

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les services de non-admission

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 : <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 % .	Aucun patient à l'urgence en attente d'admission depuis plus de 48 heures selon l'algorithme d'admission, sans	Une salle d'opération est disponible mais ne peut pas fonctionner en raison d'un manque de lits en salle de	Nombre de patients en médecine (toutes spécialités médicales) dans les urgences en

- HL : 110 % .	congé prévu dans les 6 heures suivantes.	réveil ou en unité de soins chirurgicaux. 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.	attente d'admission est supérieur à : • 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).*

Médecins de l'unité

- Coordonner avec l'équipe clinique pour aligner les soins sur la **date de sortie** prévue.
- Les médecins doivent compléter toute la documentation relative à la sortie du patient **la veille**.

Les phases du plan

Phase 1 : Optimisation de la capacité

Dans les unités : viser le congé du patient avant 10:00

- L'assistante infirmière-chef (ou l'infirmier responsable ou délégué) doit contacter les spécialistes pour prioriser l'évaluation des patients dont le congé est prévu (si nécessaire). Ces patients doivent être évalués **avant 10:00** (idéalement, l'évaluation devrait être terminée la veille, selon la date de sortie prévue - EDD).
- Il en va de même pour les congés potentiels, qui doivent être confirmés afin qu'ils puissent avoir lieu **avant 14:00** (ceux-ci seront signalés par l'équipe traitante et ne sont pas les mêmes que les congés attendus).

Aux urgences :

- Le coordinateur d'unité et le médecin principal responsable de chaque service des urgences doivent identifier les patients **en attente de consultation pour permettre leur congé** dans un délai d'**une heure** (en fonction du nombre de consultations).
- Les interventions susceptibles de permettre un congé sont priorisées.
- Le médecin traitant s'assure que les sous-spécialités non hospitalisantes sont directement consultées pour les patients susceptibles d'obtenir un congé.

Phase 2 : Surcapacité initiale (annonce intercom)

- Les mesures de la Phase 1 sont maintenues.
- Aux urgences : déplacer les patients en attente de procédure vers les zones appropriées pour un congé rapide après la procédure (par exemple, sortie de la salle d'IR ou de la salle d'endoscopie).

Protocole en dehors des heures ouvrables (avant ou après un code de surcapacité)

- Aux urgences – **jusqu'à 22:00** : pour tous les patients sur civière dont la consultation entraînera probablement un congé ce soir-là, des arrangements doivent être pris pour une visite en clinique / un retour le lendemain après discussion avec le médecin des urgences, ou consultation sur place. *Tous les tests habituels ou raisonnables doivent avoir été effectués avant que la consultation ne soit demandée.*

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

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