



PLAN DE SURCAPACITÉ

AIDE-MÉMOIRE POUR

INFIRMIER(ÈRE) RESPONSABLE

Les déclencheurs du Plan de surcapacité

(un déclencheur suffit pour activer le plan)

1) **Durant les premiers 6 mois de mise en service :**

- Seuils d'occupation des urgences :
 - **170** % Glen
 - **150** % Hgm
- Nombre de patients en attente d'admission aux urgences (toutes spécialités médicales confondues) dépasse :
 - **20** Glen
 - **12** HGM

Excluant les patients avec des congés imminents

2) **Après 6 mois de mise en service :**

- Seuils d'occupation des urgences :
 - **150** % Glen
 - **130** % HGM
- Nombre de patients en attente d'admission aux urgences (toutes spécialités médicales confondues) dépasse :
 - **16** Glen
 - **10** HGM

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 de 1).*

Les Phases du Plan de surcapacité

Phase 1 : Optimisation de la capacité

- **Coordonner avec l'urgentologue** pour compléter les interventions urgentes (analyses, radiologie, médicaments, etc.) dans les **60 min** pour les patients sur civière si cela affecte la disposition (congé probable ou admission dans un lit **disponible**).
- **Coordinateur de l'unité** : s'assurer que tous les transports externes des équipes précédentes sont toujours réservés.
- **Coordonner avec le coordinateur d'unité** les consultations qui entraîneront la sortie des patients sur civière, à compléter dans un délai d'une heure (en fonction du volume pour ce service).

Phase 2 : Surcapacité initiale

(annonce intercom)

- Les mesures de la Phase 2 sont mises en place tout en poursuivant simultanément celles de la Phase 1.
- Coordonner avec l'infirmier responsable des urgences, ou la "répartitrice", pour acheminer les cas non urgents vers des cliniques externes, l'hôpital de jour ou des rendez-vous de suivi.
- Déplacer les patients en attente de procédures vers les zones appropriées pour une sortie directe après la procédure. (Cela nécessite une coordination avec l'endoscopie / la radiologie interventionnelle etc. – ces patients doivent avoir congé des urgences au moment de leur départ pour la procédure).

Phase 3 : Surcapacité

(convoquer une 2e réunion de gestion des lits)

- Déplacement des patients préopératoires : transférer rapidement les patients **stables** en attente d'une chirurgie le jour même (depuis l'urgence) vers la zone d'admission le jour même (SDA) afin de maintenir l'horaire chirurgical.
- Activer la directive de réorientation obligatoire pour les patients de l'urgence (DMSP).

Protocole en dehors des heures ouvrables

(avant ou après l'activation d'un code de surcapacité)

Pas d'annonce intercom - coordonner avec le CSI.

- Attendre **3 h**, pour éviter l'activation pendant un pic temporaire. Le code peut être activé plus tôt selon les circonstances.
 - HRV : urgences à **180** % pendant 3 h
 - HGM : urgences à **160** % pendant 3 h
- **Urgentologue et infirmier responsable** : Prioriser tous les tests et traitements permettant de finaliser les congés.
- Les patients demeurés aux urgences pendant la nuit en attente d'un congé le lendemain doivent être admis dès qu'un lit se libère.

Pour des questions ou commentaires :

dps.admin@muhc.mcgill.ca

Lien vers la section **intranet**
du Plan de surcapacité, sites adultes

mars 2025