

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif – bloc opératoire et PACU

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 opérations régulières en journée

- Les patients chirurgicaux ne doivent pas attendre aux urgences pour accéder à la salle d'opération. Ils doivent plutôt être transférés dans :
 - un lit de chirurgie régulier disponible
 - un lit ERAS (HGM)
 - un lit de surcapacité dans une unité chirurgicale.
- La capacité maximale visée du PACU (HGM et Site Glen) : **2 patients pendant la nuit.** (*Il est entendu que cet objectif ne peut pas être atteint chaque jour.*)
- Prioriser le transfert des patients stables **24/7** pour assurer une capacité de lits minimale restante.

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

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

- Chirurgie programmée : **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.

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

- Une salle d'opération est disponible, mais il est impossible de procéder en raison du 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.

**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

- Réévaluer les patients hospitalisés de nuit pour confirmer leur orientation et informer les gestionnaires de lits (objectif : **avant 9:30**).

Phase 2 : Surcapacité initiale

- PACU : Identifier les patients correspondant aux critères de surcapacité et ceux qui pourraient attendre à l'extérieur des chambres pendant le nettoyage, puis informer le gestionnaire des lits.

Phase 3 : Surcapacité

- Les patients des urgences programmés pour une intervention chirurgicale ce jour-là doivent être transférés dans la zone SDA, SI leur état est stable.

Plan de nuit :

- De nuit : Les patients prêts à être transférés vers les services doivent continuer à l'être – CSI pour la gestion.

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

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