Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Plan de surcapacité CUSM

Site Glen, Hôpital général de Montréal, Hôpital de Lachine

1- Objectifs du Plan de Surcapacité 2

2- Définitions 2

3- Gestion habituelle des opérations durant le jour (incluant fins de semaine et jours fériés) 3

3.1 Gestionnaires de lits : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité 3

3.1.1 Gestion des patients aux Urgences en attente d'un lit pendant plus de 24 heures ou ayant une durée totale de séjour (LOS) de 36 heures ou plus 3

3.1.2 Gestion du flux dans les services critiques 3

3.2 Leadership infirmier sur les unités : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité 4

3.3 Médecins sur les unités : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité 4

4- Plan de surcapacité 5

4.1 Déclencheurs du Plan de surcapacité (premiers 6 mois d'implantation) 5

Déclencheurs du Plan de Surcapacité (6 mois après l'implantation) 5

4.2 Phases du Plan de surcapacité 6

4.2.1 Phase 1 : Optimisation de la capacité 6

4.2.2 Phase 2 : Surcapacité initiale 7

4.2.3 Phase 3 : Surcapacité 8

4.2.4 Phase 4 : Expansion de la surcapacité 9

4.2.5 Débriefing 10

5- Protocole en dehors des heures régulières de jour (avant ou après un Code de surcapacité) 10

5.1 Seuil d'activation 10

5.2 Actions du Département des Urgences 11

5.3 Actions au niveau de la gestion de lits 11

Annexe 1 : Critère d'éligibilité pour les lits de surcapacité 12

Annexe 2 : Algorithme de surcapacité site Glen 13

6.1 Patients chirurgicaux (y compris gynécologiques) 13

6.3 Patients hémo-oncologiques 15

6.4 Patients en soins palliatifs 15

6.5 Patients UHB 16

6.6 Patients en pneumologie 16

1- Objectifs du Plan de Surcapacité

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 (ICU), puissent accomplir leurs missions. L'inclusion de protocoles détaillés vise à simplifier la trajectoire de soins aux patients et à renforcer la collaboration interservices en présentant les mécanismes de communication nécessaires à une mobilisation adéquate. Les principaux objectifs de ce plan sont :

- **Désengorger les urgences**
  - Mettre en œuvre des mesures pour réduire la durée de séjour des patients aux urgences.
  - Éliminer ou minimiser les obstacles aux trajectoires optimales des patients en établissant des décisions d'orientation rapides.
  - Accélérer les sorties ou les transferts des patients des urgences vers les unités d'hospitalisation.

- **Préserver la fluidité du bloc opératoire**
  - Veiller à ce que les programmes chirurgicaux se déroulent sans retard et minimiser les annulations dues à une pénurie de lits.

2- Définitions

- **Lit de surcapacité** : lit d'une unité de soins utilisé au-delà du nombre de lits réguliers disponibles, sans ajouts de personnel supplémentaire. Ces lits doivent être utilisés uniquement dans un contexte de gestion de la fluidité (surcharge des urgences ou risque d'annulation du bloc opératoire).
- **Zone de transit** : espaces dédiés au sein des unités de soins permettant un transfert rapide des patients bientôt prêts à avoir congé, libérant ainsi un lit régulier pour le transfert d'un patient provenant d'un service critique. Les patients typiques de cette zone sont ceux en attente de transport, de résultats de tests ou de la fin d'une dernière consultation avant la sortie. Les patients en attente de nettoyage de chambre peuvent aussi y attendre.
- **Infirmière en suivi systématique (ISS)** : rôle infirmier dans l'unité de soins suivant la trajectoire du patient et coordonnant la préparation à la sortie avec l'aide des autres professionnels de santé.
- **Coordinateur médical des Urgences (ED)** : le rôle du coordinateur médical des urgences est de s'assurer qu'un plan clair soit mis en place pour les patients sur civière et, si nécessaire, de disposer de l'autorité du DMSP pour attribuer un service/unité pour les patients nécessitant une admission. Ce rôle inclut également l'optimisation du flux dans les urgences pour garantir une utilisation optimale des ressources et prioriser les sorties ou trajectoires autres qu'une admission. En l'absence de coordinateur médical des urgences, le médecin des urgences responsable de la zone où se trouve le patient agit en tant que remplaçant.
- **Répartitrice** : rôle infirmier au sein des urgences du Glen et de l'Hôpital général de Montréal (HGM) visant à identifier les patients vulnérables (en lançant le processus SSPPCC avant

l'admission dans l'unité de soins) et à repérer les patients aux urgences pouvant être réorientés vers les services ambulatoires.

- **Date de congé anticipé (DCA)** : date associée à chaque admission estimant la durée de séjour du patient. Toutes les activités de planification de sortie doivent être organisées en fonction de la date de congé estimée.
- **Médecin Responsable Principal (Most Responsible Physician - MRP)** : il peut s'agir soit du médecin des urgences, soit du consultant. En général, son nom sera celui identifié dans Medurge.

3- Gestion habituelle des opérations durant le jour (incluant fins de semaine et jours fériés)

3.1 Gestionnaires de lits : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité

3.1.1 Gestion des patients aux Urgences en attente d'un lit pendant plus de 24 heures ou ayant une durée totale de séjour (LOS) de 36 heures ou plus

- **Réévaluation des besoins d'admission** : une revue systématique des patients en attente d'admission est effectuée quotidiennement par le médecin responsable principal (MRP) et la répartitrice ou l'infirmière praticienne ou l'infirmière responsable. Pour les patients toujours aux urgences après 36 heures, ils doivent être priorisés pour un transfert vers un lit disponible. Les patients âgés autonomes doivent aussi être priorisés.
- **Accélérer le transfert des patients chirurgicaux en attente du bloc opératoire** : les patients chirurgicaux ne doivent pas attendre dans les urgences pour une intervention. Ils doivent être transférés dans un lit régulier sur une unité de chirurgie disponible, un lit ERAS (HGM) ou un lit de surcapacité dans une unité chirurgicale.

3.1.2 Gestion du flux dans les services critiques

- **Maintien de la capacité minimale idéale cible** : pour les unités de soins critiques (ICU/CCU/PACU/Soins intermédiaires - Lachine), le transfert des patients stables doit être une priorité pour garantir une capacité résiduelle minimale. Cela doit être équilibré avec l'accès aux lits des urgences (ER) et du bloc opératoire (OR). La capacité minimale **idéale** sur chaque site devrait être la suivante :
    - Maximum deux patients doivent rester dans la PACU pendant la nuit (HGM & Glen).
    - Un lit disponible dans l'unité de soins intensifs (USI - HGM & Glen).
    - Un lit disponible dans l'unité de soins coronariens (CCU - HGM & Glen).
    - Un lit disponible dans l'unité de soins intermédiaires (Lachine).
- **Minimiser les retards dans les transferts** : tous les patients dans les services critiques prêts à être transférés doivent être signalés en temps réel pour assurer la communication avec tous les partenaires. L'utilisation des lits de surcapacité est réservée pour faciliter le transfert des patients des services critiques (notez que cela ne signifie pas un transfert du ICU vers un lit OC ; les critères d'éligibilité pour les lits OC s'appliquent toujours). Les zones de transit sont également utilisées pour libérer plus rapidement les lits et accélérer les transferts des services critiques.

- **Respecter les algorithmes d'utilisation des lits de surcapacité** : les lits de surcapacité doivent être utilisés principalement pour soutenir les objectifs de surcapacité. De bons exemples de cette utilisation sont : libérer des lits réguliers pour faciliter le flux, comme lits préopératoires, ou comme débordement pour accueillir des patients des urgences, USI ou PACU, etc.
- **Utilisation des systèmes de débordement** : Lorsque l'utilisation des lits de surcapacité n'est pas possible, le patron des soins intensifs doit faire appel au Centre d'optimisation de l'occupation des lits de soins intensifs (COOLSI) suivant le plan de débordement du ICU. Le patron de l'urgence peut aussi le faire à la demande de son collègue des SI .

3.2 Leadership infirmier sur les unités : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité

- **Garder une perspective globale sur la fluidité hospitalière** : les problèmes de fluidité des patients nécessitent la mobilisation de tous les secteurs cliniques pour être résolus et sont donc de la responsabilité de tous les secteurs.
- **Prioriser les sorties et les admissions tôt dans la journée** : la planification du travail dans l'unité doit viser à sortir les patients le matin (avant 10 h) pour permettre les admissions dans l'unité à partir de 11 h, dans la mesure du possible. Cela implique plusieurs mesures décrites dans le protocole de congé, notamment ; préparer la sortie la veille, s'assurer que les derniers tests sont effectués tôt (prises de sang le matin) et que tous les membres de l'équipe ainsi que le patient et la famille sont informés.
- **Maintenir un flux continu de communication** : mettre à jour en continu le tableau des lits et le tableau blanc dans l'unité avec les informations les plus récentes concernant l'utilisation des lits et informer dès que possible le coordonnateur du flux des patients des départs confirmés dans l'unité.
- **Planification proactive des activités en fonction de la date prévue de congé** : planifier les activités en fonction de la date prévue de congé et mettre à jour en fonction des besoins du patient.

3.3 Médecins sur les unités : meilleures pratiques pour prévenir les enjeux de fluidité

- **Utiliser la date prévue de congé comme mécanisme de coordination** : coordonner avec l'équipe clinique en alignant les soins sur la date prévue de sortie.
- **Compléter de manière proactive la documentation pour le congé** : les médecins doivent compléter la documentation liée à la sortie la veille de celle-ci.
- **Signature de congé tôt** : les patients devant sortir le jour même doivent être visités en priorité plutôt que dans leur séquence habituelle. Tous les congés doivent être signés avant 10 h pour faciliter le processus de sortie dans l'unité.
- **Participation active et rapide au code de surcapacité** : le code de surcapacité communiqué par le système d'interphone doit immédiatement déclencher la mobilisation des services médicaux ayant des admissions vers les unités pour participer à la confirmation immédiate de congés.
- **Aligner les activités électives avec les congés prévus** : au niveau de la coordination, la validation des SDA (Chirurgie avec hospitalisation) ou de toute autre procédure électivedoit

être effectuée en fonction des congés prévus pour éviter les situations de surcapacité évitables.

4- Plan de surcapacité

4.1 Déclencheurs du Plan de surcapacité (premiers 6 mois d'implantation)

Déclencheur pour une activation générale du Plan de surcapacité (un seul déclencheur est nécessaire pour l'activation du plan)			
Taux d'occupation à l'urgence : ▪ Taux d'occupation à l'urgence du Glen au-dessus de 170 % ▪ Taux d'occupation à l'urgence de l'HGM au-dessus de 150 % ▪ Taux d'occupation à l'urgence de Lachine au-dessus de 120 %	Longs séjours à l'urgence : Cinq patients sont sur civière à l'urgence depuis plus de 48 h en attente d'admission par spécialité d'admission sans congé prévu dans les prochaines 6 h.	Capacité chirurgicale : Plus de deux chirurgies sont à risque élevé d'annulation par manque de capacité de la salle de réveil ou de la disponibilité de lits postopératoires.	Capacité en médecine : Le nombre de patients de médecine en attente d'admission excède 20 (Glen), 12 (HGM), 4 (Lachine) Exclusion des patients qui auront leur congé dans les heures suivantes Médecine réfère ici à l'ensemble de la médecine et non uniquement à la médecine interne (soit UHB, cardio etc.)

Déclencheurs du Plan de Surcapacité (6 mois après l'implantation)

Déclencheur pour une activation générale du Plan de surcapacité (un seul déclencheur est nécessaire pour l'activation du plan)			
Taux d'occupation à l'urgence : ▪ Taux d'occupation à l'urgence du Glen au-dessus de 150 % ▪ Taux d'occupation à l'urgence de l'HGM au-dessus de 130 % ▪ Taux d'occupation à l'urgence de	Longs séjours à l'urgence : Aucun patient n'est sur civière à l'urgence depuis plus de 48 h en attente d'admission par spécialité d'admission sans congé prévu dans les prochaines 6 h	Capacité chirurgicale : Plus d'une chirurgie est à risque élevé d'annulation par manque de capacité de la salle de réveil ou de disponibilité de lits postopératoires More than 12 admitted patients (Glen or MGH	Capacité en médecine : Le nombre de patients de médecine en attente d'admission excède 16 (Glen), 10 (HGM), 4 (Lachine)

Lachine au-dessus de 110 %			Exclusion des patients qui auront leur congé dans les heures suivantes Médecine réfère ici à l'ensemble de la médecine et non uniquement à la médecine interne

*Les déclencheurs seront révisés 4 mois après la mise en place du Plan de surcapacité et avant de remplacer les déclencheurs listés en 3.4.1.

4.2 Phases du Plan de surcapacité

Les phases du protocole de surcapacité sont activées dans l'ordre. La résolution du protocole de surcapacité intervient lorsque la situation atteint 10 % en dessous du niveau d'activation.

4.2.1 Phase 1 : Optimisation de la capacité

Cette phase est une phase d'optimisation visant à éviter la mise en place de mesures d'escalade. À ce stade, la plupart des actions liées au flux des patients sont dirigées par le gestionnaire de lits et les assistantes infirmières-chefs - AIC (CSI et infirmières responsables pendant les weekends et les jours fériés). Le gestionnaire de lits peut déclencher cette phase dès la réunion quotidienne de gestion des lits du matin avec toutes les unités ou à tout autre moment jugé approprié. Les actions suivantes sont conçues pour prioriser le travail et prévenir l'aggravation de la situation. Si l'un des déclencheurs reste actif après 90 minutes ou si ces actions sont déjà mises en place, les phases suivantes doivent être activées.

Actions au sein des unités d'hospitalisation

- L'AIC (ou l'infirmière responsable ou déléguée) contacte les consultants et les services professionnels pour prioriser l'évaluation des patients dont le congé est prévu et confirmer avec la gestion des lits ou CSI. (Congé 10:00)[1]
- Les infirmières en suivi systématique avec l'AIC identifient les congés potentiels dans les unités pour libérer des lits. Ces congés potentiels sont communiqués au gestionnaire de lits. (Congé 14:00)
- Cohorte de patients : l'AIC (ou l'infirmier responsable), avec l'aide 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 sur l'unité. Les populations de patients immunodéprimés sont exclues.

[1] Noter que 10:00 est la cible pour les congés donc ceci ne représente pas un changement significatif.

Actions au sein du Département des Urgences

- Services médicaux admettant : revoir et confirmer les décisions d'admission ou de congés en dedans d'une heure[2]
- Infirmière responsable et médecins : identifier et accélérer les examens radiologiques : réaliser les diagnostics urgents dans les 60 minutes pour les patients en attente, si cela impacte l'occupation des civières (**probabilité de sortie ou d'admission dans un lit disponible).**
- Consultations en temps opportun : le coordonnateur d'unité et le médecin responsable principal (MRP) pour chaque zone des urgences ou MRP si consultant : surveiller la complétion des consultations nécessaires dans l'heure pour les **patients si cela mène à un congé ou une admission dans un lit disponible.**
- Congés accélérés par le médecin responsable principal : prioriser les sorties des patients n'ayant pas besoin d'une hospitalisation afin de libérer de l'espace aux urgences.
- Le médecin responsable principal s'assure que la procédure de consultation habituelle est respectée :
    - Limitation des consultations aux urgences : les médecins des urgences ne placent généralement qu'une seule consultation pour un service d'admission par patient.
    - Consultation des sous-spécialités ne faisant pas d'admissions : les sous-spécialités ne faisant pas d'admissions sont consultées directement pour les patients susceptibles d'avoir congé.

4.2.2 Phase 2 : Surcapacité initiale

La phase 2 est une escalade de la phase 1 et doit être activée après 90 minutes ou plus tôt si les actions de la phase 1 ont été mises en place et qu'un des déclencheurs reste actif. Le gestionnaire de lits (ou le CSI) déclenche le code de la Phase 2 de surcapacité via le système intercom de l'hôpital pour relayer l'information à tous les secteurs. Les actions suivantes doivent être mises en place tout en poursuivant les actions de la phase 1.

Actions dans les unités d'hospitalisation

- Confirmation immédiate de la sortie : AIC confirme les congés avec la gestion des lits au fur et à mesure.
- Les médecins des services qui admettent priorisent, dans l'heure suivant le déclenchement du code de surcapacité, l'évaluation et la finalisation (si nécessaire) des congés potentiels dans leurs unités.
- Le gestionnaire de lits (ou le CSI) avec l'aide de l'AIC (ou de l'infirmier responsable) s'assure que les zones de transit soient utilisées pour les patients ayant eu leur congé ou les patients en attente de nettoyage de chambre (si on utilise un espace de corridor, les critères d'espaces de surcapacité servent de ligne directrice pour décider les cas éligibles).
- Un patient sur oxygène peut attendre dans un corridor si la saturation sans oxygène est supérieure à 90 % à l'air ambient (une bonbonne pleine est toutefois nécessaire).
- À l'Hôpital de Lachine, le responsable de la clinique IPS examine les listes des urgences et des patients hospitalisés pour identifier les patients qui pourraient être réorientés vers les services ambulatoires.
- Prioriser les transports et l'entretien ménager : les services de transport et d'entretien ménager, informés par le gestionnaire de lits (ou le CSI), doivent prioriser les demandes liées aux transferts des zones de soins intensifs ou des urgences vers les unités de soins pendant

[2] Ceci est modulable dépendant du nombre de patients.

les 2 heures suivant le code de surcapacité. Par la suite les patients nécessitant des examens pour finaliser leur congé sont priorisés.

- Planification du personnel : l'AIC (ou l'infirmier responsable) ajuste les affectations en fonction de l'acuité des soins pour optimiser les ressources.
- Réévaluation des admissions du domicile (gestion des lits / services impliqués).

Actions au sein du Département des Urgences

- Finaliser rapidement les consultations : compléter les consultations dans l'heure pour les patients susceptibles de nécessiter une chirurgie ou un lit en médecine.
- Rediriger les cas non urgents : le médecin responsable principal ou l'infirmière responsable des urgences ou l'infirmière répartitrice organise la gestion des cas non urgents via les cliniques externes, l'hôpital de jour ou les rendez-vous de suivi programmés, afin de réduire la congestion aux urgences.
- Reloger les patients en attente de procédures : déplacer les patients vers des zones appropriées pour un congé direct après l'intervention.
- Respecter les protocoles de consultation de la phase 1 : continuer à suivre les protocoles de consultation établis pour simplifier les trajectoires de soins aux patients et minimiser les retards.

4.2.3 Phase 3 : Surcapacité

La phase 3 est une escalade par rapport aux phases précédentes. Tous les lits de surcapacité sont utilisés (selon les protocoles). Au besoin, les critères sont élargis. Dans ce cas, les ADON (ou le directeur administratif de garde), le chef de chirurgie et/ou le chef de médecine (le cas échéant) deviennent davantage impliqués dans le plan de surcapacité. Cette phase devrait se produire environ 2,5 heures après le déclenchement du code de surcapacité durant la journée (le protocole en dehors des heures régulières doit être utilisé après 17 h). Le gestionnaire de lits (ou le CSI) ne fera pas d'appels supplémentaires via le système interphone, mais communiquera directement avec les secteurs spécifiques. Les mesures des phases 1 et 2 continuent.

- Réunion supplémentaire de gestion des lits à convoquer pour faciliter les échanges d'information
- Utilisation de 100 % de la capacité de l'hôpital : guidé par les ADON (ou le directeur administratif de garde), le chef de chirurgie et/ou le chef de médecine (ou leur délégué), le gestionnaire de lits (ou le CSI) attribue à chaque lit restant un patient (en dehors du service habituel, indépendamment de la procédure usuelle). (NB : les CTU ont une capacité maximale de 24 patients.) N'importe quelle assignation de patient au-delà des algorithmes sera discutée avec les services concernés.
- Gestion de la surcapacité basée sur les spécialités (site HRV) : l'allocation des patients par le gestionnaire de lits (ou le CSI) suit des algorithmes spécifiques (voir annexe) et les patients supplémentaires sont répartis équitablement par service autant que possible. 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 HGM, Lachine). La situation est escaladée par le gestionnaire des soins infirmiers (ou l'infirmier responsable) aux ADON (ou au directeur administratif de garde) et, si nécessaire, au chef de chirurgie et/ou au chef de médecine pour superviser et garantir une allocation efficace des lits.

- Rappel : les lits de chirurgie « empruntés » ne le sont que pour 24 h (46 h les vendredis et samedi) et doivent suivre les algorithmes.
- Soutien renforcé au transport : Le responsable du transport doit :
    - Planifier un soutien supplémentaire (main-d'œuvre) pour réduire les retards dans les sorties des patients et les déplacements internes.
    - Demander à Urgence Santé de soutenir le départ des patients du CUSM en attente de transports / revoir la nécessité des transports ambulanciers si une alternative est possible.
    - Demander à l'AIC/infirmière responsable de réévaluer si le type de transport sélectionné pour le patient est le bon.
- Mouvement des patients préopératoires : Transférer rapidement les patients pour le bloc opératoire vers la chirurgie d'un jour pour maintenir l'horaire des interventions chirurgicales.
- Activation de la directive de réorientation obligatoire à l'urgence (DMSP).

4.2.4 Phase 4 : Expansion de la surcapacité

La phase 4 représente le niveau le plus élevé du plan de surcapacité, impliquant la poursuite des efforts des phases précédentes ainsi que des mesures à moyen terme nécessitant la mobilisation des directeurs.

Le DMSP ou le directeur associé des services professionnels en matière de fluidité (ADMSP-fluidité) déclenche cette phase lorsque la phase 3 n'a pas résolu la situation et sur recommandation des directeurs cliniques.

L'AMDSP-fluidité en informe les ADON, les directeurs cliniques et le chef de chirurgie et/ou le chef de médecine. Les mesures des phases 1, 2 et 3 continuent.

- Équipe de réponse à la surcapacité : L'ADSP-fluidité convoque une équipe d'intervention à la surcapacité comprenant des responsables administratifs séniors, des directeurs cliniques, le gestionnaire de lits et les CSI pour :
    - Évaluer la situation, mettre en œuvre des mesures extraordinaires ou réaliser d'autres actions spécifiques.
    - Assurer une communication claire et rapide avec tous les départements et le personnel sur la situation et les mesures prises.
    - Surveiller continuellement la situation et réévaluer les mesures mises en place, en ajustant si nécessaire. Mise à jour toutes les 90 minutes.
    - Des réunions supplémentaires du centre de commandement : L'ADSP-fluidité convoque, si nécessaire, des réunions supplémentaires du centre de commandement pour aborder le flux chirurgical et la congestion des urgences, afin d'éviter les annulations et les retards.
- Mise en œuvre de mesures extraordinaires : l'équipe d'intervention à la surcapacité envisagera et mettra en œuvre des mesures extraordinaires, qui pourraient inclure :
    - Ouvrir des lits de surcapacité supplémentaires.
    - Réexaminer les activités interventionnelles électives : Le programme des activités interventionnelles électives (laboratoire EP, laboratoire de cathétérisme) est réexaminé par l'ADON, le DSI et le chef de la mission médecine. Les heures d'ouverture de l'hôpital de jour seront étendues.

    - Réexaminer la planification chirurgicale : L'ADON, le DSI, le DPI et le chef de chirurgie/chef du programme du bloc opératoire examinent le programme et ajustent le niveau d'activité du bloc opératoire en fonction de la situation.
    - Mobiliser du personnel ou des ressources supplémentaires.
- Interventions de l'ADSP-fluidité et du DMSP avec les hôpitaux partenaires, Santé Québec, CIUSSS et autres pour déplacer des patients hors du CUSM.
- Une coordination supplémentaire avec les services techniques et le directeur des services techniques pourrait être nécessaire pour assurer la disponibilité d'équipements médicaux supplémentaires en fonction de l'expansion des unités de soins.
- Un débriefing obligatoire de la phase 4 sera planifié après activation.

4.2.5 Débriefing

Si la phase 4 du protocole est activée, un débriefing est suggéré :

- Notification immédiate : L'ADSP-Fluidité doit informer rapidement la direction, y compris la PDGA, le Directeur des Soins Infirmiers (DSI), le Directeur médical et des services professionnels (DMSP), le Directeur des services multidisciplinaires (DSM) et le Directeur des services péri opératoires et d'Imagerie (DPI) de la situation critique de surcapacité.
- Révision post-escalade : L'ADMSP-Fluidité effectuera un débriefing pour identifier les leçons apprises et mettre à jour le plan de surcapacité en conséquence après avoir résolu la situation. La mise à jour sera présentée lors d'une réunion du centre de commandement.

5- Protocole en dehors des heures régulières de jour (avant ou après un Code de surcapacité)

À la fin de la journée, le gestionnaire de lits (ou CSI) informe le CSI de soirée à travers le rapport de gestion des lits des actions de la journée et des suivis :

- Surveiller et évaluer les besoins en personnel en temps réel pour soutenir les mesures de surcapacité.
- Communiquer avec les équipes infirmières concernant l'état de la surcapacité et des protocoles.
- Demander aux services suivants d'identifier un patient qui peut être admis hors services ou plus tard si un lit se libère : UHB, PCU, Resp, Hémato/Onco.

5.1 Seuil d'activation

Une période de trois heures est suggérée pour éviter l'activation en cas de pic temporaire. L'activation peut être effectuée plus tôt en fonction des circonstances.

- HRV : Urgences à 180 % pendant 3 heures
- HGM : Urgences à 160 % pendant 3 heures
- Lachine : Urgences à 130 % pendant 3 heures

5.2 Actions du Département des Urgences

- Le département des urgences doit se concentrer sur les congés, puis les patients sur civière en attente d'être vus (médecins traitants ; H2 / MC2 MD).
- Tous les tests et traitements menant à un congé doivent être priorisés (NIC des urgences).
- Tout patient qui verra un consultant le matin doit être évalué pour un possible congé et retour le matin (médecin traitant).
- Les rapports de radiologie de CT, IRM et échographies déjà réalisés qui mènent à un conge ou une décision d'opérer doivent être complétés : 60 minutes (NIC ou MD à aviser le radiologue / résident en radiologie).
- Jusqu'à 22:00 : tous les patients pour lesquels une consultation aboutira probablement à un congé ce soir-là doivent être faits, ou des arrangements pour une visite en clinique / un retour le lendemain doivent être discutés avec le médecin des urgences[3].
- Avant minuit : toutes les consultations qui aboutiront probablement à une admission dans un lit disponible doivent être effectuées si un lit est disponible (vérifier avec la NIC avant d'appeler) pour le patient (ou des arrangements doivent être faits pour permettre le transfert vers le service).[4]

5.3 Actions au niveau de la gestion de lits

- Prioriser l'utilisation des lits de surcapacité : le CSI doit attribuer les lits de surcapacité aux patients chirurgicaux et médicaux pour maintenir la disponibilité du bloc opératoire et désengorger les urgences.
- Transferts de patients en PACU 24/7 : le CSI doit déplacer en continu les patients du PACU vers des lits appropriés pour éviter les goulots d'étranglement.
- Les patients en attente de transport peuvent attendre dans un corridor[5]; les patients admis peuvent attendre dans le corridor pendant le nettoyage des chambres.
- Préparation des congés matinaux : les infirmiers responsables des unités de soins doivent suivre le plan de transport et finaliser les plans de congés pour les patients prévus pour un congé matinal et créer une capacité de lits pour le matin.
- Priorisation de la radiologie : le responsable de l'imagerie sur appel doit accélérer les tests et les lectures pour les patients en attente de sortie ou nécessitant des résultats immédiats avec les équipes couvrant le quart de soir.
- Gestion des ressources infirmières : le CSI analyse les ajustements possibles du personnel en dehors des heures de jour pour soutenir les mesures de surcapacité.
- Capacité de transport et de l'hygiène et salubrité : le CSI fait le suivi avec les responsables du transport et de l'hygiène et salubrité pour ajuster la main-d'œuvre et les horaires en fonction des besoins afin de prioriser les actions de surcapacité.

[3] Si une consultation sur site est jugée nécessaire, le consultant doit être informé avant 22h00 et les examens habituels doivent être complétés avant l'appel ; pour une discussion téléphonique, les appels doivent avoir lieu jusqu'à minuit. Ces horaires peuvent être prolongés par le DSP de garde au cas par cas.
[4] Les ordonnances de l'urgence sont valides pendant 24 h.
[5] De façon discrétionnaire dépendant du type de transport.

Annexe 1 : Critère d'éligibilité pour les lits de surcapacité

Type de chambre	Oxygène	Succion	Mobilité	Isolation	Comportement
Chambre dans un espace non traditionnel : salle de conférence, antichambre d'une chambre à pression négative	Max 2 L ou 28 % masque pour maintenir la cible de saturation * : patients en pneumo, voir annexe 2.6.6	OK seulement TNG (aucun drain thoracique)	Mobile / capable de se transférer de manière autonome Si non-automne, jugement clinique	Isolation contact OK – fournir une commode au patient (tel que fait à l'urgence) NON si risque nosocomial aérosols	Fiable si automne
Chambre simple qui est doublé ou toute autre chambre avec un lit supplémentaire	Exigence régulière de l'unité de soins Patients sur CPAP à domicile de façon exceptionnelle si plainte non-respiratoire ou non-cardiaque	Aucune exigence particulière	Si le patient est sur une civière, il devrait être en mesure de se lever sans aide	Isolation OK si les autres patients ont les mêmes besoins	Ne peut pas être agressif ou sévèrement agité

Novembre 2024

Les lits de surcapacité doivent être utilisés principalement pour soutenir les objectifs du plan de surcapacité : libérer des lits réguliers pour faciliter le flux, comme lits préopératoires, ou comme lits de débordement pour accueillir des patients des urgences (ED), de l'USI ou du PACU, etc.

Sélection générale (en plus de ce qui précède) - (site du Glen)

Si un lit en chirurgie est utilisé pour un patient "médical" (comme détaillé ci-dessous), le patient doit être soit être prévu pour un congé le lendemain, soit transféré dans le service habituel le lendemain (c'est-à-dire qu'un congé y est anticipé). Selon les besoins, un patient prévu pour un congé le lendemain peut être déplacé vers un espace de surcapacité pour optimiser les ressources.

En général, les unités Soins palliatifs, SSU, Hémato/Oncologie et respiratoire peuvent avoir un maximum de 2 patients supplémentaires sans nécessiter une approbation formelle. (Au-delà de cela, les services doivent être d'accord ou le DSMP doit être impliqué.) La charge de travail doit être répartie de manière aussi uniforme que possible tout en respectant les critères.

Annexe 2 : Algorithme de surcapacité site Glen

Ces patients doivent être distribués de façon équitable autant que possible pour éviter qu'un des services se retrouve en surcapacité de façon systématique. Sauf pour la cardiologie au C7, les services peuvent être assignés 2 patients chaque en surplus. Toute demande supplémentaire doit être acceptée ou discutée avec le DSP de garde.

6.1 Patients chirurgicaux (y compris gynécologiques)

- Objectifs : Maximiser la capacité en lits chirurgicaux afin de minimiser les annulations de bloc opératoire par manque de lits.
- Dynamiques identifiées :
    - Annulation fréquente des SDA par manque de lits.
    - Utilisation limitée des lits de surcapacité dans les unités chirurgicales (notamment au site Glen).
    - Patients qui passent la nuit dans la salle de réveil.
    - Les critères de surcapacité des lits ont été révisés afin d'offrir un meilleur accès aux lits.
    - Les lits chirurgicaux en surcapacité sont toujours utilisés pour les patients chirurgicaux avant d'être proposés à d'autres services.
    - Lorsque les lits de surcapacité chirurgicaux sont utilisés pour d'autres patients, le transit ciblé est de 24 h (du dimanche au jeudi ; 48 h le vendredi et le samedi).
- Lorsqu'aucun lit chirurgical n'est disponible :
    - Les patients en préopératoire sont dirigés vers les lits de surcapacité
    - Les patients postopératoires ayant subi une intervention avec une courte durée d'hospitalisation (par exemple, une appendicectomie, etc.) peuvent être placés dans des lits de surcapacité.
    - Au Glen, tous les patients éligibles au programme ERAS du HGM peuvent être placés dans des lits de surcapacité.
    - Les patients en fin de séjour peuvent être transférés dans des lits de surcapacité si nécessaire. Le transit ciblé pour les patients est 24 à 48 heures.

6.2 Chirurgie cardiaque / Cardiologie pré- et post-interventionnelle / Patients en cardiologie

- Objectifs : Optimiser la flexibilité des services chirurgicaux, tout en offrant une capacité supplémentaire en cardiologie au D7
- Dynamiques identifiées :
    - Certains lits sous-utilisés au D7 sont désignés pour le service de chirurgie, mais peuvent être utilisés pour des patients en cardiologie de court séjour.
    - Les situations d'urgence liées à la chirurgie cardiaque peuvent nécessiter le rapatriement immédiat des patients transférés en unité de soins intensifs/CCU
- Critères pour les patients :
    - Post-cathétérisme (sans intervention) ou ICP non compliquée pour infarctus du myocarde sans sus décalage du segment ST/angor instable ou coronaropathie stable.
    - Pré-intervention : TAVI, clips, fermeture de la CIA, fermeture de l'AAG.
    - Post-intervention cardiaque structurelle, notamment fermeture de la CIA, fermeture de l'AAG.
    - Post-implantation d'un stimulateur cardiaque/DAI.
    - Post-ablation pour tachycardie supraventriculaire (TSV), ou flutter.
    - Pré-intervention avant une intervention chirurgicale planifiée ou l'acceptation du patient par le service de chirurgie cardiaque et son transfert en cardiologie (bien que des discussions soient en cours concernant la possibilité que certains de ces patients soient transférés pour une IRP sous cardiologie).
- En l'absence de lits disponibles :
    - Les patients dont le séjour prévu est de 24 heures ou moins (peut être de 48 heures le weekend).
    - Les patients admis dans ces lits D7 peuvent être en pré- ou post-intervention. Ils peuvent alors être transférés des urgences avant l'intervention, ou en convalescence dans l'unité D7.
    - De plus, les patients ayant récemment consulté aux urgences ou ayant été transférés à l'hôpital peuvent revenir pour une intervention ambulatoire accélérée afin de réduire le nombre de consultations aux urgences et d'éviter de nouvelles consultations.
    - La priorité est de faciliter les admissions depuis les urgences ou de réduire le nombre d'hospitalisations pour les patients prêts à quitter l'hôpital en attendant une intervention.
    - Toutes les demandes de garde sont transmises à l'équipe principale. Les équipes de cardiologie de garde (y compris le personnel hospitalier et les médecins) ne prodigueront pas de soins.
    - Les cas susceptibles de se compliquer ou d'être instables doivent être admis en unité de soins intensifs / CCU.
- Responsabilité de la prise en charge : les patients doivent avoir congé rapidement. Le service d'électrophysiologie, le service de cardiologie interventionnelle et/ou le service de cardiologie pour patients hospitalisés sont responsables de la prise en charge de ces patients pendant la nuit et de leur congé le lendemain matin, en attendant d'autres examens nécessaires. Ces examens doivent être effectués dès que possible le matin afin de libérer de la place pour les nouveaux patients.
    - Patients du module D7 ayant récemment évalués aux urgences et nécessitant une procédure prioritaire en ambulatoire : admis et entièrement pris en charge par

l'équipe d'électrophysiologie

- Patients du module D7 ayant récemment consulté aux urgences et ayant bénéficié d'une procédure accélérée de cathétérisme cardiaque en ambulatoire : admis et entièrement pris en charge par l'équipe de cathétérisme cardiaque.
- Patients du module D7 hospitalisés ou provenant des urgences : actuellement admis et pris en charge par les équipes de cardiologie pour patients hospitalisés (rouge/bleu). Le médecin de l'unité de soins cardiaque (USIC) qui n'enseigne pas ce matin-là verra ces patients à 8 h 30 après transfert de soins, évaluera ces patients et leur donnera congé dès qu'ils seront prêts.

6.3 Patients hémo-oncologiques

- Objectifs : Permettre aux patients hémo-oncologiques un meilleur accès aux lits en minimisant l'attente aux urgences et en priorisant l'accès aux patients nécessitant une chimiothérapie et des traitements qui ne peuvent être administrés dans d'autres services d'hospitalisation.
- Dynamiques identifiées :
    - L'unité de soins hémo-oncologiques est généralement pleine.
    - La chimiothérapie et la greffe de moelle osseuse ne peuvent être réalisées dans d'autres services.
    - Plusieurs patients se présentent aux urgences avec des complications liées au traitement (principalement neutropénie fébrile, GVHD, réaction aux agents biologiques…) qui nécessitent une intervention active des hémo-oncologues.
- L'algorithme d'admission prend déjà en compte d'autres problématiques qui affectent le parcours des patients hémo-oncologiques.
- Les délais d'attente pour l'accès aux traitements de ces patients doivent être respectés compte tenu de la progression possible de la maladie.
- Le CUSM est un centre de référence pour les cancers rares (p. ex., sarcomes, SNC, etc.) ainsi que pour certains traitements qui ne sont pas offerts ailleurs dans notre RIUS ou dont la disponibilité est limitée dans la province.
- Démarche lorsqu'aucun lit d'hémo-oncologie n'est disponible,
    - La priorité est accordée aux patients nécessitant des traitements spécialisés.
    - Les patients arrivant avant le début de leur traitement peuvent être placés dans des chambres surchargées jusqu'à leur traitement.
    - Les patients qui sont sur le point de quitter l'hôpital (dernières 24 ou 48 heures) et qui n'ont plus besoin de chambres à pression négative peuvent être transférés dans une chambre surchargée.
    - Les patients atteints de neutropénie fébrile dont le rétablissement est prévu rapidement peuvent être admis dans une chambre surchargée.
    - Les autres patients nécessitant une admission aux urgences peuvent être admis dans des lits hors service ou des lits surchargés dans d'autres unités (lits chirurgicaux), selon la disponibilité.

6.4 Patients en soins palliatifs

- Objectifs : Permettre aux patients en soins palliatifs un meilleur accès aux lits et réduire le nombre de décès à l'urgence.
- Dynamiques identifiées :
    - L'unité de soins palliatifs est souvent pleine.
    - Le décès de patients en soins palliatifs à l'urgence par manque de lits est fréquent.
    - De nombreux patients sont admis pour le contrôle des symptômes plutôt que pour la phase terminale de la maladie.
    - Quelques patients non cancéreux décèdent à l'urgence et pourraient bénéficier des services de l'unité de soins palliatifs.
- Le MSSS a émis une directive selon laquelle les patients mourants doivent avoir une chambre individuelle.
- Démarche lorsqu'aucun lit n'est disponible à l'unité de soins palliatifs,
    - Les patients non en phase terminale peuvent être admis dans une chambre de surcapacité à l'unité de soins palliatifs ou ailleurs.
    - Les patients dont l'espérance de vie est inférieure à 48 heures peuvent être admis dans n'importe quel lit régulier hors service. En général, ce sera en C8.
    - En l'absence de chambre disponible, le patient en fin de vie imminente et/ou sa famille peuvent avoir le choix entre une chambre de surcapacité (seul) ou rester aux urgences.
    - Un patient présentant un état de santé différent peut être admis hors service si un autre lit est prévu de se libérer à l'unité de soins intensifs dans les 24 heures suivantes.
    - Lorsqu'aucun lit n'est disponible au Glen, le transfert vers Lachine doit être priorisé par rapport aux lits hors service (les patients risquant de décéder pendant le transport ne doivent pas être transportés).
    - Les patients devant rentrer chez eux dans les 24 heures suivantes peuvent être transférés vers des chambres de surcapacité, le cas échéant.

6.5 Patients UHB

- Objectifs : Faciliter l'accès des patients SSU aux lits et réduire leur nombre aux urgences.
- Dynamiques identifiées :
    - Le taux de rotation des patients SSU est généralement élevé.
    - Les candidats SSU sont fréquents et la capacité est pleinement utilisée.
    - Le SSU accepte souvent de prendre en charge des patients hors service en les admettant avec la collaboration d'un autre service.
    - Les patients hors service peuvent être répartis sur plusieurs étages et se trouver dans n'importe quelle unité, ce qui complique le travail.
- Démarche lorsqu'aucun lit SSU n'est pas disponible :
    - Les patients SSU peuvent être admis hors service dans une chambre standard C8, une chambre de surcapacité ou une chambre double.
    - Si le patient est admis dans une chambre standard C8 et que cette chambre est nécessaire pour un patient en chirurgie, le patient SSU sera rapatrié vers le SSU dans le lit disponible suivant, avant un patient en attente aux urgences.
    - Les patients SSU hors service ne seront pas admis dans d'autres unités, sauf circonstances exceptionnelles.

6.6 Patients en pneumologie

- Objectifs : Faciliter l'accès des patients en pneumologie aux lits et réduire le nombre de patients en pneumologie aux urgences.
- Dynamiques identifiées :
- Les lits en pneumologie (y compris les lits des unités médicales) sont généralement occupés.
- Les patients en pneumologie nécessitent souvent un isolement pour infection propagée par voie aérienne (ils ne sont donc pas candidats à des espaces non traditionnels).
- Certains patients en pneumologie nécessitent un approvisionnement fiable en oxygène 24 h/24.
- La demande de lits atteint des pics en automne, en hiver et au printemps.
- L'algorithme d'admission prend déjà en compte d'autres problèmes qui affectent la trajectoire des patients en pneumologie.
- L'hôpital thoracique offre un soutien complet pour la prise en charge des patients en hôpital de jour.
- Le CUSM est un centre de référence pour les affections qui ne sont pas traitées systématiquement ailleurs (fibrose kystique, pneumopathie interstitielle, etc.).
- Démarche lorsqu'aucun lit en pneumologie n'est disponible :
    - Les nouvelles admissions doivent être prioritaires (donc l'allocation d'un lit de surcapacité devrait être pour un patient près de son congé).
    - Les patients doivent être admis par ordre chronologique de temps d'attente, sauf circonstances exceptionnelles.
    - Ordre de préférence pour Surcapacité de lits : C8, doublement des lits dans les chambres existantes, chambres surcapacités
    - Les patients en chambres non traditionnelles doivent être pris en compte dans l'algorithme actuel (qui n'inclut pas les patients porteurs de drains thoraciques).
    - L'utilisation des lits C8 doit être limitée aux patients dont le séjour est prévu 24 heures ou moins, ce qui peut inclure les patients dont le séjour est presque terminé ou les patients qui seront transférés en réanimation le lendemain (48 heures le weekend ou à d'autres périodes où la demande de lits chirurgicaux est plus faible).
    - Les patients en C8 qui auront leur congé doivent être évalués en premier lors de la visite du matin.

** Si un patient en pneumologie nécessitant de l'oxygène est admis dans une salle non conventionnelle (par exemple, une salle de conférence), ses besoins en oxygène doivent être à leur normale (c'est-à-dire sous O2 à domicile à 1-2 L et ne pas avoir besoin de plus d'O2 ou ne pas avoir de besoins croissants en O2 - cela doit être déterminé par le service de consultation en pneumologie)

Version du 14 mai 2025

À être revue 4 mois après déploiement.