

Plan de surcapacité (sites adultes)

Sommaire exécutif pour les Unités de soins et les Services d'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 :

- **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 % .	Aucun patient à l'urgence en attente d'admission depuis plus	Une salle d'opération est disponible mais ne peut pas	Nombre de patients en médecine (toutes spécialités

<p>- HGM : 130 %.</p> <p>- HL : 110 %.</p>	<p>de 48 heures selon l'algorithme d'admission, sans congé prévu dans les 6 heures suivantes.</p>	<p>fonctionner en raison d'un manque de lits en salle de réveil ou en unité de soins chirurgicaux.</p> <p>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.</p>	<p>médicales) dans les urgences en attente d'admission est supérieur à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 Glen • 10 HGM • 4 HL <p><i>Excluant les patients avec des congés imminents</i></p>
--	---	---	--

**Les déclencheurs mentionnés en 2) seront révisés 4 mois après la mise en service, avant de remplacer ceux listés en 1).*

Les opérations régulières en journée (incluant les weekends et jours fériés)

Leadership infirmier de l'unité

- Afin de libérer des lits **avant 10:00** et permettre des admissions **dès 11:00** :
 - Préparer les sorties des patients la veille.
 - S'assurer que les derniers tests sont réalisés tôt (analyses sanguines du matin).
 - S'assurer que tous les membres de l'équipe ainsi que le patient et leur famille sont informés.
- Maintenir une communication constante :
 - Mettre à jour en continu le tableau des lits / tableau blanc avec les informations les plus récentes concernant l'utilisation des lits.
 - Communiquer les sorties confirmées à la personne en charge du flux des patients.
- Planification proactive des activités :
 - Planifier les activités en fonction de la date de sortie attendue.
 - Mettre à jour les activités en fonction des besoins du patient.

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**.
- Toutes les sorties doivent être signées **avant 10:00**. L'infirmière ou le coordinateur de l'unité doit être informé en temps réel des sorties confirmées. Les patients dont le congé est prévu doivent être vus en priorité plutôt que dans la séquence habituelle.
- Le code de surcapacité (communiqué par interphone) doit **immédiatement** déclencher la mobilisation des services d'admission vers les unités pour participer à la confirmation des sorties immédiates.

Les phases du plan

Phase 1 : Optimisation de la capacité

Dans les unités d'hospitalisation : Viser le congé du patient avant 10 h :

- L'AIC (assistante infirmière-chef) ou l'infirmier responsable ou délégué doit contacter les spécialistes, les professionnels des services multidisciplinaires, la radiologie et les laboratoires pour prioriser l'évaluation des patients dont le congé est prévu et faire un rapport. **Objectif : sortie avant 10:00.**

- Infirmières en suivi systématique et l'AIC identifient les congés potentiels sur l'unité.
- Les congés potentiels sont communiqués au coordinateur du flux des patients.
- Patients en isolement : L'AIC (ou l'infirmier responsable), avec le soutien du service de contrôle des infections, regroupe les patients ayant des besoins d'isolement similaires afin d'optimiser l'utilisation des lits, sans augmenter le nombre total de lits dans les unités. Les patients immunodéprimés sont exclus.

Aux urgences :

- Services d'admission : Confirmer les décisions d'admission ou de congé **avant 10:30**.

Phase 2 : Surcapacité initiale (annonce via intercom)

Dans les unités d'hospitalisation :

- Le coordinateur du flux des patients (ou le CSI, avec l'aide de l'AIC (ou de l'infirmière responsable), utilise les espaces de transit pour les patients sortants ou pour les patients nouvellement admis en attente du nettoyage de la chambre.
- L'infirmier gestionnaire, avec l'AIC (ou l'infirmière responsable), informe le coordinateur du flux des patients de toutes les sorties, au fur et à mesure qu'elles se produisent.
- Dans l'heure suivant l'activation du Code de surcapacité, les médecins du service d'admission priorisent l'évaluation et la confirmation des sorties **potentielles** dans leurs unités. Heure cible de sortie : **14:00**.
- Pour optimiser l'utilisation des ressources, l'AIC (ou l'infirmier responsable) ajuste l'affectation du personnel en fonction de l'acuité des soins.
- Révision des priorités d'admissions entre les patients à domicile et ceux aux urgences (Gestion des lits / service d'admission).

Aux urgences :

- Compléter dans un délai d'**une heure** les consultations pouvant mener à une chirurgie urgente ou au transfert d'un patient dans un lit disponible.

Phase 3 : Surcapacité

- Le coordinateur du flux des patients (ou le CSI) attribue des lits selon des algorithmes spécifiques (voir annexe) 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 nécessite un élargissement des critères d'admission, soit demander une réunion supplémentaire de gestion des lits, soit escalader la situation aux ADON (directeurs administratifs de garde), au chef de la Chirurgie et/ou au chef de Médecine (ou son délégué) pour superviser et garantir une allocation efficace des lits.
- Les affectations supplémentaires de patients en phase 3 seront discutées avec les services concernés.
- Rappel : L'utilisation des lits chirurgicaux en dehors du service doit être conforme à l'annexe 1 (utilisation maximale prévue de 24 h / 48 h du vendredi au samedi).
- Les unités de formation en médecine interne (CTU) sont limitées à 24 lits chacune.

Phase 4 : Expansion de la surcapacité

- Poursuite des mesures des phases précédentes.
- Mise en place de mesures à moyen terme nécessitant la mobilisation des directeurs.

Pneumologie/Hématologie/Oncologie/PCU ou SSU (Glen)

- Les week-ends ou en fin d'après-midi, si le CUSM est toujours en mode de surcapacité, (le cas échéant), veuillez :
 - Identifier un patient admis qui peut être transféré en dehors des heures normales sur un lit hors service.
 - Rédiger les ordonnances d'admission (le cas échéant).

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

- Prioriser l'utilisation des lits de surcapacité – Le CSI doit allouer ces lits aux patients en chirurgie et en médecine afin de maintenir la disponibilité des salles d'opération et désengorger les urgences.
- Les patients en attente de transport peuvent être déplacés dans les couloirs; 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.
- 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 du congé des patients prévus pour le matin
- **Le responsable de garde en imagerie médicale** 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.
- **Avant minuit** : toutes les consultations qui entraîneront une admission dans un lit disponible doivent être effectuées si un lit est disponible pour le patient (ou des arrangements doivent être pris pour permettre le transfert vers l'étage - le médecin des urgences peut imprimer les ordonnances depuis Medurge avec une note pour appeler le service d'admission si nécessaire, selon le cas).
- 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