

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les coordonnateurs de soins infirmiers (CSI)

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 les suivants :

- **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 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 : <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 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 16 Glen • 10 HGM • 4 HL <i>Excluant les patients avec des congés imminents.</i>

*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 (jour de week-end)

Phase 1 : Optimisation de la capacité

- Est activée pour éviter des mesures d'escalade.
- Le CSI peut déclencher cette phase **une fois la situation générale évaluée**.
- Les unités de soins doivent compléter les congés prévus **avant 10:00**.
- Les unités de soins hospitaliers doivent identifier les sorties potentielles avant **10:00**, avec pour objectif de les réaliser avant **14:00**.
- Les urgences doivent prioriser les congés des patients sur civière.
- Les patients des urgences en attente d'une chirurgie peuvent être transférés dans les unités de soins si approprié.

Phase 2 : Surcapacité initiale (annonce intercom)

- **90 minutes** après le déclenchement de la phase 1.
- Plus tôt si l'un des déclencheurs reste actif alors tous que les mesures de la Phase 1 ont été mises en place.
- Utiliser les espaces de transit pour les congés ou les admissions pendant le nettoyage des chambres.

Phase 3 : Surcapacité

- Les mesures des phases 1 et 2 se poursuivent.
- Est déclenchée environ **2 h 30 à 3 h** après l'activation du Code de Surcapacité, durant le jour (le protocole hors heures normales s'applique après 17:00).
- Le coordinateur du flux des patients ne fait pas d'appel intercom, mais communique directement avec les secteurs concernés.
- Toutes les chambres en surcapacité doivent être occupées (**voir annexe**) et les patients supplémentaires sont répartis de manière aussi équitable que possible entre les services (maximum 2 par service). S'il n'y a pas d'algorithme spécifique dans l'annexe, l'unité utilise ses propres lits de surcapacité (médecine et chirurgie sur les deux sites; psychiatrie à l'HGM et à Lachine).

- L'utilisation des lits chirurgicaux en dehors du service doit être conforme à l'annexe 1 (utilisation maximale prévue de **24 h**, ou **48 h le vendredi et le samedi**).
- Les unités de formation en médecine interne (CTU) sont limitées à 24 patients chacune.
- Coordonner avec l'administration ou le DMSP de garde.
- Les patients stables des urgences programmés pour une intervention chirurgicale doivent être transférés vers la zone SDA, lorsqu'approprié.

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

À la fin de la journée, le coordinateur du flux des patients (ou le CSI) informe le CSI du soir, via le rapport de gestion des lits, des actions de la journée et des suivis :

- Surveiller et évaluer les besoins en personnel en continu pour soutenir les mesures de surcapacité.
- Échanger avec les équipes soignantes sur l'état de surcapacité et les protocoles à suivre.
- Week-ends : en fin d'après-midi, (Glen) envisager de demander à la pneumologie/hématologie/oncologie/ PCU et/ou SSU si nécessaire.
 - identifier un patient admis qui peut être transféré en dehors des heures normales
 - rédiger les ordonnances d'admission (s'il y en a).

Seuil d'activation

Suggestion : attendre **3 heures**, afin d'éviter une activation pendant un pic temporaire. L'activation peut être effectuée plus tôt, en fonction des circonstances aux urgences :

- HRV : **180 %** pendant 3 heures
- HGM : **160 %** pendant 3 heures
- HL : **130 %** pendant 3 heures.

Actions aux urgences

- **Avant minuit** : toutes les consultations susceptibles d'entraîner une **admission** doivent être réalisées si un lit est disponible pour le patient (sinon, 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.

Flux des patients

- Le **CSI** attribue des lits en surcapacité aux patients en chirurgie et en médecine afin de maintenir la disponibilité des salles d'opération et de désengorger les urgences (selon les protocoles).
- Les patients en attente de transport peuvent être déplacés dans les couloirs (exception : transports d'ambulance retardés); de même, les patients admis peuvent attendre dans le couloir pendant le nettoyage de leur chambre.
- Les unités doivent communiquer les congés au CSI au fur et à mesure qu'ils sont effectués.
- Le **CSI** doit assurer le transfert continu des patients du PACU vers des lits appropriés pour éviter les goulots d'étranglement.
- En préparation pour les congés du matin, les **infirmières responsables des unités de soins** doivent :
 - assurer le suivi de l'organisation du transport
 - finaliser les plans de congé des patients prévus pour le matin.

- Le **responsable de garde en radiologie** doit prioriser les tests et les interprétations pour les patients en attente de leur congé ou nécessitant des résultats urgents, en coordination avec les équipes de garde du soir.
- Le **CSI** doit coordonner avec les responsables du transport et du nettoyage pour ajuster la main-d'œuvre, afin de prioriser les actions relatives à la surcapacité.
- Les patients ne peuvent rester aux urgences pendant la nuit en attente d'un congé le lendemain si un lit est disponible. Ils doivent être admis.

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

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