être ajusté en fonction du volume de consultations).

- **Le médecin traitant** doit accélérer les congés : les patients n'ayant pas besoin d'hospitalisation doivent être prioritaires pour le congé afin de libérer des lits à l'urgence.
- **Le médecin responsable principal** doit identifier les procédures (par exemple, radiologie interventionnelle, endoscopie) susceptibles de mener à un congé et les coordonner avec les services concernés.
- **Le médecin responsable principal** veille à ce que la procédure de consultation habituelle soit respectée:
 - Limiter les consultations aux urgences à une seule par service, par patient.
 - Consulter directement les sous-spécialités non hospitalisantes pour les patients susceptibles d'obtenir un congé.
 - Revoir les consultations en attente pour s'assurer qu'elles sont toujours pertinentes.

Phase 2 : Surcapacité initiale (annonce générale)

- Les mesures de la Phase 2 sont mises en place tout en poursuivant simultanément celles de la Phase 1.
- Finaliser rapidement les consultations : compléter les consultations dans un délai d'**une heure** pour les patients pouvant nécessiter une chirurgie ou un lit disponible.
- Le médecin responsable principal, l'infirmière en charge de l'urgence ou la « répartitrice » organise la prise en charge des cas non urgents par les cliniques externes, l'hôpital de jour ou des rendez-vous de suivi planifiés.
- Déplacer les patients en attente d'une procédure vers les zones appropriées pour un congé direct après la procédure.

Phase 3 : Surcapacité (convoquer une 2e réunion de gestion des lits)

- Les mesures des phases 1 et 2 se poursuivent.
- Déplacement des patients préopératoires : Transférer les patients **stables** en attente d'une chirurgie le jour même (depuis l'urgence) vers la zone d'admission le jour même (SDA)
- Activer la directive de réorientation obligatoire pour les patients de l'urgence (DMSP).

Phase 4 : Expansion de la surcapacité

Le DMSP ou le directeur adjoint des services médicaux et professionnels – fluidité (ADMSP – fluidité) peut déclencher cette phase si la phase 3 n'a pas permis de résoudre la situation, et ce, sur recommandation des directeurs cliniques.

Protocole en dehors des heures ouvrables (avant ou après l'activation d'un code de surcapacité)

- Pas d'annonce intercom : coordonner avec le CSI.
- Généralement, attendre **3 heures**, pour éviter l'activation durant un pic temporaire. Le code peut être activé plus tôt selon les circonstances.
 - HRV : urgences à **180 %** pendant 3 heures
 - HGM : urgences à **160 %** pendant 3 heures
- **Médecins** : Prioriser les congés, ensuite les patients sur civière en attente d'examen.
- **Infirmier en charge** : Prioriser tous les tests et traitements permettant de finaliser les congés.
- **Médecins traitants** : Tout patient devant être examiné par un spécialiste le matin doit être évalué pour un éventuel retour le matin.
- **Radiologues et résidents en radiologie** :
 - Les rapports de radiologie pour les examens déjà réalisés sur les CT / IRM et échographies déjà réalisés (TDM/IRM et échographie) doivent être complétés dans un délai de **30 minutes** (si ceci permet le congé – l'urgence identifie ces patients directement).

- **Avant 22:00** : Tous les patients dont la consultation pourrait mener à un congé ce soir-là doivent être évalués ou avoir un rendez-vous en clinique ou une visite de retour prévue le lendemain pour discussion avec le médecin de l'urgence.

Note : Si une consultation sur place est jugée nécessaire, le consultant doit en être informé avant 22:00 et l'évaluation habituelle doit être complétée avant l'appel.

Note : La grande majorité de ces patients devraient retourner à l'urgence ou aller en clinique le lendemain matin.

- **Jusqu'à minuit** : Toutes les consultations susceptibles d'entraîner une **admission dans in lit disponible** doivent être réalisées si un lit est disponible pour le patient (alternativement, des dispositions doivent être prises pour permettre le transfert vers l'unité).

Note : les ordonnances des urgences sont valides pendant 24 heures dans les unités de soins.

- Les patients ne peuvent rester aux urgences pendant la nuit en attente d'un congé le lendemain si un lit est disponible.

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

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