

Directives de la cellule de crise sur les urgences – Sous-comité sur la surcapacité

Les décisions de la cellule de crise concernant les plans de surcapacité ont tenu compte des conditions idéales pour l'urgence tout en considérant ce qui est possible de faire réalistement dans l'ensemble d'une installation avec, entre autres, les limitations en termes de ressources humaines.

Les plans doivent être mis en place d'abord dans le Grand Montréal, au plus tard le 19 décembre 2022. Ces mesures pourront être adoptées également dans les autres régions problématiques.

Principales observations faites sur les plans de surcapacité en place actuellement

- Les plans débutent souvent à des niveaux élevés de capacité des urgences (140 % et plus).
- Il n'y a pas systématiquement de personne d'attitrée à l'activation du plan de surcapacité.
- Le nombre de lits de surcapacité et accessibles est souvent non indiqué.
- Les lieux physiques des lits de surcapacité ne sont pas toujours indiqués.
- Il n'y a souvent pas de gestion en transparence (x nb de surcapacité, où, ratios, etc.).

Mesures à mettre en place selon les décisions de la cellule de crise dans les urgences

1. Chaque installation doit obligatoirement désigner une personne pour déclencher les plans de surcapacité.
2. La transparence dans les ratios et les nombres de lits de surcapacité doivent être améliorés à l'intérieur d'un établissement, mais aussi avec les autres établissements.
3. Il est de la responsabilité des établissements d'harmoniser les éléments en prévention et contrôle des infections pour avoir une approche de gestion de santé globale et non pas axée sur un seul virus. Par exemple, regrouper les personnes avec le même virus peut être pertinent.
4. **Avant le déclenchement, de 100 % à 140 % d'occupation**
Toutes les alternatives à l'hospitalisation doivent être travaillées à l'urgence. Voici les actions à mettre en place activement en termes de fluidité hospitalière :

Actions	100-140 % taux occupation civiles
Consultations à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations médicales le jour en moins de deux heures. • Consultations de 8 h à 18 h du lundi au vendredi et la fin de semaine de 8 h à 17 h, avec obligation de répondre. Les établissements qui ont déjà des heures de consultation élargies doivent maintenir leurs activités usuelles. • De 18 h à 22 h, les consultations peuvent être verbales si approprié. • Privilégier les consultations qui permettront l'admission, un congé, un rendez-vous en clinique externe ET/OU un conseil. • Toutes consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures, sont à faire à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. • Toutes les alternatives à l'hospitalisation doivent être travaillées à l'urgence.
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie simple, moins d'une heure. • Échographie jusqu'à 18 h. • CT scan jusqu'à 22 heures en moins de 2 heures. • Lecture en moins d'une heure post réalisation. • Tous examens de radiologie pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures sont à faire en ambulatoire. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence.

Admission	<ul style="list-style-type: none"> • Admission de l'équivalent de deux patients en surcapacité temporaire par unité en fonction du nombre de congés signés ou probables, et ce, en fonction de la moyenne de congés de l'installation par jour. • La répartition de ces patients surnuméraires sur les unités est à la discrétion des établissements, c'est-à-dire par exemple qu'une unité pourra recevoir trois surnuméraires et l'autre un selon les réalités de chaque établissement. • Admission, augmentation des quotas par groupe médical, de façon équitable. Pas de patients orphelins. • Patients sur civière hospitalisés, admission possible sur tous les quarts, discussion médecin de l'urgence et hospitaliste. • Patients de niveau de soins alternatifs (NSA), prise en charge, infirmier praticien spécialisé.
Examens sur un plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> • Tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures, à faire en ambulatoire. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence.

5. Déclenchement du plan de surcapacité à deux niveaux provinciaux, en sachant que les établissements pourraient avoir plus de niveaux (variations locales) :

Étape 1 : À plus de 140 % d'occupation et 40 % de patients sur civière en attente d'admission

- Admission de l'équivalent de quatre patients en surcapacité par unité ou l'équivalent du nombre de NSA dans l'installation selon lequel des deux nombres est atteint en premier (nombre le plus bas). Par exemple, l'installation a 10 unités et 25 NSA, la surcapacité demandée sera de 25. La répartition de ces patients surnuméraires sur les unités est à la discrétion des établissements.
- S'assurer que tous les patients admis sur civière ne peuvent pas être pris en charge en médecine de jour.

Étape 2 : À plus de 160 % d'occupation et 60 % de patients sur civière en attente d'admission

- Admission de l'équivalent de quatre patients par unité en surcapacité ou l'équivalent du nombre de NSA dans l'installation selon lequel de ces nombres est le plus élevé. Par exemple, si l'installation a 10 unités et 25 NSA, la surcapacité demandée sera de 40. (La répartition de ces patients surnuméraires sur les unités est à la discrétion des établissements).
- Transformer minimum 10 % des patients admis sur civière vers la médecine de jour, pour éviter l'hospitalisation.

ET

- Diminuer le nombre de chirurgies afin d'atteindre moins de 140 % dans le prochain 24 heures.