

Direction des services professionnels
Direction des soins infirmiers
Direction des services multidisciplinaires

PROCÉDURE

CHEMINEMENT DES USAGERS EN MILIEU HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE

N° Procédure : PRO-023	Responsable de l'application : Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires	
N° Politique/Règlement associé : POL-040		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2024-09-10	Date de révision : 2028-09-10
Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés.		

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-040 — *Cheminement des usagers en milieu hospitalier de soins de courte durée.*

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – Direction des services professionnels

- 2.1. Les taux d'occupation des urgences sont suivis en continu par les chefs et les AIC des urgences;
- 2.2. Les AIC des urgences sélectionnent les usagers éligibles aux lits de débordement (ou à la surcapacité s'il y a lieu en fonction des critères établis) et en avisent la coordination des mouvements de la clientèle;
- 2.3. En collaboration avec les AIC, les coordonnateurs médicaux de l'urgence planifient ou déterminent la conduite pour les usagers en attente d'orientation à 24 heures;
- 2.4. Les taux d'occupation des urgences sont suivis en continu par la coordination des mouvements des clientèles;
- 2.5. Le conseiller des mouvements de la clientèle assigne les patients admis éligibles aux unités selon les disciplines ou spécialités de ces dernières et tente d'éviter les déplacements multiples et l'ectopie;
- 2.6. La coordination des mouvements de la clientèle applique la procédure des niveaux d'alerte telles que décrites en Annexes 1 et 2;
- 2.7. Si l'occupation de l'urgence atteint 106% et plus, la coordination des mouvements de la clientèle initie le déclenchement ou non du processus de débordement/surcapacité;
- 2.8. La coordination des mouvements de la clientèle est responsable de la fermeture des lits de débordement/surcapacité, dès que l'occupation de l'urgence revient au niveau opérationnel en dessous de 106% de taux d'occupation;
- 2.9. La coordination des mouvements de la clientèle doit maintenir les réunions quotidiennes de gestion de lits avec les chefs d'unités ou les ASI et les représentants désignés;

- 2.10.** Les coordonnateurs médicaux, les chefs des départements et le directeur des services professionnels doivent s'assurer que les délais suivants sont respectés :
- Prise en charge médicale du patient à l'urgence en moins de 2 heures ;
 - Consultations à un spécialiste à l'urgence complétées en moins de 2 heures ;
 - Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence de moins de 12 heures ;
 - Durée moyenne de séjour à l'ambulatorio à l'urgence de moins de 4 heures ;
 - Durée moyenne de séjour attendue par diagnostics regroupés pour la gestion (DRG).
- 2.11.** 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;
- 2.12.** 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.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – Direction des services techniques (hygiène et salubrité)

- 3.1.** Intensification des mesures d'hygiène et de salubrité pour diminuer le temps relatif à la perte de lits afin de maximiser la disponibilité des lits.

4. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PROCÉDURE

4.1. Direction des services professionnels, Direction des soins infirmiers et Direction des services multidisciplinaires

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

4.2. Calendrier de révision de la procédure

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

5. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente procédure entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute procédure en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

6. ANNEXES

Annexe 1 – Plan de surcapacité HMR

Annexe 2 – Plan de surcapacité HSCO

Annexe 1 – Plan de surcapacité HMR

PLAN DE SURCAPACITÉ HMR					
	Unité	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
Description des niveaux d'alerte		<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation à l'urgence de 105% • Jusqu'à 57 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence entre 106% et 119% • Entre 58 et 64 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence entre 120% et 139% • Entre 65 et 75 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence > 140% • Entre de 76 usagers sur civières
			Actions à prendre en plus celles du niveau d'alerte 1	Actions à prendre en plus celles du niveau d'alerte 1 et 2	Actions à prendre en plus celles du niveau d'alerte 1, 2 et 3
Médecine	4AB	Capacité régulière / 36	Ouverture de : 1 lit au 4AB 1 lit au 6AB 3 Lits au 9AB 1 lit au 9CD 1 lit au 10 AB (Total de 7 lits Surnuméraires)	Ouverture de : 6 lits au 9CD 1 civière au 10AB (Total de 14 Lits surnuméraires)	Ouverture de : 5 lits au 9AB Cesser lit tampon au 10AB pour ajout 1 lit (Total de 20 lits surnuméraires)
	6AB	Capacité régulière / 23			
	9AB	Capacité régulière / 32			
	9CD	Capacité régulière / 36			
	10AB	Capacité Régulière / 30			
Chirurgie	4CD	Capacité régulière / 32	Ouverture de <u>4 lits</u> Surnuméraires	Ouverture de 4 lits surnuméraires (Total de 8 lits)	Ouverture de 4 lits surnuméraires (Total de 12 lits)
	5AB	Capacité régulière / 30			
	6CD	Capacité régulière / 32			
	8AB	Capacité régulière / 32			
Cancérologie	5CD	Maintien de la nouvelle capacité à 16 lits.	Maintien de la nouvelle capacité à 16 lits	Maintien de la nouvelle capacité à 16 lits	Ouverture de <u>1 lit</u> Surnuméraire (ne dois pas être dans le corridor)
	IHOT	Capacité Régulière / 24	Non applicable. Par ailleurs : modalités en place pour ouvrir <u>1 lit</u> surnuméraire si besoin d'hospitaliser un patient en provenance de la clinique de cancérologie de jour (CCJ)	Idem que niveau 2	Idem que niveau 2
UDC		Capacité régulière / 15	Ouverture de <u>2 lits</u> de surcapacité	Maintien de l'ouverture des lits de surcapacité (Total de <u>2 lits</u>)	Maintien de l'ouverture des lits de surcapacité (Total de <u>2 lits</u>)
Programme mère-enfant			Voir possibilité d'admettre 1 usagère de gynéco de l'urgence ou retour de salle d'opération	Voir possibilité d'admettre 1 usagère de gynéco de l'urgence ou retour de salle d'opération	Voir possibilité d'admettre 1 usagère de gynéco de l'urgence ou retour de salle d'opération

- La répartition de l'ouverture des lits surnuméraires dans les continuums de soins ce fait selon les ressources humaines disponibles sur chaque unité de soins par les coordonnateurs clinico-administratifs ou par les coordonnateurs d'activités ;
- Avant d'appliquer les mesures relatives au niveau d'alerte, il faut tenir compte des lits déjà attribués à l'urgence ainsi que de congés prévus ;
- Patients à l'urgence qui nécessite un transfert au SI, doit être admis et couché au SI en dedans des 6h.

Mise à jour : 9 septembre 2024

Annexe 2 – Plan de surcapacité HSCO

PLAN DE SURCAPACITÉ HSCO					
	Unité	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
Description des niveaux d'alerte		<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation à l'urgence de 105% • Jusqu'à 40 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence entre 106% et 119% • Entre 41 et 45 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence entre 120% et 139% • Entre 46 et 53 usagers sur civières 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation de l'urgence > 140% • Plus de 54 usagers sur civières
				Actions à prendre en plus celles du niveau d'alerte 1	Actions à prendre en plus celles du niveau d'alerte 1 et 2
Médecine	2AB	Capacité régulière / 42	*Maintien de la même capacité	Ouverture de 6 lits au 2AB Surnuméraires (Total de 6 lits)	Ouverture de : 6 lits au 4e Surnuméraires (Total de 12 lits)
	2C	Capacité régulière / 28			
	3C	Capacité régulière / 38			
	4e	Capacité régulière / 42			
Chirurgie	2DE	Capacité régulière / 30	*Maximum de 6 pts de méd. au 6e	*Maximum de 1 pts de méd. au 2DE et 6 au 6e	Ouverture de : 1 lits au 2DE 1 Lit au 6e (Total de 2 lits). *Maximum de 2 pts de méd. au 2DE et 9 au 6e
	6e	Capacité régulière / 32			
Soins palliatifs	5e	Capacité régulière / 20	Ouverture de 1 lit Surnuméraire *Soins palliatif ou méd.	Ouverture de 1 lit surnuméraire (Total de 2 lits) *Soins palliatifs ou méd.	Maintien de l'ouverture des lits surnuméraires (Total de 2 lits)
UDC		Capacité régulière / 15			

- La répartition de l'ouverture des lits surnuméraires dans les continums de soins ce fait selon les ressources humaines disponibles sur chaque unité de soins par les coordonnateurs clinico-administratifs ou par les coordonnateurs d'activités ;
- Avant d'appliquer les mesures relatives au niveau d'alerte, il faut tenir compte des lits déjà attribués à l'urgence ainsi que de congés prévus ;
- Patients à l'urgence qui nécessite un transfert au SI, doit être admis et couché au SI en dedans des 6h.

Mise à jour : 9 septembre 2024