

Direction des services professionnels

Direction des soins infirmiers

Direction des services multidisciplinaires

Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance

POLITIQUE

CHEMINEMENT DES USAGERS EN MILIEU HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE

N° Politique : POL-040	Responsable de l'application : Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers, Direction des services multidisciplinaires et Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance	
N° Procédure découlant : PRO-023 PRO-112		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2024-09-10	Date de révision : 2028-09-10
Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés		

1. CONTEXTE

Dans le cadre de la réorganisation des services de santé et services sociaux, il est impératif que le Centre Universitaire Intégré de Santé et Services Sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) se conforme aux attentes du ministère de la Santé et Services Sociaux (MSSS). À cet effet, plusieurs indicateurs de performance doivent être implantés et suivis, notamment en matière de cheminement des usagers en milieu hospitalier de soins de courte durée et de soins psychiatriques.

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse aux directeurs, aux gestionnaires, aux médecins et à l'ensemble du personnel.

3. OBJECTIFS

La présente politique a pour objectifs :

- S'assurer que les usagers soient traités dans un environnement qui convient à leur condition médicale, et ce, selon les indicateurs de performance prescrits par le MSSS ;
- Contrôler le flux de patients et la congestion des urgences et des unités de soins de courte durée, et ce, afin d'assurer des soins de qualité et sécuritaires aux patients ainsi que des trajectoires fluides ;
- Améliorer la fluidité des admissions (24 heures sur 24 en continu) ;
- Harmoniser et favoriser les meilleures pratiques cliniques, professionnelles et administratives ;
- L'usager au bon endroit afin d'améliorer sa sécurité et maintenir son autonomie ;
- Prioriser l'utilisation des lits en réduisant l'ectopie ;

- Atteindre les cibles ministérielles, soit aucun patient de plus de 24 heures à l'urgence, maintenir un taux d'occupation sous les 100 % aux urgences et réduire la durée moyenne de séjour sur civière à 12 heures ;
- Se conformer aux exigences du Conseil Canadien d'Agrément portant sur le cheminement des usagers.

4. DÉFINITIONS

4.1. Temps de prise en charge par le médecin de l'urgence (PEC)

Délai entre le triage et la première visite au patient par le médecin d'urgence.

4.2. Orientation du patient

Décision de retourner le patient à domicile ou dans son milieu de vie, de faire une consultation médicale ou de l'admettre dans une unité de soins.

4.3. Temps de complétion de consultation

Temps nécessaire entre le moment où le consultant est avisé de la demande et le temps où la consultation est complétée.

4.4. Durée de séjour ambulatoire à l'urgence

Temps moyen de séjour entre le triage et l'orientation.

4.5. Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à l'urgence

Temps moyen de séjour sur civière entre le triage et l'orientation.

4.6. Durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation

Temps moyen de séjour en hospitalisation de courte durée entre le jour de l'admission et le jour du congé. Cette durée moyenne de séjour peut être évaluée par spécialité, par unité et/ou préférablement par diagnostics regroupés pour la gestion (DRG).

4.7. Délais d'admission

Délais entre la demande d'hospitalisation et l'arrivée sur l'unité de soins.

5. ÉNONCÉ

5.1. Redirection des patients

Les patients de l'urgence de priorité 4 et 5 (P4-P5) et certains de priorité 3 (P3) suite au processus de triage peuvent être redirigés vers des cliniques externes, accueils cliniques, plateformes ambulatoires, équipe de suivi dans la communauté ou GMF-R selon les critères d'appartenance clinique, si la condition médicale permet le transfert.

5.2. Effectifs médicaux

Les effectifs médicaux du service de l'urgence pourraient avoir à être réaffectés à certains secteurs au besoin, en fonction de l'achalandage et en tenant compte de la disponibilité des médecins.

5.3. Admission

Les admissions des patients doivent être faites promptement dès que le lit est disponible.

5.4. Requête de consultation

- Toute requête de consultation, lorsque requise devrait être complétée idéalement dans un délai de 2 heures suivant l'arrivée d'un patient à l'urgence (selon l'entente du MSSS);
- Une démarche de consultation est considérée terminée lorsque la décision, quant à l'orientation est soit d'admettre le patient ou lui donner son congé;
- La décision pour l'admission ou le congé du patient devra être prise dans les 2 heures suivant le moment de la demande de consultation, mais une période d'observation de 2 heures supplémentaires est permise;
- Bien qu'une seule consultation à un service qui peut admettre est à prioriser, plus d'une consultation peuvent être faites selon les besoins cliniques;
- Des consultations urgentes se font en tout temps, selon la situation clinique du patient et la disponibilité des médecins de garde;
- Les consultations jugées inappropriées doivent être portées à l'attention du chef médical ou du coordonnateur de l'urgence.

5.5. Évaluation des patients

- La consultation doit être effectuée par un médecin de garde et son équipe, s'il y a lieu, afin d'orienter correctement le patient;
- Lorsqu'une admission est requise ou qu'une consultation externe est nécessaire, tous les patients doivent être identifiés en fonction de leur état et évalués en fonction de leur appartenance (clinique ou géographique).

5.6. Temps d'attente

La cible du délai de prise en charge médicale à l'urgence est de 2h. Pour la clientèle ambulatoire, une durée de séjour de moins de 4 heures est ciblée. De l'arrivée du patient sur civière à l'urgence, jusqu'à la décision de sa sortie ou de son orientation, une DMS de moins de 12 heures est attendue. La durée de séjour à l'urgence ne doit pas excéder 24 heures.

5.7. Gestion des lits

Dans le but d'assurer une DMS de moins de 24 heures à l'urgence, les lits seront attribués selon la DMS de la clientèle présente sur civière. Nous prenons également en considération la spécialité d'admission tout en respectant les consignes du service de prévention et contrôle des infections.

5.8. Planification précoce et conjointe des congés (PPCC)

Les coordonnateurs à l'hospitalisation, les chefs d'unité, les intervenants impliqués ainsi que les équipes cliniques arriment leurs efforts pour la planification précoce et conjointe des congés (PPCC) selon les modalités et les outils disponibles.

5.9. Longs séjours

La coordination des longs séjours et cas complexes contribue aux efforts pour réduire les durées moyennes de séjour lors de l'hospitalisation en courte durée.

5.10. Congés

Les congés aux unités de soins doivent être identifiés et annoncés, idéalement la veille du départ du patient. Les départs doivent être inscrits dans le tableau des lits et effectifs dans les délais établis, soit avant 10h00; l'utilisation des salons départ est fortement encouragée.

5.11. Trajectoire ambulatoire

Selon les circonstances, certains patients provenant des cliniques externes peuvent être admis directement aux étages dans les disciplines concernées via la gestion des lits.

5.12. Respect de la présente politique

Les gestionnaires, employés et médecins sont tenus d'adhérer à cette politique et doivent rendre compte au directeur des services professionnels.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers et Direction des services multidisciplinaires, Direction des programmes Santé Mentale, dépendance et itinérance.

Responsables de s'assurer de la mise en application, du respect et de la diffusion de la présente politique et de la procédure associée.

6.2. Coordination des mouvements de la clientèle ou chef de service à la coordination et gestion des lits et des séjours hospitaliers (IUSMM)

Il incombe à ce gestionnaire, d'appliquer la cascade d'ouverture et de fermeture des lits de débordement et de surcapacité selon le niveau d'alerte, ainsi que de déclencher le niveau d'alerte (Annexes 1 et 2).

6.3. Chefs d'unité

Ils sont responsables de la gestion et la planification des congés et des départs au sein de leur unité et doivent s'assurer d'utiliser les lits vacants en vue d'une admission en appliquant le flux tiré.

6.4. Infirmiers de liaison

Il doit établir le lien entre l'installation et les différentes ressources du RSSS, que ce soit le SAD, le CHSLD, le centre de réadaptation ou les différents GMF. Sa présence à l'urgence et à l'hospitalisation favorise la communication autant à l'intérieur du centre hospitalier qu'avec les ressources ambulatoires et communautaires, et accélère le processus de départ des usagers de l'urgence et de l'hospitalisation.

Orienté les usagers vers les ressources appropriées et s'assure de la prise en charge des usagers qui nécessitent l'organisation de services pour permettre leur retour dans leur milieu de vie ou leur intégration dans un nouveau milieu.

Collabore avec les ressources concernées pour assurer la continuité des soins et services.

Communique avec l'intervenant pivot de l'utilisateur ou le guichet d'accès du SAD. Il travaille en étroite relation avec les autres agents de liaison.

6.5. Médecins

Il décide du congé de l'usager en collaboration avec l'équipe soignante, participe à la coordination de l'épisode de soins et services en collaboration avec l'équipe soignante et le chef d'unité. Il identifie dès que possible les usagers qui pourraient avoir congé et priorise les congés lors de sa tournée médicale afin de maintenir la fluidité hospitalière. Aussi, il identifie les usagers qui sont en niveau de soins alternatifs lorsque requis.

6.6. Directeurs et gestionnaires

Ils sont responsables de s'assurer de la diffusion de la présente politique et de sa procédure associée, au personnel concerné. Ils sont responsables de collaborer avec la gestionnaire des lits afin de faciliter l'adhésion à la présente politique.

6.7. Usagers

Il contribue, participe, collabore et consent à son épisode de soins et de services.

Il libère son lit lorsque son congé est signé.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction des services professionnels, Direction des soins Infirmiers et Direction des services multidisciplinaires et Direction des Programmes Santé Mentale, dépendance et itinérance.

Responsables de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans les installations hospitalières de soins de courte durée administrées par le CEMTL.

9. ANNEXES

Annexe 1 - Niveaux d'alerte de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Annexe 2 - Niveaux d'alerte de l'Hôpital Santa Cabrini

ANNEXE 1 : Niveaux d'alerte - HMR

	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Urgence 57 civières	% d'occupation des civières (N)	Taux d'occupation à L'urgence de 91 105% Jusqu'à 57 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence entre 106% et 119% Entre 58 et 64 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence entre 120% et 139% Entre 65 et 75 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence > 140% Plus de 76 usagers sur civières
Urgence	Nombre d' admissions	< 15	16 à 23	24 à 29	> 30
Urgence	Délais des consultations médicales	< 2h	< 2h	< 2h	< 2h
Urgence	Orientation des patients et mesures diagnostiques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Si hospitalisation requise, le coordonnateur médical décide de l'admission à 24h Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Si hospitalisation requise, le coordonnateur médical décide de l'admission à 24h Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Si hospitalisation requise, le coordonnateur médical décide de l'admission à 24h Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Si hospitalisation requise, le coordonnateur médical décide de l'admission à 24h Accès priorisé aux plateaux techniques
Gestion des lits	Analyse du nombre de lits requis en fonction du portrait global (admissions de l'urgence, congés des unités, programme opératoire, sorties des soins intensifs, nombre de NSA, rapatriements, transferts)	Rapatriement aux étages <24h Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l'analyse du portrait global	Rapatriement aux étages <48h sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l'analyse du portrait global	Rapatriement aux étages <72h sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global	Rapatriement aux étages retardé sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global Si la situation devient non sécuritaire, détournement relatif des ambulances à considérer selon le portrait global par la DSP ou le directeur de garde

<p>Gestion des lits sur semaine</p>	<p>Rencontre(s) quotidienne(s)</p>	<p>9h Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité</p>	<p>9h Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité</p>	<p>9h Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité Présence des coordonnateurs clinico-administratifs urgence et hospitalisation DSI-DSM-DSP-SAPA</p> <p>11h30 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DSP-DSI-SAPA-DSM par l'équipe de la DSP</p> <p>20h Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse Communication par texto au directeur de garde par le coordonnateur d'activités Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global</p>	<p>9h Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs de l'urgence et des unités Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité Présence des coordonnateurs clinico-administratifs urgence et hospitalisation DSI-DSM-DSP-SAPA Présence des DA ou directeurs</p> <p>11h30 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DSP-DSI-SAPA-DSM par l'équipe de la DSP</p> <p>13h30 Rencontre en pers ou téléphonique Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et d'urgence Représentant DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité Présence des coordonnateurs clinico-administratifs DSI-DSM-DSP-SAPA Présence des DA ou directeurs</p> <p>20h Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse Communication par texto au directeur de garde par le coordonnateur d'activités Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global</p>
-------------------------------------	------------------------------------	---	---	---	--

ANNEXE 1 : Niveaux d'alerte - HMR

Gestion des lits la fin de semaine et férié	Rencontre(s) téléphonique(s) d'équipe à 10h convoquée(s) par le directeur de garde				
Unités de soins	Ouverture et fermeture du débordement et surcapacité	<p>Utilisation des lits de débordement à coûts nuls (médecine, chirurgie, santé mentale)</p> <p>Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours</p> <p>Fermeture des espaces de débordement (si ouverts) par bloc de 4 à 6</p>	<p>Utilisation des lits de débordement à coûts nuls (médecine, chirurgie, santé mentale)</p> <p>Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours</p> <p>Utilisation de la surcapacité inversée sur les unités de médecine</p> <p>Fermeture des espaces de débordement (si ouverts) par bloc de 4 à 6</p> <p>Utilisation de la surcapacité en chirurgie pour admettre des cas de l'urgence dans le respect des critères</p>	<p>Utilisation des lits de débordement à coûts nuls (médecine, chirurgie, santé mentale)</p> <p>Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours</p> <p>Utilisation de la surcapacité inversée sur les unités de médecine</p> <p>Utilisation de la surcapacité en chirurgie pour admettre des cas de l'urgence dans le respect des critères</p> <p>Ouverture des espaces de débordement par bloc de 4 à 6</p> <p>Utilisation de la surcapacité en chirurgie pour les admissions dans le respect des critères</p>	<p>Utilisation des lits de débordement à coûts nuls (médecine, chirurgie, santé mentale)</p> <p>Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours</p> <p>Utilisation de la surcapacité inversée sur les unités de médecine</p> <p>Utilisation de la surcapacité en chirurgie pour admettre des cas de l'urgence dans le respect des critères</p> <p>Ouverture des espaces de débordement par bloc de 4 à 6</p> <p>Utilisation de la surcapacité en chirurgie pour les admissions dans le respect des critères</p>
Unités de soins	Gestion des départs et planification des congés	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p> <p>Utilisation des salons de départ</p> <p>Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p> <p>Utilisation des salons de départ</p> <p>Maximiser les mesures pour des départs précoces</p> <p>Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p> <p>Utilisation des salons de départ</p> <p>Maximiser les mesures pour des départs précoces</p> <p>Mobiliser les médecins à donner des congés</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p> <p>Utilisation des salons de départ</p> <p>Maximiser les mesures pour des départs précoces</p> <p>Mobiliser les médecins à donner des congés via les coordonnateurs</p>

				via les coordonnateurs clinico- administratifs et médicaux Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI	Solliciter les coordonnateurs médicaux et chefs de départements pour une révision des congés potentiels par la DSP Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI
Unités de soins courte durée	Taux de NSA % (N lits)	< 2% (<12)	2% à 4% (12-23)	4% à 6% (24-34)	> 6% (>35)
SAD, MAH et CHSLD		PPCC à l'urgence Sur les unités, consultation du chef SAD en CH pour organiser RAD 48h au SAD pour OEMC et 24 heures au MAH pour orienter Prise en charge SAD sans délai pour RAD Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi DMS en LPA et URFI Ouvrir 25% des lits surcapacité en CHSLD		Suivi 2 fois par semaine des usagers NSA par les coordonnateurs Achats de places avec RPA déjà à contrat Ouvrir 50% des lits surcapacité en CHSLD	Suivi quotidien des usagers NSA par coordonnateurs. Équipe d'intervenants SAD déployée ponctuellement pour accélérer des congés Achat de places par sollicitation d'autres partenaires (hors contrat) Ouvrir 75% des lits surcapacité en CHSLD
Hors CIUS S (en lien avec % NSA 10a et 10b)		Admission dans les 4 jours post NSA Suivi quotidien des NSA de réadaptation	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs avec les coordonnateurs Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs avec les coordonnateurs Conférence téléphonique avec tous les partenaires régionaux impliqués

ANNEXE 2 : Niveaux d'alerte - Santa Cabrini

	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Urgence 38 civières	% d'occupation des civières (N)	Taux d'occupation à l'urgence de 91 105% Jusqu'à 40 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence entre 106% et 119% Entre 41 et 45 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence entre 120% et 139% Entre 46 et 53 usagers sur civières	Taux d'occupation de l'urgence > 140% Plus de 54 usagers sur civières
Urgence	Nombre d'admissions	< 8	8 à 15	16 à 20	> 20
Urgence	Délais des consultations médicales	< 2h	< 2h	< 2h	< 2h
Urgence	Orientation des patients et mesures diagnostiques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Accès priorisé aux plateaux techniques	Révision des cas sans orientation par le coordonnateur médical Accès priorisé aux plateaux techniques
Gestion des lits	Analyse du nombre de lits requis en fonction du portrait global (admissions de l'urgence, congés des unités, programme opérateur, sorties des soins intensifs, nombre de NSA, rapatriements, transferts)	Rapatriement <24h Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l'analyse du portrait global	Rapatriement <48h sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l'analyse du portrait global	Rapatriement <72h sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global	Rapatriement retardé sauf si urgent Niveau d'alerte pourra être indiqué sur les rapports du matin, de l'après-midi et de soir Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global Si la situation devient non sécuritaire, détournement relatif des ambulances à considérer selon le portrait global par la DSP ou le directeur de garde
Gestion des lits sur semaine	Rencontre(s) quotidienne(s)	10h Coordonnatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI- DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité	10h Coordonnatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI- DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité	10h Coordonnatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité	10h Coordonnatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs de l'urgence et des unités Représentants DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité Présence des coordonnateurs clinico- administratifs urgence et hospitalisation

<p>Gestion des lits la fin de semaine et férié</p>	<p>Rencontre(s) téléphonique(s) d'équipe à 10h convoquée(s) par le directeur de garde</p>			<p>Présence des coordonnateurs clinico-administratifs urgence et hospitalisation DSI-DSM-DSP-SAPA</p> <p>11h30 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DSP-DSI- SAPA-DSM par l'équipe de la DSP</p> <p>20h Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse Communication par texto au directeur de garde par le coordonnateur d'activités Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global</p>	<p>DSI-DSM-DSP-SAPA Présence des DA ou directeurs</p> <p>11h30 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DSP-DSI- SAPA-DSM par l'équipe de la DSP</p> <p>13h30 Rencontre en personne ou téléphonique Coordonnatrice des mouvements des clientèles de la DSP Chefs d'unités et d'urgence Représentant DSI-DSP-DSM-SAPA-SPCI- hygiène salubrité Présence des coordonnateurs clinico-administratifs DSI-DSM-DSP-SAPA Présence des DA ou directeurs</p> <p>20h Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse Communication par texto au directeur de garde par le coordonnateur d'activités Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global</p>
<p>Unités de soins</p>	<p>Gestion des départs et planification des congés</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>
<p>Unités de soins</p>	<p>Gestion des départs et planification des congés</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>	<p>Gestion quotidienne par l'AIC et le chef d'unité</p>

		Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI	Maximiser les mesures pour des départs précoces Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI	Maximiser les mesures pour des départs précoces Mobiliser les médecins à donner des congés via les coordonnateurs clinico- administratifs et médicaux Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI	Maximiser les mesures pour des départs précoces Mobiliser les médecins à donner des congés via les coordonnateurs médicaux et chefs de départements pour une révision des congés potentiels par la DSP Révision des séjours excédentaires (>10 à 20 jours) par les chefs d'unités et ASI
Unités de soins courte durée	Taux de NSA % (N lits)	< 2% (< 6)	2% à 4% (6-12)	4% à 6% (13-18)	> 6% (> 18)
SAD, MAH et CHSLD		PPCC à l'urgence Sur les unités, consultation du chef SAD en CH pour organiser RAD 48h au SAD pour OEMC et 24 heures au MAH pour orienter Prise en charge SAD sans délai pour RAD Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi DMS en LPA et URFI Ouvrir 25% des lits surcapacité en CHSLD		Suivi 2 fois par semaine des usagers NSA par les coordonnateurs Achats de places avec RPA déjà à contrat Ouvrir 50% des lits surcapacité en CHSLD	Suivi quotidien des usagers NSA par coordonnateurs. Équipe d'intervenants SAD déployée ponctuellement pour accélérer des congés Achat de places par sollicitation d'autres partenaires (hors contrat) Ouvrir 75% des lits surcapacité en CHSLD
Hors CIUS S		Admission dans les 4 jours post NSA Suivi quotidien des NSA de réadaptation	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs avec les coordonnateurs	Suivi quotidien des NSA de réadaptation par les chefs avec les coordonnateurs
(en lien avec % NSA 10a et 10b)			Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés	Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés	Conférence téléphonique avec tous les partenaires régionaux impliqués