

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les gestionnaires

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 en salle de réveil ou de lits chirurgicaux disponibles. 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 : • 20 Glen • 12 HGM • 4 HL Excluant les patients avec des congés imminents.

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.	Nombre de patients en médecine (toutes spécialités médicales) dans les urgences en attente d'admission est supérieur à : • 16 Glen

		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.	• 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

- Est activée pour éviter l'escalade des mesures.
- Confirmer les sorties et identifier les sorties potentielles **avant 10:00** (ou **60 minutes** après l'activation).
- Les sorties potentielles doivent s'actualiser **avant 14:00**.
- Identifier et faciliter la résolution de tout processus empêchant une sortie (test, consultation, etc.).

Phase 2 : Surcapacité initiale

Est activée via intercom par le coordinateur du flux des patients (gestionnaire de lits ou CSI) :

- **90 minutes** après de déclenchement de la Phase 1.
- Plus tôt, si toutes les mesures de la Phase 1 ont été mises en place et l'un des déclencheurs reste actif.
- Utiliser l'espace de transit (salle OC, couloir, etc.) selon les besoins pour déplacer les patients en attente de transport ou les nouveaux patient admis (des urgences ou du PACU) en attendant le nettoyage de la chambre.

Phase 3 : Surcapacité

- Cette phase nécessitera souvent une deuxième réunion de gestion des lits – avec des personnes désignées.
- Le coordinateur du flux des patients (ou le CSI) attribue des lits selon des algorithmes spécifiques et les patients supplémentaires sont répartis de manière aussi équitable que possible entre les services.
- S'il n'existe aucun 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).
- Si la situation exige un élargissement des critères d'admission, l'infirmier gestionnaire (ou l'infirmier responsable) escalade la situation aux ADON (ou au directeur administratif de garde) et, au besoin, au chef de chirurgie et / ou au chef de médecine afin de superviser et d'assurer une attribution efficace des lits.
- Les affectations supplémentaires de patients en Phase 3 seront discutées avec les services concernés.
- Les unités de formation en médecine interne (CTU) sont limitées à 24 patients chacune.
- Rappel : L'utilisation hors service des lits chirurgicaux doit être conforme à l'annexe 1 (durée d'utilisation maximale prévue de 24 heures / 48 heures les vendredis et samedis).

Phase 4 : Expansion de la surcapacité

- **Le DMSP ou le directeur adjoint des services médicaux et professionnels – fluidité (L'ADSMP – fluidité) déclenche cette phase** lorsque la Phase 3 n'a pas permis de résoudre la situation, et ce, sur recommandation des directeurs cliniques.
- L'ADMSP – fluidité le communique aux ADON, au Chef de Chirurgie et/ou au Chef de Médecine (ou à leurs délégués) ou aux directeurs de service, selon le cas.
- Les mesures des Phases 1, 2 et 3 se poursuivent.
- Un débriefing obligatoire de la phase 4 sera planifié après l'activation.

- Si la capacité est toujours dépassée à la fin de l'après-midi, (Glen) envisager de demander à la Pneumologie/Hématologie/Oncologie/PCU ou SSU :
 - d'identifier 1 patient admis qui peut être transféré en dehors des heures normales
 - de rédiger les ordonnances d'admission (le cas échéant).

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

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