

POLITIQUE**RECOURS À LA SURCAPACITÉ EN HÉBERGEMENT SAPA**

N° Politique : POL-138	Responsable de l'application : Direction de l'hébergement en soins de longue durée	
N° Procédure découlant : s.o.		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2026-09-22	Date de révision : 2030-09-22

Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés de la DHSLD, DSRPSD, DSMSSS et DMSP.

1. CONTEXTE

Le but de cette politique est d'établir les balises encadrant l'utilisation des lits de surcapacité extrahospitalière temporaire et de dernier recours au sein des milieux d'hébergement de Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire. Elle s'inscrit dans un cadre provincial commun visant à assurer une application cohérente, équitable et sécuritaire.

Cette politique s'appuie sur les fondements législatifs et normatifs suivants :

- *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux* (RLRQ, chapitre G -1.021). Notamment les dispositions relatives à l'organisation et à la prestation sécuritaire des soins et les 12 droits des usagers
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Notamment les articles relatifs à l'organisation et à la prestation sécuritaire des soins.
- *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* – Agrément Canada (2025).
- *Cadre de référence provincial – Mécanismes d'accès à l'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés* – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023).
- *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux qui nous ressemblent* (2021).
- *Politique nationale du soutien à domicile – Mieux chez soi* (2026).

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique vise les milieux de vie suivants : CHSLD et MDA. Cependant, l'ensemble du parc de lits est considéré afin de bénéficier d'une vision globale dans l'analyse des situations (RI-RTF, lits de soins post aigus, lits d'hébergement temporaire).

Elle exclut les lieux suivants : RPA, UCDG, EPC ou autres établissements partenaires.

Certaines clientèles peuvent être exclues de l'admission en surcapacité lorsque l'analyse clinique, fonctionnelle, psychosociale ou environnementale démontre que la transition pourrait compromettre la sécurité, la qualité des soins ou l'intégration temporaire de l'utilisateur dans le milieu receveur.

Cette politique vise principalement les acteurs suivants :

- Directeurs et directeurs adjoints de la DHSLD;
- Directeurs adjoints de la DSRPSD;
- Directeurs adjoints de la DMSP;
- Intervenants du mécanisme d'accès à l'hébergement;
- Gestionnaires du centre d'hébergement ou de la MDA;
- Personnel infirmier, professionnel, de la pharmacie et du corps médical concernés par la gestion de la capacité extrahospitalière.

Il est important de mentionner que cette politique n'inclut pas les modalités en cas de mesure d'urgence. Se référer au plan de mesures d'urgence, le cas échéant.

3. OBJECTIFS

Cette politique vise à :

- **Encadrer** l'utilisation exceptionnelle et temporaire des lits de surcapacité extrahospitalière dans les milieux de vie, dans une perspective de dernier recours;
- **Assurer** la sécurité, la qualité des soins et le respect de la dignité des usagers, tout en tenant compte du bien commun et de l'équité populationnelle;
- **Définir** les conditions, les déclencheurs et les phases d'activation, de maintien et de décroissance de la surcapacité, en cohérence avec les normes, cadres et orientations en vigueur;
- **Préciser** les rôles, responsabilités et mécanismes de coordination entre les directions, les gestionnaires et les partenaires impliqués;
- **Soutenir** une prise de décision concertée, rigoureuse et évolutive, fondée sur l'analyse de facteurs humains, cliniques et logistiques;
- **Contribuer** à l'optimisation des trajectoires de soins et du parcours de l'utilisateur, dans une logique d'apprentissage organisationnel agile et continu.

4. DÉFINITIONS

4.1. La surcapacité en milieu d'hébergement SAPA

La surcapacité en milieu d'hébergement SAPA (ou extrahospitalière) correspond à une augmentation temporaire, exceptionnelle et encadrée de la capacité d'accueil d'un milieu de vie (CHSLD, MDA), par l'ajout de lits ou l'utilisation d'espaces non prévus aux lits dressés, afin de répondre à une pression accrue et persistante sur les besoins d'hébergement, dans un objectif de protection de la sécurité des usagers, de la continuité des soins et de la fluidité du réseau.

5. ÉNONCÉ

5.1. Principes directeurs

Cette politique s'inscrit dans une perspective de responsabilité collective et d'utilisation judicieuse des ressources disponibles, en considérant l'ensemble du continuum de soins et de services. Les décisions doivent être prises dans une vision globale du système, en recherchant la solution qui permet le meilleur équilibre entre les besoins des usagers, l'équité populationnelle et les impacts sur les différents secteurs d'activité.

L'utilisation des lits de surcapacité extrahospitalière doit respecter les principes suivants :

- La primauté de l'utilisateur guide l'action. La sécurité, la qualité des soins et la dignité doivent demeurer au cœur des décisions, tout en considérant une gestion des risques optimale;
- Constitue une mesure exceptionnelle et de dernier recours;
- Repose sur une prise de décision concertée, fondée sur l'analyse de facteurs humains, cliniques et logistiques (Annexe A - Assurer la fluidité du parcours de l'utilisateur : Mesures usuelles de base et Annexe B - Déclencheurs selon la phase appliquée);
- Est temporaire et doit faire l'objet d'un suivi continu;
- Vise en tout temps un retour planifié à la capacité standard de lits dans un horizon de temps prévisible et inférieur à 3 mois;
- S'inscrit dans une perspective d'équité populationnelle, notamment en ce qui a trait aux critères d'orientation et d'optimisation des trajectoires de soins;
- Respecte les normes et processus en vigueur en ce qui a trait à l'accueil et à l'intégration des personnes hébergées (Annexe C - Balises d'utilisation des locaux en contexte de surcapacité interne);
- Nécessite un suivi attentif des indicateurs liés à la qualité, à la sécurité des soins et des services et à la satisfaction des usagers dans les milieux où des lits de surcapacité sont présents afin d'assurer l'amélioration continue des pratiques dans ce contexte.

5.2. Cadre décisionnel, déclenchement et gradation du plan de surcapacité

5.2.1. Surveillance et détection

Le caucus NSA assure une surveillance continue des indicateurs de fluidité, incluant la capacité extrahospitalière. Celle-ci prend en compte notamment le nombre de demandes d'hébergement, le taux de patients en niveau de soins alternatifs, les délais d'attente pour l'hébergement, ainsi que plusieurs autres indicateurs interreliés qui soutiennent la prise de décision.

Lorsque des signaux déclencheurs sont identifiés dans le cadre du caucus NSA, la représentante de la DHSLD en informe les DA de la DHSLD qui documentent la situation et amorcent l'analyse en vue d'une validation des leviers disponibles. (Se référer aux annexes A et B)

5.2.2. Validation des mesures usuelles de base et escalade en phase préventive

Avant d'envisager l'activation du plan de surcapacité, il est attendu que les mesures usuelles de base prévues à l'annexe A soient pleinement déployées et suivies par les acteurs concernés, en continu. En fonction du suivi des indicateurs et des déclencheurs, la situation est escaladée à la DHSLD.

Il est attendu que la phase préventive visant à optimiser l'utilisation des lits disponibles précède les phases ultérieures. Si celle-ci est jugée insuffisante, un rappel des pratiques préventives et un suivi de leur application est réalisé dans le cadre du caucus NSA. De plus, un suivi des indicateurs de fluidité est transmis à tous les vendredis par un co-porteur du caucus NSA. Cet envoi permettra d'effectuer une vigie des indicateurs 2 fois par semaine et de mettre sous tension les membres du caucus NSA en prévision de la prochaine rencontre.

5.2.3. Analyse des déclencheurs des phases 1 et 2

La directrice de la DHSLD planifie une rencontre avec les DA de la DHSLD, le DA volet hospitalisation en médecine et activités de médecine spécialisée et la DA Fluidité et partenariat dans la communauté lorsque les indicateurs sont jugés préoccupants et que l'application des actions de la phase préventive ont été validées. Lors d'une rencontre Adhoc, une analyse de la situation, reposant sur une appréciation globale et convergente des déclencheurs respectifs établis à l'annexe B, est effectuée.

Ces parties prenantes s'appuient également sur les facteurs complémentaires suivants :

- L'optimisation du maintien et des retours à domicile sécuritaires;
- L'évaluation de la conformité et de l'efficacité de l'application des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles visant à favoriser le maintien dans le milieu de vie et à réduire le recours à l'hébergement, notamment par le déploiement du SSPPCC et de l'AAPA;
- L'optimisation de l'ensemble des lits extrahospitaliers (proposer autre RLS, LPA, HT);
- Les risques cliniques, environnementaux ou organisationnels pour les usagers;
- Les contraintes liées aux ressources humaines, à l'environnement physique ou au statut de prévention et contrôle des infections;
- L'accessibilité aux ressources matérielles;
- Les facteurs contextuels ou directives organisationnelles applicables;
- Les impacts financiers réels et potentiels.

Aucun déclencheur pris isolément ne peut justifier l'activation du plan. La décision, qui demeure de dernier recours, repose sur la combinaison, la persistance et l'évolution de ces facteurs dans le temps.

5.2.4. Décision d'activation et choix de la base

Suite à la rencontre d'analyse des déclencheurs, la directrice de la DHSLD est responsable de la décision d'activer, de maintenir, de graduer ou de mettre fin au plan de surcapacité selon la phase en cours (1 ou 2). Cette décision tient compte :

- Du caractère exceptionnel et transitoire de la situation;
- De l'intensité de la pression exercée;
- De la capacité organisationnelle à soutenir l'ouverture de lits de surcapacité.

La phase retenue reflète le niveau d'intensité requis, soit :

- Une phase 1 correspondant à une surcapacité ciblée sans réorganisation majeure;
- Une phase 2 nécessitant une réorganisation significative des ressources et, de ce fait, possiblement un budget alloué.
- Le Comité de direction devra être sollicité afin d'approuver ou non l'activation de la phase 1 ou de la phase 2. Si l'organisation décide d'aller de l'avant, une reddition de compte périodique devra être déposée au Comité de direction.

5.2.5. Attribution des lits, suivis et escalade

Une fois la phase déterminée, la DHSLD se coordonne avec les équipes concernées et les avise afin d'assurer la mise en œuvre de la phase identifiée. Un délai d'actualisation doit toutefois être prévu avant l'ouverture effective des espaces de surcapacité, afin de permettre la préparation du milieu receveur, la transmission des informations requises et la mise en place des conditions nécessaires à une transition sécuritaire, coordonnée et bienveillante pour l'usager et ses proches.

L'attribution des lits de surcapacité s'effectue en se référant :

- Au plan opérationnel initialement établi par la DHSLD (Annexe D);
- Aux spécificités cliniques de l'usager, ainsi qu'aux spécificités contextuelles et environnementales selon les critères préétablis par la DHSLD pour le milieu identifié;
- Aux processus usuels, à moins d'indications contraires provenant de la DHSLD.

La personne hébergée dans un lit de surcapacité est considérée en transit et sera dirigée vers un milieu selon ses préférences initiales en priorité 1.

Dans la mesure du possible, les décisions d'admission en surcapacité devraient également tenir compte des choix d'hébergement exprimés par l'usager afin de limiter les transitions évitables et d'éviter qu'un usager ait à effectuer plusieurs transferts avant son installation dans son milieu de vie permanent.

Le chef d'unité travaille en étroite collaboration avec les intervenants et partenaires des différentes directions impliquées afin d'assurer une continuité

des soins efficiente et sécuritaire, le tout en partenariat avec la personne hébergée et la personne proche aidante, le cas échéant.

Le coordonnateur de site du centre d'hébergement assure le suivi des mouvements de lits. Lors d'un changement, il valide l'alignement concernant la possibilité de nouvelles admissions auprès de son directeur adjoint et transmet l'information au chef d'unité. La décision d'admettre un nouvel usager doit toujours faire l'objet d'une réévaluation lors d'un mouvement.

Le maintien de la surcapacité fait l'objet d'un suivi continu, par la DHSLD en collaboration avec les parties prenantes, des éléments suivants:

- Des indicateurs et déclencheurs;
- Des impacts cliniques, humains et organisationnels

5.3. Réévaluation et décroissance

Le retour progressif à un fonctionnement normal ou, à tout le moins, à une occupation extrahospitalière respectant la capacité standard des lits nécessite une démarche structurée de décroissance, planifiée et suivie en continu.

Ce processus vise à orienter prioritairement les personnes hébergées vers leur milieu d'hébergement permanent en fonction de leur préférence initiale.

Lorsque le caucus NSA identifie le retour à la normale d'au moins 2 déclencheurs liés à la phase en cours cités (Annexe B) démontrent un retour à la normale, la directrice de la DHSLD planifie de nouveau une rencontre Adhoc avec les DA des directions partenaires. Une analyse de la situation reposant sur une appréciation globale et convergente des déclencheurs respectifs établis est effectuée. À l'issue de cette analyse, la direction de la DHSLD prend la décision, le cas échéant, de la levée du plan de surcapacité.

La levée du plan de surcapacité est une décision organisationnelle concertée, prise selon les mécanismes établis. Une fois la décision entérinée, elle assure les communications requises auprès des directions, des médecins et des partenaires concernés.

5.4. Processus de fermeture du plan de surcapacité

Ce processus doit être mené de façon coordonnée par le MAH, les gestionnaires et les équipes soignantes concernées afin d'assurer :

- La fermeture progressive des espaces de surcapacité selon les priorités cliniques et logistiques;
- La reconstitution graduelle des conditions normales de soins;
- La communication claire des étapes de décroissance à l'ensemble des intervenants concernés.

L'équipe du MAH planifie les transferts graduels hors des zones de surcapacité selon les niveaux de priorité de la demande d'hébergement et l'ancienneté.

- Les chefs d'unités collaborent à l'identification des usagers prioritaires pour un transfert et à la réévaluation des besoins de soins.

5.4.1. Indicateurs de sortie de la surcapacité

Un site peut être considéré comme étant sorti de la surcapacité lorsque :

- Aucun usager n'est admis dans des conditions excédentaires;
- Les ressources humaines et l'environnement physique permettent un retour à un fonctionnement standard;
- Les indicateurs justifiant un déclenchement démontrent une stabilité durable.

5.5. Facturation

Le montant de la contribution de l'utilisateur est calculé notamment selon le type de chambre que celui-ci occupe. Advenant qu'une chambre soit doublée dans un contexte exceptionnel et temporaire, une réévaluation de la contribution financière de ou des usager (s) impacté (s) doit être effectuée. Des modalités sont à mettre en place dans chacun des milieux afin que le tout soit bien clair pour les personnes hébergées et leurs personnes proches aidantes.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Direction de l'hébergement de soins de longue durée

- S'assurer que la présente politique est connue et appliquée par ses équipes;
- Guider la prise de décision tout au long du processus d'analyse dans le respect du bien-être, de la dignité et de la sécurité de la clientèle;
- Assurer la vigie du respect des principes directeurs dictés dans la politique.
- Collaborer avec toutes les parties prenantes tout au long du processus d'analyse et décisionnel.

6.2. Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD)

- S'assurer que la présente politique est connue et appliquée par ses équipes.

6.3. Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS); Direction médicale et des services professionnels (DMSP)

- S'assurer que la présente politique est connue et appliquée par ses équipes.

6.4. Médecins et employés des directions concernées

- Appliquer la présente politique et la procédure qui en découle.

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

7.1. Direction de l'hébergement de soins de longue durée

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

7.2. Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD)

Direction(s), service(s) et secteur(s) ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la politique.

7.3. 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 de l'hébergement de soins de longue durée

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 A – Assurer la fluidité du parcours de l'utilisateur - Mesures usuelles de base

Annexe B – Déclencheurs selon la phase appliquée

Annexe C – Balises d'utilisation des locaux en contexte de surcapacité interne

Annexe D – Plan opérationnel de surcapacité temporaire

11. RÉFÉRENCES

Orientations ministérielles sur le désencombrement de l'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Repéré https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_desencombrement.pdf

Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-905-05W.pdf>

Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-12W.pdf>

INESSS

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf

Gestion des admissions et des départs <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-durant-l-episode-de-soins-aigus/gestion-des-admissions-et-des-departs/#modeles-integres>

Vieillir et vivre ensemble : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/F-5235-MSSS.pdf>

Santé Québec. (2025). Collecte des lits bloqués. Québec

Cadre de référence MAH

Assurer la fluidité du parcours de l'utilisateur Mesures usuelles de base

Les mesures usuelles de base s'appuient sur les principes suivants :

- Primauté des besoins de l'utilisateur et respect de son projet de vie;
- Anticipation
- Collaboration
- Responsabilité partagée entre les secteurs et les directions;
- Continuité et qualité de l'information aux points de transitions des soins et des services;
- Approche populationnelle et équité dans l'accès aux services
- Respect des normes, politiques et cadres de référence en vigueur

Continuité et qualité de l'information aux points de transitions des soins et des services

- Tout milieu référant doit assurer une transmission rigoureuse, complète et à jour de l'information au point de transition des soins et des services (clinique, fonctionnelle, psychosociale);
- Assurer une communication verbale entre le milieu réfèrent et le milieu receveur lorsque l'information est incomplète ou que la situation le nécessite;
- Documenter toute particularité pertinente favorisant l'intégration optimale de l'utilisateur dans son nouveau milieu.

Mesures spécifiques par secteur

Volet Hébergement (CHSLD, MDA) :

- Assurer la prévisibilité des mouvements de lits (ex. : fin de vie, transferts planifiés).
- Éviter les délais dans les processus d'admission et de départ par une coordination étroite entre chefs d'unité; ASI; coordonnateurs d'activités; hygiène et salubrité; mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH), etc.
- Aviser sans délai les services techniques, de maintenance et d'hygiène-salubrité des mouvements de lits anticipés, le cas échéant
- Assurer la capacité d'admettre et de procéder aux départs 7 jours sur 7, incluant les soirs et fins de semaine, lorsque cliniquement indiqués.
- Préparer l'admission par la prise de connaissance du dossier et de l'histoire de vie de l'utilisateur.
- Escalader à son supérieur immédiat tout enjeu compromettant la fluidité ou la sécurité.
- Réévaluer les personnes hébergées en unité spécialisée ou ayant une évolution de leur autonomie pouvant correspondre à un milieu plus adapté.

Volet SAD, RPA, RI-RTF

- Suivre en continu les listes d'attente et les délais d'accès aux différents services SAD.
- Identifier les usagers à risque de rupture du maintien à domicile, selon
 - Des critères de vulnérabilité reconnus (ex. : TNC, SCPD, épuisement de l'aidant, chutes, instabilité clinique, absence de réseau social, difficulté à compenser).
 - Services en place :
 - Soins infirmiers ou service psychosocial
 - ASSS (aide à la prise de médication)
 - Visite à l'urgence: plus de 2 fois,
 - Hospitalisé plus d'une fois dans les derniers mois
- Considérer le nombre de transitions dans le parcours de l'usager (SAD; RPA; RI-RTF).
- Discuter en caucus intra-unité des usagers ayant un risque imminent d'hospitalisation ou établir un processus de rencontre inter-éclair lorsqu'il y a un risque d'hébergement public imminent
- Contribuer au suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC) rigoureusement dès l'admission aux services d'urgence
- Potentialiser les services ambulatoires et communautaires
- Assurer la continuité de l'information entre les intervenants SAD, les milieux hospitaliers et les partenaires communautaires, dans le respect des mandats et ententes en vigueur.

Volet UCDG, unités de courte durée, lits soins post aigus et SAD intra hospitalier

- Définir et diffuser clairement les offres de services au sein du continuum de soins et de services à la personne âgée, comme les équipes SAD intra hospitaliers, de consultation gériatrique, les soins post aigus, etc.
- Assurer la capacité d'admettre et de procéder aux départs 7 jours sur 7, incluant les soirs et fins de semaine, lorsque cliniquement indiqués.
- Éviter les délais dans les processus d'admission et de départ par une coordination étroite entre chefs d'unité; ASI; coordonnateurs d'activités; hygiène et salubrité; mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH), etc.
- S'assurer que l'AAPA est rigoureusement appliquée (Hôpitaux, UCDG et LPA)
- S'assurer que le suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC) est rigoureusement appliqué (UCDG et LPA)
- Réévaluer régulièrement les usagers en fin de réadaptation.
- Mettre en place des canaux de communication bidirectionnels fluides pour améliorer la continuité des soins entre les ressources de la communauté et l'UCDG, et ce, tant en amont qu'en aval
- Prioriser les départs du jour suite à un caucus rencontre intra-unité efficace
- Escalader à son supérieur immédiat tout enjeu compromettant la fluidité ou la sécurité.

Volet de la coordination de la gestion des lits extrahospitaliers

- Assurer une gestion efficiente du service en respect au cadre de référence provincial du MAH
- Suivre les indicateurs établis pour la fluidité et la capacité extrahospitalière (salle de pilotage)
- Identifier en continu les places disponibles :
 - Hébergement permanent;
 - Hébergement temporaire;
 - Soins post aigus;
 - RI-RTF.
- Identifier et suivre les délais des variables 8B ; 8C ;10A et 10B ;12A et 12B
- Prioriser la gestion des demandes en conformité au cadre de référence provincial du MAH
- Contribuer à une priorisation équitable, transparente et documentée.

Approche usager et personnes proches aidantes

- Informer l'usager et ses proches des options disponibles, des délais réalistes et du caractère transitoire de certaines solutions.
- Favoriser une communication claire, cohérente et transparente
- Actualiser le partenariat avec l'usager et les personnes proches -aidantes

Responsabilité collective

Tous les acteurs sont responsables de :

- Promouvoir l'approche adaptée à la personne âgée;
- Reconnaître l'interdépendance des actions sur la fluidité du parcours;
- Connaître les phases en amont et en aval du parcours de l'usager et anticiper les actions requises;
- Signaler rapidement toute situation compromettant la fluidité, la qualité ou la sécurité.

Déclencheurs selon la phase appliquée

	Phase préventive	Phase 1	Phase 2
Définitions	Obligatoire et préalable aux phases ultérieures. Vise à s'assurer de l'application des mesures usuelles afin de prévenir l'amorce des phases ultérieures.	Ouverture ciblée de lits, sans révision du plan d'effectifs, permettant une réponse agile aux besoins tout en soutenant la fluidité du parcours de l'utilisateur.	Ouverture nécessitant une réorganisation significative de l'environnement ou de l'unité, pouvant impliquer l'ajout d'effectifs ou une autorisation financière.
Conditions**	Présence d'un des déclencheurs suivants	Présence de tous les déclencheurs suivants	Présence de tous les déclencheurs suivants
Activée par :	Caucus NSA	Directrice DHSLD	Directrice DHSLD
Délais d'attente d'hébergement CHSLD qui s'élèvent à plus de ► pour les usagers à domicile ou en ressources intermédiaires ou de type familial évalués en P1	60 jours	90 jours	90 jours
Taux des variables NSA sur plus de 3 jours consécutifs à : <i>Données disponibles Santé Québec.</i> - Tenir compte de l'écart de la cible stratégique (par établissement) - Suivre aussi la variation de ces écarts (tendance)	(Différent pour chaque établissement)	(Différent pour chaque établissement)	(Différent pour chaque établissement)
Taux de NSA SAPA dont l'orientation est 12a (RI) ou 12b (CHSLD ou MDA) hors délais	50 %-65 %	65 % et plus	65 % et plus
Taux de 12b (incluant les hors territoires dans nos hôpitaux) <i>Cible MSSS des 12b : 2,5 % du taux de NSA</i> <i>Voir la tendance en pilotage pour justifier comme critère d'ouverture de surcapacité</i>	2,5 %	3 %	5 %
Maintien d'un niveau d'alerte hospitalier à 4 sur minimalement ► consécutives	Dès le premier 24 h	72 h (donnée approximative)	96 h (donnée approximative)
Tenir compte des 12b de notre territoire dans des hôpitaux d'autres établissements	Cet indicateur permet de mesurer la pression exercée par les usagers de notre territoire en attente dans les hôpitaux d'autres établissements, afin de soutenir une fluidité inter établissements.		
Demande formelle caucus NSA en raison des risques anticipés en considérant les éléments suivants :		√	√
Utilisation maximale des lits de surcapacité hospitalière		√	√
Toute directive régionale ou clinique entérinée par la direction Hébergement		√	√

BALISES D'UTILISATION DES LOCAUX EN CONTEXTE DE SURCAPACITÉ INTERNE

Prémices

Les mesures de mitigation présentées ci-après s'inscrivent dans un contexte exceptionnel de surcapacité interne. Elles visent à encadrer l'utilisation temporaire de locaux ou d'espaces non initialement prévus à des fins d'hébergement, pour une période maximale de **trois (3) mois**.

Ces mesures doivent être appliquées avec prudence, puisque les codes de construction en vigueur ne reconnaissent pas, à proprement parler, la notion d'aménagement temporaire. Ainsi, si la situation de débordement se prolonge au-delà de trois (3) mois, elle ne peut plus être considérée comme temporaire. Les mesures mises en place doivent alors être réévaluées et ajustées, le cas échéant, afin d'assurer la conformité aux exigences applicables du Code du bâtiment.

Par exemple :

- Un bureau temporairement aménagé en chambre doit notamment faire l'objet d'une attention particulière quant à la résistance à la fumée, aux volets coupe-feu, aux scellants et aux autres composantes de sécurité incendie. Une utilisation prolongée pourrait nécessiter des travaux de mise à niveau.
- Lorsqu'un espace est réaffecté temporairement comme chambre et qu'un détecteur de fumée autonome y est installé, celui-ci devra être remplacé par un détecteur relié au système d'alarme incendie si l'utilisation se prolonge au-delà de trois (3) mois.

Critères ou mesures de mitigation

1) Espace de dégagement

- a. L'espace disponible et son aménagement doivent guider le profil des usagers pouvant y être admis. Une analyse rigoureuse des soins et des services pouvant être offerts de façon sécuritaire doit être réalisée. Cette analyse doit se traduire par des critères d'appariement utilisés dans le mécanisme d'accès à l'hébergement.
- b. Un dégagement minimal permettant un rayon de manœuvre de 1 500 mm doit être prévu d'au moins un côté du lit pour les personnes en fauteuil roulant. Ce côté doit donner accès à la porte du local.
- c. Un dégagement recommandé de 914 mm devrait être maintenu au pied du lit et du côté opposé afin de permettre la circulation du personnel et la réalisation sécuritaire des soins. Un lit peut être adossé à un mur selon les besoins cliniques et les capacités de l'utilisateur.
- d. Lorsque l'équipe clinique indique qu'un lève-personne mobile est requis, un dégagement permettant un rayon de manœuvre de 1 800 mm doit être prévu.

- e. Aucun dégagement ne doit obstruer l'accès à la porte, aux dispositifs de sécurité ou aux itinéraires d'évacuation.
- f. Le mobilier ajouté doit être limité pour éviter d'augmenter la charge combustible.

2) Prévention des infections

- a. Des dispositifs de désinfection des mains à base d'alcool doivent être disponibles, sous forme de dispositifs portables ou fixes, selon la configuration du local.
- b. En l'absence de toilette à proximité, ou lorsqu'une chambre est occupée par plus d'un usager, un espace doit être prévu pour une chaise d'aisance. Les chaises d'aisance et les équipements connexes doivent être positionnés de manière à ne pas obstruer les détecteurs, les gicleurs ou les voies de circulation.
- c. Si l'aménagement d'un lit supplémentaire est fait en ajoutant un lit dans une chambre existante, l'espace minimal entre les lits doit être de 2 mètres.
- d. Des rideaux séparateurs doivent être prévus lorsque deux usagers occupent une même chambre. Ces rideaux doivent être ignifugés, conformément à une certification reconnue, notamment NFPA 701 ou équivalent.
- e. Lorsqu'un espace est occupé par plusieurs usagers, l'appariement doit être réalisé en collaboration avec le service de prévention et de contrôle des infections.

3) Vitrage

- a. En contexte de surcapacité interne planifiée, et en dehors d'un contexte de sécurité civile, une fenêtre extérieure est requise dans tout espace utilisé temporairement à des fins d'hébergement SAPA.
- b. Une toile opaque ou des rideaux résistants au feu doivent être prévus lorsque requis pour préserver l'intimité.
- c. Lorsqu'il y a présence de fenêtres intérieures, de vitrage dans une porte ou d'une imposte latérale, une pellicule peut être installée afin de préserver l'intimité. Cette pellicule ne doit toutefois pas nuire à l'intervention des équipes en situation d'urgence.

4) Services électriques

- a. Une cloche d'appel doit être disponible et fonctionnelle pour tout espace utilisé temporairement comme chambre. Une solution sans fil peut être utilisée comme mesure de mitigation lorsque l'installation fixe n'est pas disponible.
- b. L'utilisateur doit pouvoir contrôler un éclairage de proximité. Une lampe d'appoint peut être offerte pour permettre une lumière tamisée le matin et le soir. Toute lampe d'appoint doit être certifiée CSA ou UL et positionnée de façon à prévenir les risques de surchauffe ou d'obstruction.

- c. Un détecteur de fumée doit être prévu. Lorsque seul un détecteur autonome peut être installé temporairement, le personnel doit être informé des mesures de surveillance requises, et une procédure de vérification quotidienne doit être documentée.
- d. Des prises électriques en nombre suffisant doivent être disponibles lorsque l'utilisateur requiert l'utilisation d'équipements. Aucun branchement multiple non conforme, notamment les barres d'alimentation non certifiées ou les rallonges, n'est permis.
- e. Si le local ne possède pas de prise d'urgence ou de luminaire d'urgence, une lampe à pile doit être prévue comme mesure de mitigation.
- f. Si le local visé est situé hors d'une zone contrôlée relativement au risque de fugue, les critères d'admission doivent être établis en conséquence.

5) Services mécaniques

- a. S'assurer que le local est giclé.
- b. La ventilation doit être évaluée pour chaque site, particulièrement dans les bâtiments plus anciens. Pour l'air neuf, un objectif de deux changements d'air à l'heure devrait être visé. Pour le débit d'air total, le maximum possible doit être recherché, jusqu'à concurrence de quatre changements d'air à l'heure.
- c. Lorsque le débordement survient en période estivale et que le local n'est pas climatisé, la possibilité d'installer un climatiseur de fenêtre doit être évaluée. L'installation ne doit pas compromettre la résistance au feu du mur ou de la fenêtre.
- d. Aucun élément ne doit obstruer les gicleurs.

6) Surfaces

- a. S'assurer d'avoir un fini de plancher facilement lavable.
- b. Le plancher ne doit présenter aucune irrégularité pouvant compromettre la manipulation des équipements ou la circulation sécuritaire de l'utilisateur et du personnel.
- c. Les tapis, carpettes ou surfaces ajoutées doivent être interdits, car ils augmentent la charge combustible et nuisent à l'évacuation.

7) Personnalisation de l'espace

- a. Une personnalisation minimale de l'espace doit être favorisée afin de préserver le caractère humain du milieu de vie, notamment par l'affichage de photos ou l'utilisation limitée d'objets personnels sécuritaires.
- b. L'accès à des activités de divertissement doit être maintenu, soit par un équipement disponible dans la chambre, soit par l'accès à un salon ou à un espace commun où du divertissement est offert.
- c. Les appareils personnels présentant un risque, notamment les bouilloires, les chauffeuses et les plaques chauffantes, sont interdits.

8) Moyens d'évacuation

L'utilisation temporaire de locaux en contexte de surcapacité interne ne doit en aucun cas compromettre la sécurité des usagers et du personnel lors d'une évacuation.

a. Maintien des dégagements et des issues

- Les voies d'évacuation doivent demeurer libres en tout temps, sans obstruction par du mobilier ajouté, des équipements cliniques ou des effets personnels.
- Le cheminement vers la sortie doit être direct, dégagé et clairement identifiable.
- Aucun lit, fauteuil, chariot ou équipement ne doit être placé dans un corridor identifié comme voie d'évacuation.

b. Signalisation et éclairage

- La signalisation des issues doit être visible, fonctionnelle et conforme.
- Si le local ne possède pas d'éclairage d'urgence, une lampe à pile doit être prévue comme mesure de mitigation, sans créer de risque électrique ou de surcharge.
- Les rideaux, toiles ou pellicules installés pour préserver l'intimité ne doivent pas masquer la signalisation des sorties.

c. Détection et alarme

- Les détecteurs autonomes installés temporairement doivent être positionnés de manière à ne pas être obstrués par des rideaux, meubles ou équipements.
- Le personnel doit être informé des procédures de surveillance associées aux détecteurs non reliés au système central.
- Toute anomalie (alarme intempestive, absence de signal, obstruction) doit être signalée immédiatement.

d. Planification et procédures d'évacuation

- Une mise à jour du plan local de mesures d'urgence doit être réalisée pour intégrer les espaces temporairement utilisés.
- Le personnel doit être informé des itinéraires d'évacuation spécifiques à ces locaux.
- Une vérification terrain doit être effectuée par la sécurité incendie et l'équipe de gestion des risques pour valider la faisabilité de l'évacuation.
- En présence d'usagers non autonomes, prévoir les moyens d'évacuation assistée (ex. : chaises d'évacuation, équipes désignées).

e. Charge combustible et risques associés

- Limiter l'ajout de mobilier, rideaux, décorations ou objets personnels afin de réduire la charge combustible.
- Les appareils personnels à risque, notamment les chauffeuses, les bouilloires et les plaques chauffantes, doivent être interdits.
- S'assurer que les rideaux ou séparateurs utilisés sont ignifugés.

En tout temps, l'utilisation temporaire d'un local en contexte de surcapacité interne doit faire l'objet d'une validation et d'une réévaluation périodique par la même instance ayant autorisé l'ouverture.

Toute prolongation au-delà de trois (3) mois doit entraîner une analyse formelle de conformité et, au besoin, la mise en œuvre de travaux correctifs ou de mesures additionnelles.

PLAN OPÉRATIONNEL DE SURCAPACITÉ TEMPORAIRE

Phase préventive	Phase 1	Phase 2
Révision du délai d'admission dans les lits disponibles	Ouverture de 5 lits de surcapacité : JHC : 4 lits JHB : 1 lit	Ouverture de l'unité temporaire NSA de 15 lits à BVR
Réévaluation systématique des résidents hébergés en unité spécialisée en fonction des besoins	Évaluer l'utilisation des lits d'hébergement temporaire: PMCS : 1 lit Dante : 1 à 2 lits	
Réévaluation des usagers en attente d'hébergement en CH	Évaluer la possibilité d'utiliser des lits à l'unité de soins palliatifs du CHSLD St-Michel	