

POLITIQUE**CHEMINEMENT DES USAGERS EN MILIEU HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE**N° Politique : **POL-040**N° Procédure découlant : **PRO-023**

Responsable de l'application : Direction médicale et des services professionnels

Approuvée par : Comité de direction

Date d'approbation :
2026-08-25Date de révision :
2030-08-25

Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés de l'ensemble de l'établissement.

1. CONTEXTE

Dans le cadre de la réorganisation des services de santé et services sociaux, il est impératif que Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire se conforme aux attentes de Santé Québec. À cet effet, plusieurs indicateurs de performance sont suivis, notamment en matière de cheminement des usagers en milieu hospitalier de soins de courte durée.

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 objectif de s'assurer que les usagers soient traités dans un environnement qui convient à leur condition médicale, et ce, selon les indicateurs de performance qui guident vers une pratique optimale.

La présente politique vise également à :

- Contrôler le flux d'usagers et réduire la congestion des urgences et des unités de soins de courte durée afin d'assurer des soins de qualité, sécuritaires et des trajectoires fluides;
- Améliorer la fluidité des admissions (24 heures sur 24, en continu);
- Harmoniser et favoriser les meilleures pratiques cliniques, professionnelles et administratives;
- Favoriser le principe de l'utilisateur au bon endroit afin d'améliorer sa sécurité et de maintenir son autonomie;

- Prioriser l'utilisation des lits en réduisant l'ectopie;
- Se conformer aux exigences d'Agrément Canada portant sur le cheminement des usagers.

4. DÉFINITIONS

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

Délais entre le triage et la première visite de l'utilisateur par le médecin d'urgence dont la cible est établie selon les guides de l'échelle de triage et de gravité (ETG).

4.2. Orientation de l'utilisateur

Décision de retourner l'utilisateur 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).

5. ÉNONCÉ

5.1. Redirection des usagers

Les usagers 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, les plateformes ambulatoires, la clinique IPS, le centre de crise ou la GMF-R selon les critères d'appartenance clinique et si la condition médicale permet la réorientation.

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 usagers doivent être faites promptement dès que le lit est disponible.

5.4. Évaluation des usagers

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

5.5. Requête de consultation

- Le délai moyen recommandé est de 2h entre la demande de consultation et la prise en charge de l'usager par le consultant, et ce, tous les jours conformément aux incitateurs établis;
- Une démarche de consultation est réputée complétée dès que la décision d'admettre l'usager ou de lui accorder son congé est prise;
- La décision d'admission ou de congé doit être rendue dans les 2 heures suivant la demande de consultation. Une période d'observation additionnelle pouvant aller jusqu'à 2 heures peut toutefois être accordée au besoin;
- Bien qu'une seule consultation à un service qui peut admettre est à prioriser, plus d'une consultation peut être faite selon les besoins cliniques;
- Des consultations urgentes se font en tout temps, selon la situation clinique de l'usager 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.

5.6. Temps d'attente

La cible de délai de prise en charge médical par le médecin à l'urgence est variable selon la priorité établie selon la situation de l'usager en se basant sur l'échelle de triage et gravité (ETG).

Pour la clientèle ambulatoire, une durée de séjour de moins de 4 heures est ciblée. De l'arrivée de l'usager 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 devrait 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. Certaines conditions peuvent être considérées afin de prioriser un usager.

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) dès l'urgence ainsi qu'aux unités de soins, selon les modalités et les outils disponibles.

5.9. Caucus fluidité santé physique / Longs séjours

La coordination des longs séjours et cas complexes contribue aux efforts, selon différents processus, afin de 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 de l'usager. Les départs doivent être inscrits dans le tableau des lits et effectifs dans les délais établis, soit avant 10h00; l'utilisation des salons des congés est fortement encouragée.

5.11. Trajectoire ambulatoire

Selon les circonstances, certains usagers provenant des cliniques externes peuvent être admis directement aux étages dans les disciplines concernées via la gestion des lits ou la coordination d'activités.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Direction médicale et des services professionnels, Direction des soins infirmiers et Direction des services multidisciplinaires de santé et services sociaux, Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP DPSMDI

Ils sont responsables de s'assurer de la diffusion, de la mise en application et du respect et de la présente politique et des procédures associées.

6.2. Coordination des mouvements de la clientèle

Il incombe aux coordonnateurs des mouvements de la clientèle d'appliquer la cascade d'ouverture et de fermeture des lits de débordement et de surcapacité selon les niveaux d'alerte. Ils sont responsables de déclencher l'alerte en fonction du taux d'occupation aux urgences. (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. 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.

6.5. 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 les coordonnateurs des mouvements de la clientèle afin de faciliter l'adhésion à la présente politique.

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

7.1. Direction médicale et des services professionnels

Elle est responsable 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. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction médicale et des services professionnels

Elle est responsable de la mise en application de la présente politique.

9. 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 l'une ou l'autre des installations administrées par Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire.

10. 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 – Hôpital Maisonneuve-Rosemont

ANNEXE 1: Niveaux d’alerte - HMR	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Urgence 54 civières	% d’occupation des civières (N)	Taux d’occupation à l’urgence entre 91 et 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 usagers 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 sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l’analyse du portrait global	Rapatriement aux étages <48h sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l’analyse du portrait global	Rapatriement aux étages <72h sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Ouverture relative du débordement selon l’analyse du portrait global	Rapatriement aux étages retardé sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour 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 DMSP ou le directeur de garde

ANNEXE 1: Niveaux d'alerte - HMR	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Gestion des lits sur sem.	Rencontre(s) quotidienne(s) en mode hybride	9h00 • Coordinnatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie	9h00 • Coordinnatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie	9h00 • Coordinnatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie • Présence des coordonnateurs clinico- administratifs urgence et hospitalisation DSMSSS-DMSP-SAPA	9h00 • Coordinnatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie • Présence des coordonnateurs clinico- administratifs urgence et hospitalisation DSMSSS-DMSP-SAPA • Présence des DA ou directeurs au besoin 10h00 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DMSP-SAPA-DSMSSS par les coordonnateurs des mouvements de la clientèle 11h00 Rencontre Teams • Coordinnatrice des mouvements des clientèles de la DMSP

ANNEXE 1: Niveaux d'alerte - HMR	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
					Présence des coordonnateurs clinico- administratifs DSMSSS- DMSP-SAPA
Gestion des lits (fins de semaine et fériés)		Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte
Unités de soins	Ouverture et fermeture du débordement et surcapacité	Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours Utilisation de la surcapacité à coût nul Fermeture des espaces de débordement (si ouverts)	Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours Utilisation de la surcapacité à coût nul Ouverture des lits de débordement selon le besoin	Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours Utilisation de la surcapacité à coût nul Maintien de l'ouverture des lits de débordement selon les besoins	Utilisation de la surcapacité pour les courts séjours Utilisation de la surcapacité à coût nul Maintien de l'ouverture des lits de débordement selon les besoins et ajout de lits de DEB et surcapacité
Unités de soins	Gestion des départs et planification des congés	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité Mobiliser les médecins à donner des	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité Mobiliser les médecins à donner des

ANNEXE 1: Niveaux d'alerte - HMR	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
		Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	congés via les coordos clinico-admin Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	congés via les coordos clinico-admin Solliciter les coordonnateurs médicaux et chefs de départements pour une révision des congés potentiels Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés
SAD, MAH, réadaptation		Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi des DMS, optimisation PPCC en CH et en LPA Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation Admission dans les 4 jours post NSA	Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi des DMS, optimisation PPCC en CH et en LPA Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation	Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs et coordonnateur Arrimage et discussions concernant les NSA par les coordonnateurs SAD et le coordonnateur longs séjours en CH Surcapacité en CPA (selon RH) Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation	Équipe PPCC à l'urgence (ajustement des RH selon capacité) Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs et coordonnateurs Arrimage et discussions concernant les NSA par les coordonnateurs SAD et le coordonnateur longs séjours en CH Surcapacité en CPA (selon RH) Équipe d'intervenants SAD déployée ponctuellement pour accélérer congés Conférence téléphonique avec tous les partenaires régionaux impliqués incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation

ANNEXE 1: Niveaux d'alerte - HMR	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
IUSMM		Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit

*** CPA : congé précoce assisté

ANNEXE 2 : Niveaux d’alerte – Hôpital 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 entre 91% et 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 usagers 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
Gestio n 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 <24h Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l’analyse du portrait global	Rapatriement <48h sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Fermeture relative du débordement (si ouvert) selon l’analyse du portrait global	Rapatriement <72h sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour Ouverture relative du débordement selon l’analyse du portrait global	Rapatriement retardé sauf si urgent Niveau d’alerte sera indiqué sur les rapports de gestion des lits 4 fois par jour 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 DMSP ou le directeur de garde

	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Gestion des lits sur semaine	Rencontres quotidiennes	9h30 • Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie	9h30 • Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie	9h30 • Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs d'unités et de l'urgence ou ASI des unités et de l'urgence • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie Présence des coordonnateurs clinico- administratifs urgence et hospitalisation DSMSSS-DMSP-SAPA	9h30 • Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Chefs de l'urgence et des unités • Représentants DMSP-DSMSSS-SAPA-SPCI- hygiène salubrité, imagerie et brancarderie • Présence des coordonnateurs clinico-administratifs urgence et hospitalisation • Présence des DA ou directeurs au besoin 10h00 Déclenchement du niveau d'alerte en fonction de l'analyse et de la rencontre du matin Communication par texto aux coordonnateurs et directeurs DMSP-SAPA-DSMSSS par les coordonnateurs des mouvements de la clientèle 11h00 Rencontre Teams • Coordinatrice des mouvements des clientèles de la DMSP • Présence des coordonnateurs clinico- administratifs DSMSSS-DMSP-SAPA

	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Gestion des lits la fin de semaine et férié		Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte	Gestion des lits active par le coordonnateur d'activités en présence Ouverture relative du débordement selon l'analyse du portrait global avec accord de la garde clinico-admin. Et selon cascade selon niveau d'alerte
Unités de soins	Gestion des départs et planification des congés	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Utilisation des salons de départ Maximiser les mesures pour des départs précoces Identifier les besoins ponctuels d'un professionnel, examen pour un congé le jour même Suivi rigoureux des durées de séjour surtout les 5 jours et + par les chefs d'unité Mobiliser les médecins à donner des congés via les coordonnateurs clinico-administratifs et médicaux Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés	Gestion quotidienne par l'ASI et le chef d'unité Maximiser les mesures pour des départs précoces Mobiliser les médecins à donner des congés via les coordonnateurs clinico-admin et médicaux Solliciter les coordonnateurs médicaux et chefs de départements pour une révision des congés potentiels par la DMSP Taux de NSA / cible MSSS < 8% lits dressés

	Indicateurs	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
SAD, MAH, réadapt ation		Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi des DMS, optimisation PPCC en CH et en LPA Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation Admission dans les 4 jours post NSA	Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs Suivi des DMS, optimisation PPCC en CH et en LPA Suivi des DMS, optimisation PPCC en CH et en LPA Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation	Équipe PPCC à l'urgence Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs et coordonnateurs Arrimage et discussions concernant les NSA par les coordonnateurs SAD et le coordonnateur longs séjours en CH Surcapacité en CPA (selon RH) Sollicitation des partenaires pour accélérer les congés incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation	Équipe PPCC à l'urgence (ajustement des RH selon capacité) Respect des délais ciblés des variables RQUSCH par le SAD, le guichet santé physique et le MAH Suivi quotidien des usagers NSA par chefs et coordonnateurs Arrimage et discussions concernant les NSA par les coordonnateurs SAD et le coordonnateur longs séjours en CH Surcapacité en CPA (selon RH) Conférence téléphonique avec tous les partenaires régionaux impliqués incluant la Concertation Montréalaise hebdomadaire volet réadaptation Équipe d'intervenants SAD déployée ponctuellement pour accélérer des congés
IUSMM		Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit	Transfert des cas de santé mentale à l'urgence vers l'urgence de l'IUSMM ad 22h Acceptation d'emblée des transferts demandés par le psychiatre de la consultation-liaison de lit à lit

*** CPA : congé précoce assisté

