

Plan de désencombrement de la mission hospitalière

Préparé par la Direction des soins infirmiers, en collaboration
avec les directeurs adjoints des directions cliniques (novembre 2021)

Modifié en janvier 2023, sous la responsabilité de l'adjointe au directeur
général adjoint Programmes santé physique générale et spécialisée
(DGAPSPGS) en collaboration avec les directions cliniques

Adopté par le comité de direction le 20 juin 2023

Le plan de désencombrement de la mission hospitalière est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante :
www.cisssca.com.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
PRINCIPALES ÉTAPES POUR L'APPLICATION DU PLAN DE DÉSENCOMBREMMENT DE LA MISSION HOSPITALIÈRE	3
Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 1	5
Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 2	7
Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 3	8
ANNEXE 1 – MODALITÉS À SUIVRE POUR ACTIVER LA VALISE ÉLECTRONIQUE DU DIRECTEUR DE GARDE	9
ANNEXE 2 : SURCAPACITÉ DES LITS DE LA MISSION HOSPITALIÈRE.....	10
TABLE DES MATIÈRES	12
Définitions.....	13
Lit au permis	13
Lit dressé	13
Lit de débordement PERMANENT	13
Lit de débordement TEMPORAIRE	13
Lit bloqué.....	13
Lit disponible.....	13
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE MONTMAGNY.....	14
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔTEL-DIEU DE LÉVIS.....	15
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE ST-GEORGES	17
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE THETFORD.....	18
ANNEXE 3 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SAPA – SECTEUR MONTMAGNY-L'ISLET.....	19
ANNEXE 4 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SAPA – SECTEUR ALPHONSE-DESJARDINS	20
ANNEXE 5 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SECTEUR BEAUCE	21
ANNEXE 6 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SECTEUR ETCHEMINS	22
ANNEXE 7 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SECTEUR THETFORD	23
ANNEXE 8 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – PROGRAMME JEUNESSE.....	24
ANNEXE 9 : GUIDE DES BONNES ACTIVITÉS DE GESTION.....	31
ANNEXE 10 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR BEAUCE.....	32
ANNEXE 11 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR THETFORD.....	32
ANNEXE 12 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR ALPHONSE-DESJARDINS	32
ANNEXE 13 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR MONTMAGNY-L'ISLET	32

INTRODUCTION

Une gestion proactive et de collaboration assure une meilleure fluidité dans les différentes étapes de l'épisode de soins. Un très fort achalandage ou l'échec des procédures habituellement utilisées pour assurer le fonctionnement optimal du milieu hospitalier peut entraîner un taux d'occupation important. Les lits constituent une ressource institutionnelle et ne sont pas la propriété individuelle des programmes, des services ou des médecins. Une des clés pour l'amélioration des soins prodigués à l'urgence et de l'encombrement est la concertation entre les différents partenaires ayant un impact sur celle-ci.

Ce plan de désencombrement de la mission hospitalière présente les principales étapes pour l'application du plan de gestion organisationnel, les éléments facilitateurs pour son application, les niveaux d'alerte et les actions requises. Les annexes présentent les critères d'activation du plan de désencombrement pour chaque milieu hospitalier de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce plan de désencombrement concerne autant la clientèle en santé physique que celle en santé mentale en mission hospitalière.

Le plan de désencombrement est une mesure d'exception et requiert des actions différentes et exceptionnelles que celles accomplies dans le cadre des activités quotidiennes habituelles. *La politique d'optimisation du parcours de soins et de services en milieu hospitalier, le plan de surcapacité du CISSS de Chaudière-Appalaches, le document « Directives de la cellule de crise sur les urgences – Sous-comité sur la capacité »* produit par le ministère en décembre 2022, ainsi que le document « *Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence* » produit par le ministère en 2021 ont servi de documents de référence pour la révision de l'édition 2023.

OBJECTIFS

L'occupation des lits de courte durée par des usagers ne requérant plus un plateau hospitalier constitue une réponse sous optimale aux besoins de cette clientèle et leur fait courir certains dangers. De plus, elle retarde l'accès aux usagers qui nécessitent les ressources hospitalières de la courte durée.

La revue continue des processus à l'urgence et dans les unités de soins permet à l'organisation de s'adapter aux besoins de la population et d'éviter l'encombrement de l'urgence.

Les rôles et responsabilités formulés dans la politique d'optimisation du parcours de soins et de services en milieu hospitalier¹ font partie intégrante des processus habituels de saine gestion hospitalière et ne doivent pas être considérés comme des mesures exceptionnelles.

Le plan de désencombrement permet :

- D'identifier les seuils critiques conduisant au déclenchement;
- D'identifier les responsables de même que les rôles et responsabilités de chacun de la mise en application des mesures de même que leur résultat attendu;
- De définir les interventions devant être appliquées;
- D'établir des modalités de communication entre les partenaires;
- De définir des mesures concrètes pour intervenir dans les situations d'encombrement ou de crise, comprenant celles qui en précèdent l'application, celles qui en constituent l'intervention principale et celles qui correspondent aux mécanismes de rétablissement de la situation usuelle;
- D'agir au bon moment en mettant les mesures en place pour régulariser la situation tout en limitant l'impact sur les soins et services;
- De coordonner l'ensemble des directions pour remédier à une crise temporaire.

Principes directeurs

Le plan de désencombrement doit être appliqué de manière progressive et systématique, en fonction du niveau d'encombrement atteint.

L'application du plan de surcapacité² dans tous les types d'installation de l'organisation, étape ultime du plan de désencombrement, doit être une solution temporaire à une situation de crise. La surcapacité, autant en soins aigus qu'en réadaptation ou en soins de longue durée, ne peut-être une solution mise en application de façon continue. La surcapacité organisationnelle doit répondre de façon ponctuelle au besoin de fluidité du parcours de l'utilisateur. L'agilité nécessaire fait appel à la collaboration et à la concertation de toutes les directions et doit permettre à l'utilisateur de bénéficier aux soins et aux services appropriés à sa condition.

1

http://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R/C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_protocoles/Politiques/Optimisation_du_parcours_de_soins_2019-06-13_FIN.pdf

² Le plan de surcapacité se retrouve à l'annexe 2.

PRINCIPALES ÉTAPES POUR L'APPLICATION DU PLAN DE DÉSENCOMBREMENT DE LA MISSION HOSPITALIÈRE

L'application du plan de désencombrement devra comprendre les étapes suivantes :

- Identifier les seuils critiques conduisant au déclenchement des différentes étapes du plan de désencombrement;
- Identifier les personnes responsables de l'application du plan, leur rôle et imputabilité, et ce dans chacune des installations concernées;
- Identifier les actions à prendre en fonction de la valeur des indicateurs de suivi régulier;
- Informer les intervenants de l'existence du plan, des critères provoquant son déclenchement, des personnes responsables et des impacts auxquels ils doivent s'attendre;
- Réviser l'impact du plan et apporter les réajustements nécessaires, au besoin.

PRÉALABLEMENT AU PLAN DE DÉSENCOMBREMENT : GESTION QUOTIDIENNE DES LITS ET DES SÉJOURS

La surcapacité, autant en soins aigus qu'en réadaptation ou en soins de longue durée, ne peut être une **solution mise en application de façon continue**, mais une mesure temporaire de désencombrement. Ainsi, avant d'assister à la rencontre quotidienne de gestion des lits, le gestionnaire de chaque secteur doit connaître les enjeux de son secteur d'activités et ainsi favoriser, de façon prévisionnelle, une saine fluidité hospitalière. La participation contributive de tous les acteurs concernés par le parcours d'un usager est essentielle au retour à la normale.

Lors de la rencontre quotidienne de gestion des lits, animée par le coordonnateur d'activités à la gestion des lits et au parcours de soins des usagers du site concerné, les sujets suivants sont abordés :

- Gestion des lits de façon usuelle avec nombre d'admissions demandées et nombre de congés prévus;
- Efficience des ressources collectives;
- Usagers pour lesquels la contribution de divers intervenants est nécessaire;
- Problématiques envisagées de gestion des lits et les pistes de solution évitant le recours aux lits de surcapacité, et ce, avec la collaboration de tous.

Participants à la rencontre quotidienne de gestion des lits et des séjours :

- Coordonnateur d'activités à la gestion des lits et au parcours de soins de l'utilisateur
- Représentant du service de l'admission
- Chef ou assistant-infirmier chef (AIC) du bloc opératoire
- Chef ou AIC de l'urgence
- Chef d'unité ou AIC médecine – chirurgie
- Chef de l'unité ou AIC de psychiatrie
- Chef de l'unité ou AIC de soins intensifs et intermédiaires
- Chef ou AIC de l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG)
- Chef ou AIC de l'Unité mère-enfant (UME)/Pédiatrie
- Chef de l'équipe d'hygiène et salubrité
- Chef de service des services techniques
- Chef de l'équipe de liaison
- Chef en réadaptation en santé physique et déficience
- Représentant Prévention et contrôle des infections (PCI)
- Chef de service des services ambulatoires
- Coordinatrice professionnelle en service social

Aviser les gestionnaires des deux unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du secteur réadaptation Direction du programme de déficience, autisme et réadaptation (DPDAR) lorsqu'ils peuvent être impliqués dans la recherche de solution.

Situation souhaitée

Les membres de la rencontre quotidienne de gestion des lits réévaluent la situation régulièrement au cours de la journée, pour éviter toute dégradation de la situation. Les AIC et les chefs de service travaillent en collaboration avec les médecins traitants dès l'arrivée à l'unité de soins et de façon continue afin d'assurer la fluidité hospitalière. Les chefs d'unités ainsi que les AIC doivent identifier les usagers pouvant bénéficier des services de la communauté pour optimiser la planification des départs.

Niveau d'alerte 1

En situation de niveau d'alerte 1, le coordonnateur d'activités à la gestion de lits et au parcours de soins des usagers, l'adjoint au directeur de la Direction exécutive du Réseau local de services (DRLS) concerné, le coordonnateur médical, les coordonnateurs clinico-administratifs des directions visées, l'adjoint à la Direction des services professionnels (DSP) ainsi qu'un représentant de la prévention et du contrôle des infections et toute autre personne indispensable à la gestion de la situation se mobilisent pour la coordination des interventions en semaine lors des heures ouvrables.

À ce niveau d'alerte, il est important d'évaluer si toutes les solutions visant la situation souhaitée (pratiques requises pour une fluidité optimale³) ont été mises en place préalablement. Le cas échéant, les différents acteurs concernés doivent s'assurer de leur mise en application. À la suite de la mise en application des actions menant à la situation souhaitée, ils poursuivent l'application des actions requises dans le plan de désencombrement.

Le déclenchement des mesures supplémentaires du plan de désencombrement se réalise par l'adjoint au directeur de la DRLS concerné en collaboration avec les participants concernés.

Le soir, la nuit, les fins de semaine et les fériés, le coordonnateur d'activités à la gestion de lits et au parcours de soins des usagers applique les actions du plan de désencombrement en collaboration avec les AIC des unités de soins.

Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 1

- Coordonnateur d'activités à la gestion de lits et au parcours de soins des usagers
- Adjoint au directeur de la DRLS concerné
- Coordonnateur médical
- Représentant du Service de l'admission
- Coordonnateur clinico-administratif :
 - Programme chirurgie
 - Direction du programme Jeunesse (DPJeunesse)
 - Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD) – Volet services hospitaliers
 - Direction des soins infirmiers (DSI) - Volet gestion des opérations en santé physique
 - Direction du programme de déficience, autisme et réadaptation (DPDAR)
 - Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire (DCSADPC)
 - Hygiène et salubrité
 - Imagerie médicale
- Chef de service Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)
- Représentant PCI
- Adjoint à la DSP
- Chef de service de la liste de rappel

** Lors d'absence, il est de la responsabilité du participant d'assurer le relais vers le bon collègue. **

Étapes de mise en œuvre du niveau d'alerte 1

Première étape

3

http://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R/C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_pro_tocoles/Politiques/Optimisation du parcours de soins 2019-06-13 FIN.pdf

À la suite de la rencontre quotidienne de gestion des lits et des séjours, le coordonnateur d'activités envoie aux personnes dont des actions sont requises le niveau d'alerte via la valise de garde.

Deuxième étape

Au besoin, l'adjoint au directeur de la DRLS concerné envoie un avis de convocation pour la planification d'une rencontre avec l'équipe de gestion de crise de niveau 1.

Troisième étape

Une rencontre par Teams a lieu pour mettre en place le plan des interventions à déployer pour la résolution du niveau d'alerte.

Niveau d'alerte 2

Le niveau d'alerte 2 et le déclenchement du plan de désencombrement se font en toute légitimité par le coordonnateur d'activités à la gestion des lits et au parcours de soins des usagers via la valise de garde⁴.

Le coordonnateur d'activités à la gestion de lits et du parcours de soins des usagers, l'adjoint au directeur de la DRLS concerné, le coordonnateur médical, les directeurs adjoints des directions visées, un représentant de la PCI ou toute autre personne indispensable à la situation se mobilisent pour la coordination des interventions en semaine lors des heures ouvrables. Le déclenchement du plan de désencombrement se fait par l'adjoint au directeur de la DRLS concerné en collaboration avec les participants concernés.

Le soir, la nuit et les fins de semaine, le coordonnateur d'activités à la gestion de lits et du parcours de soins des usagers applique, en collaboration avec le directeur de garde, les actions requises dans le plan de désencombrement. La mise en application des actions se fait en collaboration avec les AIC des unités de soins.

À ce niveau d'alerte, il est important d'évaluer si toutes les solutions au niveau d'alerte 1 ont été mises en place préalablement. Le cas échéant, les différents acteurs concernés doivent s'assurer de leur mise en application. À la suite de la mise en application des actions au niveau d'alerte 1, ils poursuivent l'application des actions requises dans le plan de désencombrement.

La situation doit ensuite être évaluée toutes les quatre (4) heures et toute détérioration doit être signalée au directeur adjoint de la direction concernée en semaine pendant les heures ouvrables ou au directeur de garde les jours fériés, les fins de semaine et aux heures défavorables.

Lorsque les risques pour les usagers et le personnel sont devenus inacceptables, l'organisation doit hausser son niveau d'intervention. Ces interventions ont la même importance que des mesures d'urgence en cas de sinistre et, pour cette raison, le plan de désencombrement doit être activé dès que le seuil clinique est atteint. Cette situation de niveau d'alerte 2 touche l'ensemble de l'organisation et demande la collaboration de toutes les ressources. **La priorité demeure à ce moment, la résolution de la crise.**

Une situation de niveau d'alerte 2 a des conséquences graves, dans le sens où elle augmente le niveau de risque pour les usagers et le personnel. Il devient alors plus difficile pour l'équipe de l'urgence :

- D'assurer la sécurité de tous les usagers et la qualité des soins qui leur sont ou seront donnés;
- D'assurer la sécurité du personnel;
- D'assurer une surveillance adéquate des usagers;
- D'établir et de maintenir des priorités d'intervention;
- De fournir les services requis selon l'urgence de la situation.

Cette situation doit être perçue comme la limite d'un continuum allant d'une situation difficile (où l'urgence a atteint sa capacité optimale) à un point critique (situation où la qualité des soins peut être compromise). Il en est de même lorsque des usagers sont susceptibles de ne pas pouvoir recevoir leur intervention chirurgicale en raison de

⁴ Annexe 1

l'encombrement du centre hospitalier et/ou de l'urgence.

Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 2

- Coordonnateur d'activités à la gestion des lits et au parcours de soins des usagers
- Adjoint au directeur de la DRLS concerné
- Coordonnateur médical
- Représentant du service de l'admission
- Directeurs adjoints :
 - Chirurgie
 - DPJeunesse
 - DPSMD
 - DSI – Volet gestion des opérations en santé physique
 - DPDAR
 - Direction de l'hébergement du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DHPSAPA)
 - DCSADPC
 - Direction des services techniques (DST)
 - Direction de la logistique (DL)
 - Direction des services multidisciplinaires (DSM)
 - DSP
- Coordonnateur des ressources humaines
- Adjointe à la Direction générale adjointe Programmes de santé physique générale et spécialisée (DGAPSPGS)

Étapes de mise en œuvre du niveau d'alerte 2

Première étape

À la suite de la rencontre quotidienne de gestion des lits et des séjours, le coordonnateur d'activités envoie aux personnes dont des actions sont requises le niveau d'alerte via la valise.

Deuxième étape

Au besoin, l'adjoint au directeur de la DRLS concerné envoie un avis de convocation pour la planification d'une rencontre avec l'équipe de gestion de crise de niveau 2.

Troisième étape

Une rencontre par Teams a lieu pour établir le plan d'action des interventions pour la résolution du niveau d'alerte.

Niveau d'alerte 3

En situation de niveau d'alerte 3, un comité de crise composé du coordonnateur d'activités à la gestion de lits et au parcours de soin de l'utilisateur, des directeurs, d'un représentant de la PCI, ainsi que toute autre personne indispensable à la gestion la situation, doit être mis en place si des enjeux stratégiques sont à dénouer. Le déclenchement du niveau

d'alerte se fait par le coordonnateur d'activité à la gestion de lits et du parcours de soins des usagers via la valise de garde⁵ en collaboration avec le directeur de garde les fins de semaine, les jours fériés et aux heures défavorables.

À ce niveau d'alerte, il est important d'évaluer si toutes les solutions au niveau d'alerte 2 ont été mises en place préalablement. Le cas échéant, les différents acteurs concernés doivent s'assurer de leur mise en application. À la suite de la mise en application des actions au niveau d'alerte 2, ils poursuivent l'application des actions requises dans le plan de désencombrement.

La situation doit ensuite être évaluée toutes les quatre (4) heures et toute détérioration doit être signalée au directeur du secteur concerné en semaine pendant les heures ouvrables ou au directeur de garde les jours fériés, les fins de semaine et aux heures défavorables.

Participants à l'équipe de gestion de crise au niveau d'alerte 3

- Coordonnateur d'activités à la gestion des lits et au parcours de soins des usagers
- Adjoint au directeur exécutif du RLS concerné
- Coordonnateur médical
- Directeur exécutif du RLS concerné
- Représentant du service de l'admission
- Directeurs et directeurs adjoints :
 - Chirurgie
 - DPJeunesse
 - DPSMD
 - DSI – Volet gestion des opérations en santé physique
 - DPDAR
 - DHPSAPA
 - DCSADPC
 - DST
 - DL
 - DSM
 - DSP
- Représentant des mesures d'urgence
- Représentant des ressources humaines
- DGAPSPGS

Étapes de mise en œuvre du niveau d'alerte 3

Première étape

À la suite de la rencontre quotidienne de gestion des lits et des séjours, le coordonnateur d'activités envoie aux personnes dont des actions sont requises le niveau d'alerte via la valise de garde.

Deuxième étape

Au besoin, le directeur de la DRLS concerné envoie un avis de convocation pour la planification d'une rencontre avec l'équipe de gestion de crise de niveau 3.

Troisième étape

Une rencontre par Teams a lieu pour mettre en place le plan des interventions à déployer pour la résolution du niveau d'alerte.

⁵ Annexe 1

ANNEXE 1 – MODALITÉS À SUIVRE POUR ACTIVER LA VALISE ÉLECTRONIQUE DU DIRECTEUR DE GARDE

- Choisir à l'écran l'icône : 
- Sélectionner l'onglet « Valise de garde, annexe DSP »
- Choisir l'installation en débordement
- Activer le message préformaté : encombrement de l'urgence niveau 3

Ce message préformaté s'énonce ainsi :

- 1) Encombrement de l'urgence de niveau 3
- 2) Procéder à la signature du congé médical de vos usagers
- 3) Réaliser les demandes de consultations tant à l'urgence qu'aux unités de soins

Surcapacité des lits de la mission hospitalière est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2014

TABLE DES MATIÈRES

Définitions	13
Lit au permis.....	13
Lit dressé.....	13
Lit de débordement PERMANENT	13
Lit de débordement TEMPORAIRE.....	13
Lit bloqué.....	13
Lit disponible	13
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS - HÔPITAL DE MONTMAGNY.....	14
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS- HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	15
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS- HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	17
ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS - HÔPITAL DE THETFORD.....	18

Définitions

Lit au permis

Lit inscrit sur le permis d'exploitation de l'établissement, tel qu'inclus au M02 (*Guide d'utilisateur du MSSS*).

Lit dressé

Un lit (lit au permis, lit de débordement permanent ou lit en voie d'être au permis) dit équipé du matériel nécessaire pour y coucher un usager (*Guide d'utilisateur du MSSS*).

Lit de débordement PERMANENT

Lit qui n'est pas au permis, mais qui est utilisé régulièrement pour les activités courantes de l'établissement. Idéalement, ces lits devraient éventuellement faire l'objet d'une demande d'ajout au permis d'établissement. (*Définition du guide de saisie de l'ADT Normalisé*).

Si le lit est utilisé à 60 % et plus, le lit est considéré comme débordement permanent (statué lors d'une discussion avec la DQEPE, règle interne).

Lit de débordement TEMPORAIRE

Lit utilisé de façon ponctuelle pour répondre à un besoin particulier en situation critique pour lequel l'établissement doit accueillir temporairement plus d'usagers que sa capacité habituelle.

Si le lit est utilisé à moins de 60 %, le lit est considéré comme débordement permanent (statué lors d'une discussion avec la DQEPE, règle interne).

Lit bloqué

Un lit est bloqué de façon temporaire :

- Les lits équipés vacants qui n'ont pas suffisamment de personnel pour prendre en charge un usager qui y serait couché;
- Les lits temporairement bloqués, équipés ou non, par mesure de distanciation par exemple (*Guide de saisie de l'ADT Normalisé*.)

Un lit bloqué demeure toujours accessible au besoin dans le système d'admission. Il ne nécessite aucune intervention des pilotes de système.

Lit disponible

Lit pouvant accueillir un usager immédiatement, sans tenir compte s'il est actuellement occupé ou non. Le lit existe physiquement, il est équipé du matériel nécessaire pour recevoir un usager et il dispose du personnel nécessaire pour prodiguer des soins à l'usager. Dans le jargon, il s'agit de lit dit « équipé » et « staffé ». Les lits de débordement temporaires ne sont pas concernés par cette définition ainsi que les lits fermés définitivement et les lits bloqués (*Guide d'utilisateur du MSSS*).

ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE MONTMAGNY

UNITÉ	LITS DRESSÉS	LITS DISPONIBLES	SURCAPACITÉ			TOTAL	COMMENTAIRES
			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3		
Médecine-chirurgie (3 ^e étage)	36	35	0	0	0	35	Fermeture de 2 lits pour travaux. Aucun lit disponible de surcapacité dû aux travaux de mise aux normes jusqu'à la <u>fin 2023</u> .
Médecine-chirurgie (2 ^e étage)	5	5	0	0	7	12	La capacité est en fonction de l'activité obstétricale et en pédiatrie. L'atteinte peut nécessiter un ajout de ressources. Lits de surcapacité nécessitent l'ajout de ressources.
Pédiatrie	3	3	0	0	0	3	
Obstétrique	5	5	0	0	0	5	
Soins intensifs et intermédiaires	4	4	0	0	3	7	Lits de surcapacité nécessitent évaluation si besoin d'ajout de ressources. Important de les considérer pour la clientèle de soins intermédiaires et soins intensifs uniquement.
UCDG	8	8	0	0	0	8	
Psychiatrie	10	10	0	0	0	10	
TOTAL	71	70	0	0	10	80	

ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

UNITÉ	LITS DRESSÉS	LITS DISPONIBLES	SURCAPACITÉ				TOTAL	COMMENTAIRES	
			NIVEAU 1	NIVEAU 2		NIVEAU 3			
				GENERAL	SPECIFIQUE	GENERAL			SPECIFIQUE
Santé physique									
Unité de chirurgie (9000)	56	56	0	0	0	0	0	56	
Unité de médecine (8000)	45	45	0	5	0	4	0	54	9 lits de surcapacité qui nécessitent ajout de ressources.
Unité de cardiologie (7000)	49	49	0	0	0	0	0	49	
Unité de soins palliatifs (4000)	12	12	0	0	0	0	0	12	
Pédiatrie	10	10	0	4	0	0	0	14	4 lits de surcapacité qui nécessitent ajout de ressources.
Unité Mère-enfant et mère-bébé	16	16	0	0	0	0	0	16	Possibilité de doubler les chambres pour requis obstétrique.
Soins intensifs et intermédiaires	15	15	0	0	3	0	2	20	Important de les considérer pour de la clientèle de soins intermédiaires et soins intensifs uniquement.
Unité coronarienne	6	6	0	0	0	0	0	6	
UCDG	20	20	0	0	0	0	0	20	
Unité de débordement (5000)	0	0	0	11	0	6	0	17	Tous des lits de surcapacité nécessitent ajout de ressources.

UNITÉ	LITS DRESSÉS	LITS DISPONIBLES	SURCAPACITÉ				TOTAL	COMMENTAIRES	
			NIVEAU 1	NIVEAU 2		NIVEAU 3			
				GENERAL	SPECIFIQUE	GENERAL			SPECIFIQUE
Psychiatrie									
1^{er} étage	6	6	0	0	1	0	0	7	
UIB									
Transition	6	6	0	0	0	0	0	6	
2^e étage	6	6	0	0	0	0	0	6	
CO									
Soins inter	6	6	0	0	1	0	0	7	
3^e étage	18	18	0	0	0	0	0	18	
Géronto psychiatrie									
4^e étage	20	20	0	0	1	0	3	24	3 lits de surcapacité qui nécessitent ajout de ressources.
Pédopsychiatrie	8	8	0	0	4	0	0	12	Important de conserver les lits pour la clientèle de pédopsychiatrie. Ajout de ressources nécessaires.
TOTAL	299	299	0	20	10	10	5	344	

ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE ST-GEORGES

UNITÉ	LITS DRESSÉS	LITS DISPONIBLES	SURCAPACITÉ			TOTAL	COMMENTAIRES
			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3		
Médecine	52	52	0	3	3	58	Lits de surcapacité nécessitent ajout de ressources.
Chirurgie	44	44	0	3	3	50	Lits de surcapacité nécessitent ajout de ressources.
Pédiatrie	6	6	0	2	0	8	Lits de surcapacité nécessitent ajout de ressources.
Obstétrique	10	10	0	1	0	11	
Soins intensifs et intermédiaires	8	8	0	0	0	8	
UCDG	10	10	0	1	0	11	
Psychiatrie	25	25	0	1	0	26	En plus du lit inscrit en surcapacité, 4 autres lits pourraient être utilisés dans une situation de dernier recours avec ajout de ressources.
TOTAL	155	155	0	11	6	172	

ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – HÔPITAL DE THETFORD

UNITÉ	LITS DRESSÉS	LITS DISPONIBLES	SURCAPACITÉ			TOTAL	COMMENTAIRES
			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3		
Médecine et UCDG	40	50	0	0	10	60	10 lits de chirurgie transférés pour une capacité de 50 lits. Ajout de personnel nécessaire pour le débordement.
Chirurgie	20	0	0	0	0	0	10 lits de fermés par manque de main-d'œuvre et 10 lits transférés à l'unité de médecine.
Pédiatrie	5	5	0	0	0	5	
Obstétrique	10	9	0	0	0	9	7 chambres d'obstétrique, 1 pour les TRF et 2 lits chirurgie gynécologique. Capacité d'accueillir des hors secteurs selon les critères définis et en fonction de l'activité obstétricale.
Soins intensifs et intermédiaires	8	6	0	2	2	8	Lits de surcapacité nécessitent évaluation si requis d'ajout de ressources. Important de les considérer pour la clientèle de soins intermédiaires et soins intensifs uniquement.
Psychiatrie	12	6	0	0	3	9	6 lits de fermés en raison d'absence médicale. Pas de surcapacité pour les usagers de psychiatrie. Capacité d'accueillir des hors secteurs selon les critères définis.
TOTAL	95	76	0	0	15	91	

ANNEXE 3 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SAPA – SECTEUR MONTMAGNY-L'ISLET

Centre d'hébergement du CSSSML	Secteur	Lits au permis	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total	Note - Ajout de personnel*	Détails supplémentaires
CH Saint-Fabien	Montmagny-L'Islet	37	0	0	2	39	Ajout de 4 h PAB	Sous-sol ou chambre double, ou chambre simple transférée en chambre double. Ajout de PAB selon disponibilité.
CH Montmagny	Montmagny-L'Islet	66	0	0	0	66		
CH Cap-Saint-Ignace	Montmagny-L'Islet	43	0	1	0	44	Ajout de 4 h PAB à la phase 2	La chambre utilisée est la cuisinette. Possède une cloche d'appel et une toilette.
CH Saint-Jean-Port-Joli	Montmagny-L'Islet	38	0	0	1	39	Ajout de 4 h PAB à la phase 2	Nous avons une chambre de répit qui pourrait être doublée si débordement. Comme durant les travaux, il y aurait une cloche pour chaque personne, mais simplement un paravent pour séparer les personnes. La salle de bain étant partagée avec l'autre chambre, nous aurions donc trois personnes partageant une salle de bain.
MH Saint-Eugène	Montmagny-L'Islet	32	0	0	1	33	Ajout de 6 h ASSS à la phase 3	Salon des familles de la Maison de la Montagne : pas de cloche d'appel. Une salle de toilette adaptée et il n'a pas de levier intégré.
MH Sainte-Perpétue	Montmagny-L'Islet	32	0	0	1	33	Ajout de 6 h ASSS à la phase 3	C'est le salon des familles maison #2, car pouvons jumeler une cloche d'appel avec une chambre qui est près pour que cela soit fonctionnel, car pas de cloche déjà prévue dans cette pièce. On doit à ce moment-là meubler avec un lit en surplus et faire des modifications au niveau de l'immobilier si le besoin se présente. La salle de toilette est dans le salon, mais pas de levier intégré.
Total =>		248	0	1	5	254		
Total phase 1 =>			248					
Total phase 2 =>				249				
Total phase 3 =>					254			

Préparé par la direction adjointe Montmagny-L'Islet et Bellechasse (DPSAPA)

Dernière mise à jour : 22 octobre 2019

ANNEXE 4 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SAPA – SECTEUR ALPHONSE-DESJARDINS

Centre d'hébergement du CSSSAD	Secteur	Lits d'héberg.	Phase 1	Phase 2	Phase 3	TOTAL	Personnel requis pour surcapacité par 24 heures*	Commentaire (couverture médicale, chambre au sous-sol ou double, ou sans limitation cognitive)
St-Apollinaire	Alphonse-Desjardins	34			1	35		
Sainte-Croix	Alphonse-Desjardins	41				41		
St-Flavien	Alphonse-Desjardins	41				41		
Saint-Sylvestre	Alphonse-Desjardins	28			1	29		Utilisation d'une salle avec porte en accordéon, aucun levier sur rail, aucune salle de bain, système de cloche d'appel disponible. Autonomie dans les transferts.
St-Isidore	Alphonse-Desjardins	33				33		
Sainte-Marie	Alphonse-Desjardins	64			1	65		
Ste-Hénédine	Alphonse-Desjardins	34				34		
Saint-Anselme	Alphonse-Desjardins	36			1	37		
Saint-Raphaël	Alphonse-Desjardins	54			1	55		
Sainte-Claire	Alphonse-Desjardins	41				41		
Saint-Gervais	Alphonse-Desjardins	33			1	34		
Charny (Oasis)	Alphonse-Desjardins	38			1	39		Prendre note que les lits SP de PG sont utilisés pour les NSA depuis plus d'un an (2 lits)
Charny (Carrefour)	Alphonse-Desjardins	38				38		
Charny (Belv.-Jardin)	Alphonse-Desjardins	70				70		
Lévis	Alphonse-Desjardins	95				95		
SOUS-TOTAL		680	0	0	7	687		
Total phase 1 =>			680					
Total phase 2 =>				680				
Total phase 3 =>					687			

*Personnel requis à évaluer à chaque ouverture de lit et hebdomadairement par la suite.

Préparé par la direction adjointe AD (DPSAPA)
Dernière mise à jour : 15 novembre 2021

ANNEXE 5 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SECTEUR BEAUCE

CHSLD	Secteur	Lits au permis	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total	Note - Ajout de personnel	Détails supplémentaires
CHSLD de Beauceville	Beauce	108	1	1	0	110	Ajout de 4 heures de PAB, et ce, pour chaque niveau.	Les chambres supplémentaires disponibles sont des chambres de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
CHSLD Richard-Busque	Beauce	45	1	0	0	46	Ajout de 4 heures de PAB.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
CHSLD du Séminaire	Beauce	41	1	0	0	42	Ajout de 4 heures de PAB.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
Total =>		194	3	1	0	198		
Total Alerte 1 =>			197					
Total Alerte 2 =>				198				
Total Alerte 3 =>					198			

ANNEXE 7 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – SECTEUR THETFORD

CHSLD	Secteur	Lits au permis	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total	Note - Ajout de personnel	Détails supplémentaires
CHSLD Denis-Marcotte (Thetford Mines)	Thetford	68	1	0	0	69	Ajout de 4 heures de PAB.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
CHSLD René-Lavoie (Disraeli)	Thetford	47	1	0	5	53	Ajout de 4 heures de PAB pour le Niveau 1. Le Niveau 3 est associé à l'utilisation du 4e étage du centre d'hébergement. L'utilisation de ces espaces supposent la mise en place d'une équipe dédiée Inf. aux. et PAB sur les quarts Jour/Soir/Nuit.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs (Niveau 1). L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents. Aucun ameublement, aucun lit et aucun équipement n'est présentement en place au 4e étage (Niveau 3).
CHSLD Marc-André-Jacques (East Broughton)	Thetford	31	1	0	0	32	Ajout de 4 heures de PAB.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
CHSLD Lac-Noir (Thetford Mines)	Thetford	28	1	0	0	29	Ajout de 4 heures de PAB.	La chambre supplémentaire disponible est une chambre de soins palliatifs. L'utilisation doit être faite en lien avec les besoins présents.
CHSLD Saint-Alexandre (Thetford Mines)	Thetford	112	0	0	0	112	-	-
Total =>		286	4	0	5	295		
Total Alerte 1 =>			290					
Total Alerte 2 =>				290				
Total Alerte 3 =>					295			

ANNEXE 8 : ALGORITHME DE SURCAPACITÉ DE LITS – PROGRAMME JEUNESSE

GESTION DES LITS UME-PED POUR CLIENTÈLE ADULTE EN MILIEU HOSPITALIER

En période de débordement de la clientèle adulte hospitalisée dans le centre hospitalier, des lits en pédiatrie et à l'UME peuvent être utilisés pour l'admission de cette clientèle en hors secteur.

Ce document vise à baliser le fonctionnement, les éléments à considérer pour la prise de décision, la clientèle adulte pouvant être admise en pédiatrie et à l'UME ainsi que les ressources dédiées, selon **l'achalandage des unités de soins d'obstétrique et de néonatalogie**; les unités UME-PED devant s'autosuffire dans un premier temps, notre clientèle étant prioritaire sur toute autre clientèle. Prendre note que les ressources dédiées aux unités mère-enfant le sont en fonction du volume d'activités obstétriques et non en fonction du nombre de lits dressés.

La demande d'admission est faite par le médecin qui autorise l'hospitalisation et contient les éléments suivants : le diagnostic d'admission, la nature des soins requis par l'utilisateur ainsi que toutes particularités permettant l'orientation adéquate de l'utilisateur sur une unité de soins. Le besoin d'isolement doit être clairement établi ainsi que les raisons qui le justifient.

Le service d'admission/accueil, avec l'aide des ASI de l'Urgence et de l'UME-PED, a la responsabilité d'évaluer les lits disponibles et la clientèle pouvant y être admise en faisant le lien avec le gestionnaire de lits, si besoin.

Étapes préalables réalisées par l'AIC UME-PED ou la gestionnaire de l'unité de soins

- S'assurer d'avoir la possibilité d'admettre un enfant avec les ressources en place en tout temps.
- Vérifier les possibilités d'accueil et de transfert de la clientèle pédiatrique ou obstétricale en provenance des autres centres.
- Évaluer le taux d'occupation de la clientèle pédiatrique hospitalisée.
- Évaluer le nombre d'usagères en antepartum.
- Évaluer le nombre d'usagères en post-partum.
- Évaluer le nombre de bébés en unité de néonatalogie.
- Évaluer l'activité en médecine de jour et chirurgie d'un jour pédiatrique (HDL).
- Évaluer la possibilité d'admission provenant du secteur ambulatoire (chirurgie ou pédiatrie externe).
- S'assurer d'avoir les ressources humaines requises sans provoquer de temps supplémentaires (TS ou de temps supplémentaire obligatoire (TSO)).

Usager ne pouvant être admis à l'unité de soins de pédiatrie et à l'unité/Centre mère-enfant dans la région de Chaudière-Appalaches

- Usager provenant d'un milieu en éclosion.
- Usager en suspicion ou un diagnostic de COVID-19.
- Usager en perte d'autonomie ayant besoin d'assistance pour la mobilisation, les soins d'hygiène ainsi que l'alimentation.
- Usager ayant un risque de chute avec un résultat de repérage supérieur à 6 au questionnaire du dépistage des facteurs de risque de chute.
- Tout usager avec une infection respiratoire.
- Tout usager nécessitant un isolement en prévention ou contrôle des infections.
- Usager avec un problème cardiaque.
- Usager ayant un problème actif de santé mentale, ayant des troubles de comportement ou ayant besoin de surveillance étroite.
- Usager agressif, errant ou confus dérangeant pour la clientèle.
- Usager avec un problème actuel de consommation de stupéfiants ou d'alcool.
- Usager nécessitant des protections cytotoxiques post-chimiothérapie.

MONTMAGNY

Unité mère-enfant (UME)

- L'unité comprend cinq chambres TARP (travail, accouchement, récupération et post-partum).
- Si débordement, utiliser les lits dans l'aire de médecine.

Pédiatrie

- L'unité comprend trois lits.
- Si débordement en pédiatrie, utiliser les deux lits de débordement en pédiatrie.
- Utiliser la salle TRF (test de réactivité fœtale).

Médecine-chirurgie

- L'unité comprend cinq lits en médecine-chirurgie.
- Si débordement de la médecine-chirurgie, utiliser les quatre lits de débordement de médecine-chirurgie du 3^e étage et par la suite les huit lits de débordement du 2^e étage.

THETFORD

Centre mère-enfant (CME)

- L'unité comprend sept chambres TARP (travail, accouchement, récupération et post-partum).
- L'unité comprend une chambre TRF (test de réactivité fœtale).
- Si débordement, utiliser la chambre TRF (test de réactivité fœtale).
- Si débordement, utiliser les lits de gynécologie et de pédiatrie.

Pédiatrie

- L'unité comprend cinq lits, comprenant une chambre simple pour l'isolement et deux chambres qui peuvent se doubler.
- Si débordement, utiliser les lits de gynécologie.

Néonatalogie

- L'unité comprend deux isolettes.

Chirurgie-gynécologie

- L'unité comprend deux lits.

Chambres de naissance

- L'unité comprend huit chambres de naissance (aucune hospitalisation possible dans ces lits).

Obstétrique et post-partum

- L'unité comprend seize lits.
- Si débordement, transférer des familles en cohabitation en pédiatrie.

Unité de néonatalogie

- L'unité comprend huit isolettes.
- Si débordement, évaluer la possibilité de transférer des cas de néonatalogie en pédiatrie.

Pédiatrie

- L'unité comprend dix lits dressés.
- Si débordement, réouverture des lits disponibles, jusqu'à un maximum de quatre.

En tout temps, s'assurer de conserver

- Deux lits en pédiatrie pour admettre rapidement un enfant et/ou un débordement de la néonatalogie.

Post-partum

- L'unité comprend dix lits, dont sept chambres TARP (travail, accouchement, récupération et post-partum).
- L'unité comprend une chambre d'hébergement.
- Si débordement, les usagères seront hospitalisées en pédiatrie.

Unité de néonatalogie

- L'unité comprend cinq isolettes.

Pédiatrie

- L'unité comprend cinq chambres avec possibilité de six lits.
- Si débordement, les enfants seront hospitalisés à l'UME dans les chambres privées.
- Les usagers de 16 ans et plus peuvent être hospitalisés en médecine-chirurgie, si place disponible.
- Utiliser la chambre 4315 en débordement pédiatrie (deux lits) et s'assurer de retirer tout le matériel (aucune contagion permise).

En tout temps, s'assurer de conserver :

- Trois chambres TARP (travail, accouchement, récupération et post-partum), lorsque c'est applicable.
- Un lit en pédiatrie.

PLAN DE DÉBORDEMENT DE LA PÉDIATRIE ET DE L'UME

Montmagny

- Retransférer tous les cas hors secteur.
- Évaluer la possibilité de départs précoces (moins de 24 heures).
- Utiliser les lits de surcapacité du 2^e étage en médecine-chirurgie.

Thetford

- Retransférer tous les cas hors secteur.
- Évaluer la possibilité de départs précoces (moins de 24 heures).
- Utiliser la salle TRF (test de réactivité fœtale).
- Orienter la clientèle de gynécologie sur l'Unité de chirurgie.

Beauce

- Retransférer tous les cas hors secteur.
- Évaluer la possibilité de départs précoces (moins de 24 heures).
- Les enfants de 16 ans et plus pourront être hospitalisés en chirurgie ou en médecine.
- Transformer la salle de rangement en chambre (4315 A-B).

Lévis

- Retransférer tous les cas hors secteur.
- Évaluer la possibilité de départs précoces (moins de 24 heures).
- Utiliser les lits disponibles de la clientèle ambulatoire.
- Évaluer la capacité d'ouvrir les lits fermés en pédiatrie, jusqu'à un maximum de six.

LITS DE SURCAPACITÉ HOSPITALIÈRE

En tout temps

- Aviser les médecins de garde (UME-PED) de la situation.
- Évaluer la possibilité de départs précoces (moins de 24 heures).
- Reporter les déclenchements, si possible, avec l'accord médical.
- Évaluer la possibilité de traitement ambulatoire pour la clientèle pédiatrique.
- Évaluer l'application des trajectoires de transfert interhospitalier.

Algorithme de surcapacité hospitalière Montmagny

Unité	Lits dressés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Pédiatrie	3	0	2	0	5
Obstétrique	5	0	0	0	5
Médecine-chirurgie, 2 ^e étage	5	0	0	5	10

* Utiliser les lits de surcapacité en médecine-chirurgie au 2^e étage.

Algorithme de surcapacité hospitalière Thetford

Unité	Lits dressés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Obstétrique	7	0	0	0	7
Pédiatrie	5	0	0	0	5
Chirurgie-gynéco	2	0	0	0	2

* Utiliser la salle TRF (test de réactivité fœtale).

Algorithme de surcapacité hospitalière Beauce

Unité	Lits dressés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Obstétrique	10	0	1	0	11
Pédiatrie	6	0	0	2	8

* Utiliser la chambre d'hébergement (niveau 2).

* Transformer la salle de rangement en chambre (4315 A-B) si débordement pédiatrique seulement.

Algorithme de surcapacité hospitalière Lévis

Unité	Lits dressés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Obstétrique	16	0	0	0	16
Pédiatrie	10	0	0	4	14

ANNEXE 9 : GUIDE DES BONNES ACTIVITÉS DE GESTION

- Application de la politique d'optimisation du parcours de soins et services en milieu hospitalier.
- Accélérer le processus d'admission (chef d'unité, AIC et coordonnateur d'activités).
- Accélérer le processus du départ (chef d'unité, AIC et coordonnateur d'activités).
- Admettre en tout temps, incluant les fins de semaine.
- Assigner en 3 h un intervenant du SAD pour les usagers non connus.
- Assurer une fluidité dans les lits niveau de soins alternatifs (NSA) et d'hébergement temporaire.
- Aviser le plateau diagnostique et les consultants des patients à prioriser en vue d'un départ (AIC).
- Considérer le nombre d'admissions demandé par les services externes.
- Considérer le nombre de chirurgies.
- Considérer le nombre de clients en attente à domicile.
- Considérer le nombre de transferts interétablissements.
- Discuter en caucus intra-unité des usagers ayant potentiel d'avoir congé et qui seraient à prioriser par les professionnels de réadaptation.
- Évaluer les usagers en fin de réadaptation active (FRA) URFI et libérer les lits dans les meilleurs délais (gestionnaires URFI).
- Faire voir tous les usagers de 75 ans et plus par l'infirmière de gériatrie y compris ceux en attente d'hospitalisation (AIC et inf. de gériatrie).
- Identifier les places disponibles en hébergement de crise, de transition, NSA, ressources d'hébergement en dépendance (RHD), ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) résidence à assistance continue (RAC).
- Identifier les NSA hors délai dans toutes les variables et interpeller nos collègues. En priorité, en variable 8 (coordonnateurs et chef).
- Identifier les usagers qui ont besoin du plateau diagnostique pour avoir leur congé (AIC).
- Identifier les usagers qui peuvent être libérés.
- Identifier les usagers qui peuvent être relocalisés - hébergement alternatif (lits de crise, dépannage, etc.) et ressources non institutionnelles.
- Impliquer les professionnels de CH pour la référence en URFI et l'évaluation du potentiel de récupération pour s'assurer de référer au bon service (URFI-RFI ou autre) (inf. de liaison).
- Informer l'équipe de gestion départs et admissions du niveau d'encombrement lors de la réunion de 8 h 45 (coordonnateur d'activités).
- Informer le personnel de l'établissement de l'évolution de la situation de l'urgence et de la disponibilité des lits (coordonnateur d'activités).

- Informer lors d'enjeu de libération de lits pour les usagers en FRA (gestionnaires URFI).
- Potentialiser les services ambulatoires.
- Prévoir les départs dès l'admission.
- Prioriser, dans la planification des départs, les usagers dont les délais NSA sont les plus élevés (équipes des MAH).
- Prioriser les départs du jour suite à une rencontre intra-unité efficace (liaison).
- Réviser le cas de tous les usagers sur civière à l'urgence pour lesquels aucune décision n'a été prise (AIC).
- Réviser la pertinence des demandes d'admission (DSP, AIC, chef d'unité).
- Planifier des sorties à domicile par l'utilisation des services externes disponibles.
- Orientation des usagers vers une ressource externe : oncologie, médecine de jour, services courants, cliniques externes.
- Réviser les cas de tous les usagers en demande d'admission afin de vérifier si l'admission pourrait être annulée (AIC, avec infirmière de liaison et médecin).
- Assistant-infirmier-chef (AIC).
- S'assurer d'une prise en charge rapide par les services dans la communauté.
- Suivre l'évolution de la situation et aviser les personnes concernées en continu.
- Utiliser les services ambulatoires selon les trajectoires de service disponibles.
- Utiliser les trajectoires d'accueil clinique.
- Utiliser les trajectoires de médecine de jour (Ativad, administration de produits sanguins, soins de plaies, etc.).

ANNEXE 10 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR BEAUCE

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1  (3 CRITÈRES REQUIS)		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2  (2 CRITÈRES REQUIS)		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3  (2 CRITÈRES REQUIS)	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %	160 % et plus		
Capacité urgence : 15 civières	16 à 21 civières	22 à 24 civières	25 civières et +		
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 4 et 6 admissions	(40 %) Entre 9 et 10 admissions	(60 %) Entre 15 admissions		
Lits de surcapacité utilisés	Oui	Non	Non		
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui	Oui		
URGENCE					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'ensemble des bonnes pratiques de gestion au quotidien sont réalisées. Travailler toutes les alternatives à l'hospitalisation à l'urgence. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer la prise de décision pour les usagers à l'unité d'urgence par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Identifier tous les patients qui peuvent être admis hors secteur. Réviser les cas en attente de consultation ou d'examen ne nécessitant plus de civière vers une zone/aire désignée/ambulatoire par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal de 2 heures. Planifier toutes consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures, à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. Communiquer avec les médecins spécialistes afin de les aviser des consultations en attente. Rapatriner les médecins de garde pour consultation. Réaliser les 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. 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. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner aux usagers un accès immédiat au plateau diagnostique (laboratoires et radiologie simple). Faire en ambulatoire tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures : <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure; Réaliser les échographies jusqu'à 18 h; Réaliser les CT scan jusqu'à 22 heures en moins de 2 heures; Réaliser les lectures en moins d'une heure post-réalisation. <p>Équipe de professionnels (inf. gériatrique, physiothérapeute, service de liaison)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les demandes de consultation qui soutiendront l'orientation de l'utilisateur (admission ou congé). Référent au technologue en physiothérapie les usagers sur civière ayant besoin d'une opinion sur la sécurité aux transferts. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Revoir les critères hors secteur de toutes les unités de soins de la mission hospitalière afin d'augmenter la fluidité. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de départements et services de la congestion à l'urgence. <p>Chef de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser les besoins en ressources professionnels et augmenter si besoin. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Diriger les usagers n'ayant plus de requis de civière vers la salle d'attente. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal d'une heure. Réviser les besoins en ressources de l'équipe médicale et prolonger au besoin les heures des médecins pour atteindre 12 heures. Diriger les usagers vers un autre CH de la région, si la capacité hospitalière (et du bloc opératoire si requis) dans un autre site le permet. Évaluer la possibilité de reporter les procédures électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DCSADPC, DPSMD, DPDAR, DPJeunesse, DSAPA-hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départs. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Coordonnateurs de gestion des lits</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de service, les chefs de département et les médecins de la congestion à l'urgence (texto). Trouver un milieu transitoire entre l'urgence et l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. Transférer des patients admis sur civière vers la médecine de jour ou autres alternatives ambulatoires, pour éviter l'hospitalisation. Statut admis à non-admis. 	

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %	160 % et plus		
Capacité urgence : 15 civières	16 à 21 civières	22 à 24 civières	25 civières et +		
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 4 et 6 admissions	(40 %) Entre 9 et 10 admissions	(60 %) Entre 15 admissions		
Lits de surcapacité utilisés	Oui	Non	Non		
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui	Oui		
UNITÉ D'HOSPITALISATION					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions requises en situation souhaitée soient toutes mises en place et maintenues. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 1. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs possibles de la clientèle interhospitalière lors de la rencontre régionale. Faire prioriser les tests COVID. Réunir l'équipe de gestion des admissions et des départs. Aviser le plateau technique de la situation d'encombrement. <p>Chef d'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir des salons de départs. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Contacter les consultants des usagers ayant leur congé de prévu. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les usagers avec possibilité de départ dans la journée, tournée avant 9 h. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure. Réaliser les CT scan jusqu'à 22 h et en moins de 2 heures. Réaliser les échographies jusqu'à 18 h. Effectuer la lecture d'imagerie en moins d'une heure post-réalisation. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. <p>Chef d'unité DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Assigner un usager sur un lit d'un autre usager en congé temporaire. Retarder les admissions électives. Identifier les places disponibles en hébergement de crise, de transition, NSA, RHD, RI-RTF-RAC. Initier le jumelage/pairage pour une sortie. S'assurer d'une prise en charge rapide par les services dans la communauté. Aviser les psychiatres de la situation à l'urgence. Intensifier les services dans la communauté pour les usagers qui retournent à domicile (Hôpital de jour, équipe Si-SIV). <p>Chef d'unité DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Impliquer la coordination des services professionnels en santé physique et réadaptation physique adulte. Utiliser de façon optimale les lits des deux URFI (Lévis et Beauceville) incluant possibilité de transfert d'un usager d'une URFI à l'autre. Prioriser les admissions en fonction de l'ordre d'arrivée d'une demande et d'évaluation au guichet DPDAR (gestionnaires URFI). <p>Hygiène et salubrité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les ressources nécessaires pour la désinfection afin que 100 % des départs soient réalisés dans un délai de 40 minutes. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Appliquer la politique de transfert inter-CH. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 2. Appliquer le plan de surcapacité sur les unités : ouverture de lits. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. Diriger les usagers ayant une chirurgie planifiée le jour même vers la chirurgie d'un jour en semaine (chef d'unité, coordonnateur). <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs pouvant être effectués avec la poursuite des traitements domiciles. <p>Admission</p> <ul style="list-style-type: none"> Refuser les demandes d'admission provenant du domicile ou d'autres centres hospitaliers, sauf pour urgence médicale. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Concentrer les ressources médicales et professionnelles pour accélérer la prise de décision. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'activité chirurgicale du lendemain et des jours suivants nécessitant une hospitalisation et tenter de cesser temporairement les procédures électives non urgentes nécessitant une hospitalisation (excluant l'oncologie). Évaluer l'ordonnancement des cas du bloc opératoire pour les 24 prochaines heures et ajuster si nécessaire. Évaluer la possibilité de mettre des chirurgies d'un jour au lieu des chirurgies majeures pour les jours suivants. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-liaison pour prioriser/réorienter les dossiers. Mettre à jour 2 fois par jour le NSA du Power BI. Réorganiser l'équipe pour avoir la liaison complète et si possible « sur staffer ». <p>Gestionnaires des mécanismes d'accès</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer pour les usagers en attente d'orientation (NSA variable 8b). Devancer les départs journaliers et ceux prévus dans les jours suivants vers les CHSLD, les RI, réadaptations. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-DPSMD pour prioriser et organiser les départs (incluant coordo professionnels, ASI et psychiatres). S'assurer d'une intervention auprès de la clientèle à l'urgence par les intervenants hospitaliers ou les équipes de la communauté. Prioriser la mise en place de suivi pour la clientèle hospitalisée qui pourrait avoir congé. Évaluer la possibilité de déplacer un usager hospitalisé pour sevrage vers un RHD. Ramener les enjeux et blocages à la rencontre quotidienne de gestion de lits psychiatrie régionale. Intensifier les concertations avec les autres directions cliniques pour les hors secteurs en collaboration avec les adjoints RLS. Escalader au directeur adjoint le niveau d'alerte et les enjeux. Évaluer la possibilité d'intensifier les services dans la communauté ou dans les hôpitaux de jour. <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Discuter et prioriser les admissions déjà prévues en fonction du niveau de débordement du CH en cours et des besoins des usagers. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place et maintenues. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 3. En collaboration avec les autres directeurs, évaluer la possibilité d'ouvrir une unité de débordement. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer et appliquer en collaboration avec les directions cliniques impliquées la procédure de transfert inter-CH applicable à chacun des départements⁶. Rassembler les NSA sur une unité ciblée intra ou extra-hospitalière et assurer la responsabilité de la gestion de cette unité en fonction des disponibilités RH. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité de reporter les chirurgies électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité d'aller en surcapacité dans nos ressources de la communauté en offrant du support RH ou convenir d'une entente transitoire pour héberger la clientèle. Convenir avec nos partenaires intersectoriels d'un filet de sécurité pour la clientèle libérée par l'hôpital. Évaluer la possibilité de moduler les lits (équation lits/RH). <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les admissions du CH en niveau 3. Reporter, si possible, les transferts hors régions. Évaluer l'accélération des départs vers les autres milieux de vie. 	

⁶ Prendre note que la DPSMD et la DPJeunesse appliquent la procédure de transfert inter-CH lorsque requis sur leurs unités. La procédure est appliquée par le coordonnateur clinico-administratif.

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 15 civières	16 à 21 civières	22 à 24 civières		25 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 4 et 6 admissions	(40 %) Entre 9 et 10 admissions		(60 %) Entre 15 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Oui	Non		Non	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - DCSADPC					
ÉQUIPE CORESPONSABILITÉS SAD					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une fluidité dans les lits NSA et d'hébergement temporaire par un suivi clinique rigoureux et intensifié par l'équipe du SAD afin de s'assurer de réorienter rapidement les usagers vers les milieux ciblés. Réviser l'ensemble des places en RPA disponibles régulièrement. La coordonnatrice professionnelle fait des caucous fluidité-SAD avec les intervenants ayant des usagers NSA (anciens et nouveaux), afin de faire des plans de sortie et identifier les bloquants : <ul style="list-style-type: none"> Connaître l'état des dossiers; Identifier les enjeux et vérifier si des alternatives sont possibles; Vérifier si certains départs peuvent être devancés; Valider la charge de travail des intervenants touchés (urgence vs suivi régulier); Assigner un intervenant du SAD pour les usagers non connus pour qui le RAD est compromis (délai maximal de 3 h) soit premier évaluateur; Porter une priorité sur les variables 8 et 9 (coordo. et ASI). Identifier les enjeux/bloquants ou les NSA hors délai qui empêchent une sortie et en discuter avec sa coordonnatrice professionnelle. Identifier les alternatives possibles et les actualiser (5 pourquoi). La coordonnatrice professionnelle remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements, non-collaboration d'un propriétaire de RPA, etc.). Faire des visites sentinelles par nos ASSS 48 h à 72 h après l'hospitalisation, lorsqu'il y a des disponibilités dans les horaires pour éviter une réadmission. Faire un lien avec les kinésithérapeutes et les éducateurs partenariats pour apporter un accompagnement dans le milieu de vie sur différentes problématiques. 		<ul style="list-style-type: none"> Valider les nouveaux arrivés à l'urgence via le Power BI des usagers hospitalisés. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis, et ce, avec la collaboration de la GEM nurse et de l'équipe de liaison afin de faire des plans de sorties à partir de l'urgence. S'assurer de mettre en priorité les sorties hospitalières considérant la surcapacité hospitalière. 		<ul style="list-style-type: none"> Donner des orientations pour l'actualisation des départs : changement dans l'offre de service, ouverture de lit par contrat, priorités, etc. 	
ÉQUIPE « CO-RESPONSABILITÉ » LIAISON					
<ul style="list-style-type: none"> Prioriser les départs du jour à la suite d'une rencontre intra-unité. Identifier les NSA hors délai dans toutes les variables et interpeller nos collègues. En priorité, la variable 8 (SAC). Faire la gestion de risque avec filet de sécurité : <ul style="list-style-type: none"> Ajout de ASSS ou éducateur pour la transition; Ajout du 24/7 pour un appel pour la gestion de l'anxiété; Faire une référence à l'Appui pour les proches aidants. Analyse des demandes et des prises en charge par l'équipe de la liaison après le topo de 9 h afin d'assurer une prise en charge rapide par la liaison des usagers stables. Les intervenants identifient les enjeux/bloquants à une sortie et les remontent au SAC liaison (équipe). SAC liaison remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements). 		<ul style="list-style-type: none"> Effectue une vigie des demandes du service de l'urgence. Valider les nouveaux arrivés à l'urgence. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis. La SAC lance le caucus fluidité-liaison : <ul style="list-style-type: none"> Réviser les priorités; Identifier les enjeux des usagers NSA; Valider la charge de travail et répartir les ressources selon les besoins. Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Mise à jour des usagers NSA dans le Power BI (SAC). Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Faire l'ajout de personnel pour rehausser le nombre d'intervenants à la liaison. 			

ANNEXE 11 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR THETFORD

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence :	8 à 11 civières	12 à 13 civières		14-15 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 1 et 2 admissions	(40 %) Entre 3 et 4 admissions		(60 %) 5 et + admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Non		À mettre en place	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
URGENCE					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'ensemble des bonnes pratiques de gestion au quotidien sont réalisées. Travailler toutes les alternatives à l'hospitalisation à l'urgence. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer la prise de décision pour les usagers à l'unité d'urgence par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Identifier tous les patients qui peuvent être admis hors secteur. Réviser les cas en attente de consultation ou d'examen ne nécessitant plus de civière vers une zone/aire désignée/ambulatoire par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal de 2 heures. Planifier toutes consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures, à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. Communiquer avec les médecins spécialistes afin de les aviser des consultations en attente. Rapatrier les médecins de garde pour consultation. Réaliser les 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. 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. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner aux usagers un accès immédiat au plateau diagnostique (laboratoires et radiologie simple). Faire en ambulatoire tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures : <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure; Réaliser les échographies jusqu'à 18 h; Réaliser les CT scan jusqu'à 22 heures en moins de 2 heures; Réaliser les lectures en moins d'une heure post réalisation. <p>Équipe de professionnels (inf. gériatrique, physiothérapeute, service de liaison)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les demandes de consultation qui soutiendront l'orientation de l'usager (admission ou congé). Référencer au technologue en physiothérapie les usagers sur civière ayant besoin d'une opinion sur la sécurité aux transferts. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Revoir les critères hors secteur de toutes les unités de soins de la mission hospitalière afin d'augmenter la fluidité. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de départements et services de la congestion à l'urgence. <p>Chef de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser les besoins en ressources professionnels et augmenter si besoin. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Diriger les usagers n'ayant plus de requis de civière vers la salle d'attente. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal d'une heure. Réviser les besoins en ressources de l'équipe médicale et prolonger au besoin les heures des médecins pour atteindre 12 heures. Diriger les usagers vers un autre CH de la région, si la capacité hospitalière (et du bloc opératoire si requis) dans un autre site le permet. Évaluer la possibilité de reporter les procédures électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DCSADPC, DPSMD, DPDAR, DPJeunesse, DSAPA-hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départs. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Coordonnateurs de gestion des lits</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de service, les chefs de département et les médecins de la congestion à l'urgence (texto). Trouver un milieu transitoire entre l'urgence et l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. Transférer des patients admis sur civière vers la médecine de jour ou autres alternatives ambulatoires, pour éviter l'hospitalisation. Statut admis à non-admis. 	

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	8 à 11 civières (25 %)	12 à 13 civières (40 %)	14-15 civières et + (60 %)	8 à 11 civières	12 à 13 civières
Capacité urgence :	Entre 1 et 2 admissions	Entre 3 et 4 admissions	5 et + admissions	Non	Non
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	Non	Non	À mettre en place	Oui	Oui
Lits de surcapacité utilisés	Oui	Oui	Oui	8 à 11 civières	12 à 13 civières
Débordement prévu > 6 h urgence :	8 à 11 civières	12 à 13 civières	14-15 civières et +	UNITÉ D'HOSPITALISATION	
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions requises en situation souhaitée soient toutes mises en place et maintenues. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 1. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs possibles de la clientèle interhospitalière lors de la rencontre régionale. Faire prioriser les tests COVID. Réunir l'équipe de gestion des admissions et des départs. Aviser le plateau technique de la situation d'encombrement. <p>Chef de l'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir des salons de départs. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Contactier les consultants des usagers ayant leur congé de prévu. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les usagers avec possibilité de départ dans la journée, tournée avant 9 h. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure. Réaliser les CT scan jusqu'à 22 heures et en moins de 2 heures. Réaliser les échographies jusqu'à 18 heures. Effectuer la lecture d'imagerie en moins d'une heure post-réalisation. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. <p>Chef d'unité DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Assigner un usager sur un lit d'un autre usager en congé temporaire. Retarder les admissions électives. Identifier les places disponibles en hébergement de crise, de transition, NSA, RHD, RI-RTF-RAC. Initier le jumelage/pairage pour une sortie. S'assurer d'une prise en charge rapide par les services dans la communauté. Aviser les psychiatres de la situation à l'urgence. Intensifier les services dans la communauté pour les usagers qui retournent à domicile (Hôpital de jour, équipe Si-SIV). <p>Chef d'unité DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Impliquer la coordination des services professionnels en santé physique et réadaptation physique adulte. Utiliser de façon optimale les lits des deux URFI (Lévis et Beauceville) incluant possibilité de transfert d'un usager d'une URFI à l'autre. Prioriser les admissions en fonction de l'ordre d'arrivée d'une demande et d'évaluation au guichet DPDAR (gestionnaires URFI). <p>Hygiène et salubrité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les ressources nécessaires pour la désinfection afin que 100 % des départs soient réalisés dans un délai de 40 minutes. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Appliquer la politique de transfert inter CH. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 2. Appliquer le plan de surcapacité sur les unités : ouverture de lits. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. Diriger les usagers ayant une chirurgie planifiée le jour même vers la chirurgie d'un jour en semaine (chef d'unité, coordonnateur). <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs pouvant être effectués avec la poursuite des traitements domiciles. <p>Admission</p> <ul style="list-style-type: none"> Refuser les demandes d'admission provenant du domicile ou d'autres centres hospitaliers, sauf pour urgence médicale. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Concentrer les ressources médicales et professionnelles pour accélérer la prise de décision. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'activité chirurgicale du lendemain et des jours suivants nécessitant une hospitalisation et tenter de cesser temporairement les procédures électives non urgentes nécessitant une hospitalisation (excluant l'oncologie). Évaluer l'ordonnement des cas du bloc opératoire pour les 24 prochaines heures et ajuster si nécessaire Évaluer la possibilité de mettre des chirurgies d'un jour au lieu des chirurgies majeures pour les jours suivants. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-liaison pour prioriser/réorienter les dossiers. Mettre à jour 2 fois par jour le NSA du Power BI. Réorganiser l'équipe pour avoir la liaison complète et si possible « sur staffer ». <p>Gestionnaires des mécanismes d'accès</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer pour les usagers en attente d'orientation (NSA variable 8b). Devancer les départs journaliers et ceux prévus dans les jours suivants vers les CHSLD, les RI, réadaptations. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-DPSMD pour prioriser et organiser les départs (incluant coordo professionnels, ASI et psychiatres). S'assurer d'une intervention auprès de la clientèle à l'urgence par les intervenants hospitaliers ou les équipes de la communauté. Prioriser la mise en place de suivi pour la clientèle hospitalisée qui pourrait avoir congé. Évaluer la possibilité de déplacer un usager hospitalisé pour sevrage vers un RHD. Ramener les enjeux et blocages à la rencontre quotidienne de gestion de lits psychiatrie régionale. Intensifier les concertations avec les autres directions cliniques pour les hors secteurs en collaboration avec les adjoints RLS. Escalader au directeur adjoint le niveau d'alerte et les enjeux. Évaluer la possibilité d'intensifier les services dans la communauté ou dans les hôpitaux de jour. <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Discuter et prioriser les admissions déjà prévues en fonction du niveau de débordement du CH en cours et des besoins des 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place et maintenues. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 3. En collaboration avec les autres directeurs, évaluer la possibilité d'ouvrir une unité de débordement. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer et appliquer en collaboration avec les directions cliniques impliquées la procédure de transfert inter-CH applicable à chacun des départements⁷. Rassembler les NSA sur une unité ciblée intra ou extra-hospitalière et assurer la responsabilité de la gestion de cette unité en fonction des disponibilités RH. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité de reporter les chirurgies électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité d'aller en surcapacité dans nos ressources de la communauté en offrant du support RH ou convenir d'une entente transitoire pour héberger la clientèle. Convenir avec nos partenaires intersectoriels d'un filet de sécurité pour la clientèle libérée par l'hôpital. Évaluer la possibilité de moduler les lits (équation lits/RH). <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les admissions du CH en niveau 3. Reporter, si possible, les transferts hors régions. Évaluer l'accélération des départs vers les autres milieux de vie. 	

⁷ Prendre note que la DPSMD et la DPJeunesse appliquent la procédure de transfert inter-CH lorsque requis sur leurs unités. La procédure est appliquée par le coordonnateur clinico-administratif.

	usagers.	
--	----------	--

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %	160 % et plus		
Capacité urgence :	8 à 11 civières	12 à 13 civières	14-15 civières et +		
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 1 et 2 admissions	(40 %) Entre 3 et 4 admissions	(60 %) 5 et + admissions		
Lits de surcapacité utilisés	Non	Non	À mettre en place		
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui	Oui		
SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - DCSADPC					
ÉQUIPE CORESPONSABILITÉS SAD					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une fluidité dans les lits NSA et d'hébergement temporaire par un suivi clinique rigoureux et intensifié par l'équipe du SAD afin de s'assurer de réorienter rapidement les usagers vers les milieux ciblés. Réviser l'ensemble des places en RPA disponibles régulièrement. La coordonnatrice professionnelle fait des caucus fluidité-SAD avec les intervenants ayant des usagers NSA (anciens et nouveaux), afin de faire des plans de sortie et identifier les bloquants : <ul style="list-style-type: none"> Connaître l'état des dossiers; Identifier les enjeux et vérifier si des alternatives sont possibles; Vérifier si certains départs peuvent être devancés; Valider la charge de travail des intervenants touchés (urgence vs suivi régulier); Assigner un intervenant du SAD pour les usagers non connus pour qui le RAD est compromis (délai maximal de 3 h) soit premier évaluateur; Porter une priorité sur les variables 8 et 9 (coordo. et ASI). Identifier les enjeux/bloquants ou les NSA hors délai qui empêchent une sortie et en discuter avec sa coordonnatrice professionnelle. Identifier les alternatives possibles et les actualiser (5 pourquoi). La coordonnatrice professionnelle remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements, non-collaboration d'un propriétaire de RPA, etc.). Faire des visites sentinelles par nos ASSS 48 h à 72 h après l'hospitalisation, lorsqu'il y a des disponibilités dans les horaires pour éviter une réadmission. Faire un lien avec les kinésithérapeutes et les éducateurs partenaires pour apporter un accompagnement dans le milieu de vie sur différentes problématiques. 		<ul style="list-style-type: none"> Valider les nouveaux arrivés à l'urgence via le Power BI des usagers hospitalisés. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis, et ce, avec la collaboration de la GEM nurse et de l'équipe de liaison afin de faire des plans de sorties à partir de l'urgence. S'assurer de mettre en priorité les sorties hospitalières considérant la surcapacité hospitalière. 		<ul style="list-style-type: none"> Donner des orientations pour l'actualisation des départs : changement dans l'offre de service, ouverture de lit par contrat, priorités, etc. 	
ÉQUIPE « CO-RESPONSABILITÉ » LIAISON					
<ul style="list-style-type: none"> Prioriser les départs du jour à la suite d'une rencontre intra-unité. Identifier les NSA hors délai dans toutes les variables et interpeller nos collègues. En priorité, la variable 8 (SAC). Faire la gestion de risque avec filet de sécurité : <ul style="list-style-type: none"> Ajout de ASSS ou éducateur pour la transition; Ajout du 24/7 pour un appel pour la gestion de l'anxiété; Faire une référence à l'Appui pour les proches aidants. Analyse des demandes et des prises en charge par l'équipe de la liaison après le topo de 9 h afin d'assurer une prise en charge rapide par la liaison des usagers stables. Les intervenants identifient les enjeux/bloquants à une sortie et les remontent au SAC liaison (équipe). SAC liaison remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements). 		<ul style="list-style-type: none"> Effectue une vigie des demandes du service de l'urgence. Valider les nouveaux arrivés à l'urgence. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis. La SAC lance le caucus fluidité-liaison : <ul style="list-style-type: none"> Réviser les priorités; Identifier les enjeux des usagers NSA; Valider la charge de travail et répartir les ressources selon les besoins. Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Mise à jour des usagers NSA dans le Power BI (SAC). Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Faire l'ajout de personnel pour rehausser le nombre d'intervenants à la liaison. 			

ANNEXE 12 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR ALPHONSE-DESJARDINS

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 37 civières	37 à 51 civières	52 à 58 civières		59 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 9 et 13 admissions	(40 %) Entre 21 et 24 admissions		(60 %) + de 35 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Oui		Oui	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
URGENCE					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'ensemble des bonnes pratiques de gestion au quotidien sont réalisées. Travailler toutes les alternatives à l'hospitalisation à l'urgence. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer la prise de décision pour les usagers à l'unité d'urgence par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Identifier tous les patients qui peuvent être admis hors secteur. Réviser les cas en attente de consultation ou d'examen ne nécessitant plus de civière vers une zone/aire désignée/ambulatorioire par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal de 2 heures. Planifier toutes consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures, à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. Communiquer avec les médecins spécialistes afin de les aviser des consultations en attente. Rapatriner les médecins de garde pour consultation. Réaliser les 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. 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. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner aux usagers un accès immédiat au plateau diagnostique (laboratoires et radiologie simple). Faire en ambulatoire tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures : <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure; Réaliser les échographies jusqu'à 18 h; Réaliser les CT scan jusqu'à 22 heures en moins de 2 heures; Réaliser les lectures en moins d'une heure post-réalisation. <p>Équipe de professionnels (inf. gériatrique, physiothérapeute, service de liaison)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les demandes de consultation qui soutiendront l'orientation de l'utilisateur (admission ou congé). Référencer au technologue en physiothérapie les usagers sur civière ayant besoin d'une opinion sur la sécurité aux transferts. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Revoir les critères hors secteur de toutes les unités de soins de la mission hospitalière afin d'augmenter la fluidité. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de départements et services de la congestion à l'urgence. <p>Chef de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser les besoins en ressources professionnels et augmenter si besoin. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Diriger les usagers n'ayant plus de requis de civière vers la salle d'attente. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal d'une heure. Réviser les besoins en ressources de l'équipe médicale et prolonger au besoin les heures des médecins pour atteindre 12 heures. Diriger les usagers vers un autre CH de la région, si la capacité hospitalière (et du bloc opératoire si requis) dans un autre site le permet. Évaluer la possibilité de reporter les procédures électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DCSADPC, DPSMD, DPDAR, DPJeunesse, DSAPA-hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départs. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Coordonnateurs de gestion des lits</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de service, les chefs de département et les médecins de la congestion à l'urgence (texto). Trouver un milieu transitoire entre l'urgence et l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. Transférer des patients admis sur civière vers la médecine de jour ou autres alternatives ambulatoires, pour éviter l'hospitalisation. Statut admis à non-admis. 	

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 37 civières	37 à 51 civières	52 à 58 civières		59 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 9 et 13 admissions	(40 %) Entre 21 et 24 admissions		(60 %) + de 35 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Oui		Oui	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
UNITÉ D'HOSPITALISATION					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions requises en situation souhaitée soient toutes mises en place et maintenues. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 1. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs possibles de la clientèle interhospitalière lors de la rencontre régionale. Faire prioriser les tests COVID. Réunir l'équipe de gestion des admissions et des départs. Aviser le plateau technique de la situation d'encombrement. <p>Chef d'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir des salons de départs. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Contacter les consultants des usagers ayant leur congé de prévu. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les usagers avec possibilité de départ dans la journée, tournée avant 9 h. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure. Réaliser les CT scan jusqu'à 22 h et en moins de 2 heures. Réaliser les échographies jusqu'à 18 h. Effectuer la lecture d'imagerie en moins d'une heure post-réalisation. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. <p>Chef d'unité DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Assigner un usager sur un lit d'un autre usager en congé temporaire. Retarder les admissions électives. Identifier les places disponibles en hébergement de crise, de transition, NSA, RHD, RI-RTF-RAC. Initier le jumelage/pairage pour une sortie. S'assurer d'une prise en charge rapide par les services dans la communauté. Aviser les psychiatres de la situation à l'urgence. Intensifier les services dans la communauté pour les usagers qui retournent à domicile (Hôpital de jour, équipe Si-SIV). <p>Chef d'unité DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Impliquer la coordination des services professionnels en santé physique et réadaptation physique adulte. Utiliser de façon optimale les lits des deux URFI (Lévis et Beauceville) incluant possibilité de transfert d'un usager d'une URFI à l'autre. Prioriser les admissions en fonction de l'ordre d'arrivée d'une demande et d'évaluation au guichet DPDAR (gestionnaires URFI). <p>Hygiène et salubrité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les ressources nécessaires pour la désinfection afin que 100 % des départs soient réalisés dans un délai de 40 minutes. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Appliquer la politique de transfert inter-CH. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 2. Appliquer le plan de surcapacité sur les unités : ouverture de lits. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. Diriger les usagers ayant une chirurgie planifiée le jour même vers la chirurgie d'un jour en semaine (chef d'unité, coordonnateur). <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs pouvant être effectués avec la poursuite des traitements domiciles. <p>Admission</p> <ul style="list-style-type: none"> Refuser les demandes d'admission provenant du domicile ou d'autres centres hospitaliers, sauf pour urgence médicale. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Concentrer les ressources médicales et professionnelles pour accélérer la prise de décision. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'activité chirurgicale du lendemain et des jours suivants nécessitant une hospitalisation et tenter de cesser temporairement les procédures électives non urgentes nécessitant une hospitalisation (excluant l'oncologie). Évaluer l'ordonnement des cas du bloc opératoire pour les 24 prochaines heures et ajuster si nécessaire. Évaluer la possibilité de mettre des chirurgies d'un jour au lieu des chirurgies majeures pour les jours suivants. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-liaison pour prioriser/réorienter les dossiers. Mettre à jour 2 fois par jour le NSA du Power BI. Réorganiser l'équipe pour avoir la liaison complète et si possible « sur staffer ». <p>Gestionnaires des mécanismes d'accès</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer pour les usagers en attente d'orientation (NSA variable 8b). Devancer les départs journaliers et ceux prévus dans les jours suivants vers les CHSLD, les RI, réadaptations. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-DPSMD pour prioriser et organiser les départs (incluant coordo professionnels, ASI et psychiatres). S'assurer d'une intervention auprès de la clientèle à l'urgence par les intervenants hospitaliers ou les équipes de la communauté. Prioriser la mise en place de suivi pour la clientèle hospitalisée qui pourrait avoir congé. Évaluer la possibilité de déplacer un usager hospitalisé pour sevrage vers un RHD. Ramener les enjeux et blocages à la rencontre quotidienne de gestion de lits psychiatrie régionale. Intensifier les concertations avec les autres directions cliniques pour les hors secteurs en collaboration avec les adjoints RLS. Escalader au directeur adjoint le niveau d'alerte et les enjeux. Évaluer la possibilité d'intensifier les services dans la communauté ou dans les hôpitaux de jour. <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Discuter et prioriser les admissions déjà prévues en fonction du niveau de débordement du CH en cours et des besoins des usagers. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place et maintenues. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 3. En collaboration avec les autres directeurs, évaluer la possibilité d'ouvrir une unité de débordement. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer et appliquer en collaboration avec les directions cliniques impliquées la procédure de transfert inter-CH applicable à chacun des départements⁸. Rassembler les NSA sur une unité ciblée intra ou extra-hospitalière et assurer la responsabilité de la gestion de cette unité en fonction des disponibilités RH. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité de reporter les chirurgies électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité d'aller en surcapacité dans nos ressources de la communauté en offrant du support RH ou convenir d'une entente transitoire pour héberger la clientèle. Convenir avec nos partenaires intersectoriels d'un filet de sécurité pour la clientèle libérée par l'hôpital. Évaluer la possibilité de moduler les lits (équation lits/RH). <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les admissions du CH en niveau 3. Reporter, si possible, les transferts hors régions. Évaluer l'accélération des départs vers les autres milieux de vie. 	

⁸ Prendre note que la DPSMD et la DPJeunesse appliquent la procédure de transfert inter-CH lorsque requis sur leurs unités. La procédure est appliquée par le coordonnateur clinico-administratif.

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 37 civières	37 à 51 civières	52 à 58 civières		59 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 9 et 13 admissions	(40 %) Entre 21 et 24 admissions		(60 %) + de 35 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Oui		Oui	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - DCSADPC					
ÉQUIPE CORESPONSABILITÉS SAD					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une fluidité dans les lits NSA et d'hébergement temporaire par un suivi clinique rigoureux et intensifié par l'équipe du SAD afin de s'assurer de réorienter rapidement les usagers vers les milieux ciblés. Réviser l'ensemble des places en RPA disponibles régulièrement. La coordonnatrice professionnelle fait des caucus fluidité-SAD avec les intervenants ayant des usagers NSA (anciens et nouveaux), afin de faire des plans de sortie et identifier les bloquants : <ul style="list-style-type: none"> Connaître l'état des dossiers; Identifier les enjeux et vérifier si des alternatives sont possibles; Vérifier si certains départs peuvent être devancés; Valider la charge de travail des intervenants touchés (urgence vs suivi régulier); Assigner un intervenant du SAD pour les usagers non connus pour qui le RAD est compromis (délai maximal de 3 h) soit premier évaluateur; Porter une priorité sur les variables 8 et 9 (coordo. et ASI). Identifier les enjeux/bloquants ou les NSA hors délai qui empêchent une sortie et en discuter avec sa coordonnatrice professionnelle. Identifier les alternatives possibles et les actualiser (5 pourquoi). La coordonnatrice professionnelle remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements, non-collaboration d'un propriétaire de RPA, etc.). Faire des visites sentinelles par nos ASSS 48 h à 72 h après l'hospitalisation, lorsqu'il y a disponibilité dans les horaires pour éviter une réadmission. Faire un lien avec les kinésithérapeutes et les éducateurs partenariats pour apporter un accompagnement dans le milieu de vie sur différentes problématiques. 		<ul style="list-style-type: none"> Valider les nouveaux arrivés à l'urgence via le Power BI des usagers hospitalisés. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis, et ce, avec la collaboration de la GEM nurse et de l'équipe de liaison afin de faire des plans de sorties à partir de l'urgence. S'assurer de mettre en priorité les sorties hospitalières considérant la surcapacité hospitalière. 		<ul style="list-style-type: none"> Donner des orientations pour l'actualisation des départs : changement dans l'offre de service, ouverture de lit par contrat, priorités, etc. 	
ÉQUIPE « CO-RESPONSABILITÉ » LIAISON					
<ul style="list-style-type: none"> Prioriser les départs du jour à la suite d'une rencontre intra-unité. Identifier les NSA hors délai dans toutes les variables et interpeller nos collègues. En priorité, la variable 8 (SAC). Faire la gestion de risque avec filet de sécurité : <ul style="list-style-type: none"> Ajout de ASSS ou éducateur pour la transition; Ajout du 24/7 pour un appel pour la gestion de l'anxiété; Faire une référence à l'Appui pour les proches aidants. Analyse des demandes et des prises en charge par l'équipe de la liaison après le topo de 9 h afin d'assurer une prise en charge rapide par la liaison des usagers stables. Les intervenants identifient les enjeux/bloquants à une sortie et les remontent au SAC liaison (équipe). SAC liaison remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements). 		<ul style="list-style-type: none"> Effectue une vigie des demandes du service de l'urgence. Valider les nouveaux arrivés à l'urgence. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis. La SAC lance le caucus fluidité-liaison : <ul style="list-style-type: none"> Réviser les priorités; Identifier les enjeux des usagers NSA; Valider la charge de travail et répartir les ressources selon les besoins. Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Mise à jour des usagers NSA dans le Power BI (SAC). Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Faire l'ajout de personnel pour rehausser le nombre d'intervenants à la liaison. 			

ANNEXE 13 : NIVEAU D'ALERTE – SECTEUR MONTMAGNY-L'ISLET

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %		141 % à 159 %		160 % et plus
Capacité urgence : 10 civières max.	8 à 9 civières		10 à 11 civières		12 civières et +
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 1 et 2 admissions		(40 %) Entre 3 et 4 admissions		(60 %) + de 4 admissions
Lits de surcapacité utilisés	Non		Non		À mettre en place
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui		Oui		Oui
URGENCE					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'ensemble des bonnes pratiques de gestion au quotidien sont réalisées. Travailler toutes les alternatives à l'hospitalisation à l'urgence. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer la prise de décision pour les usagers à l'unité d'urgence par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Identifier tous les patients qui peuvent être admis hors secteur. Réviser les cas en attente de consultation ou d'examen ne nécessitant plus de civière vers une zone/aire désignée/ambulatoire par prise de contact individuel avec les médecins traitants. Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal de 2 heures. Planifier toutes consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures, à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. Communiquer avec les médecins spécialistes afin de les aviser des consultations en attente. Rapatrier les médecins de garde pour consultation. Réaliser les 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. 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. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner aux usagers un accès immédiat au plateau diagnostique (laboratoires et radiologie simple). Faire en ambulatoire tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures : <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure; Réaliser les échographies jusqu'à 18 h; Réaliser les CT scan jusqu'à 22 heures en moins de 2 heures; Réaliser les lectures en moins d'une heure post-réalisation. <p>Équipe de professionnels (inf. gériatrique, physiothérapeute, service de liaison)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les demandes de consultation qui soutiendront l'orientation de l'usager (admission ou congé). Référencer au technologue en physiothérapie les usagers sur civière ayant besoin d'une opinion sur la sécurité aux transferts. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Revoir les critères hors secteur de toutes les unités de soins de la mission hospitalière afin d'augmenter la fluidité. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de départements et services de la congestion à l'urgence. <p>Chef de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser les besoins en ressources professionnels et augmenter si besoin. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Diriger les usagers n'ayant plus de requis de civière vers la salle d'attente. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Accélérer les consultations à l'urgence et viser un délai maximal d'une heure. Réviser les besoins en ressources de l'équipe médicale et prolonger au besoin les heures des médecins pour atteindre 12 heures. Diriger les usagers vers un autre CH de la région, si la capacité hospitalière (et du bloc opératoire si requis) dans un autre site le permet. Évaluer la possibilité de reporter les procédures électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DCSADPC, DPSMD, DPDAR, DPJeunesse, DSAPA-hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départs. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Coordonnateurs de gestion des lits</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviser les chefs de service, les chefs de département et les médecins de la congestion à l'urgence (texto). Trouver un milieu transitoire entre l'urgence et l'unité. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. Transférer des patients admis sur civière vers la médecine de jour ou autres alternatives ambulatoires, pour éviter l'hospitalisation. Statut admis à non-admis. 	

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 10 civières max.	8 à 9 civières	10 à 11 civières		12 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 1 et 2 admissions	(40 %) Entre 3 et 4 admissions		(60 %) + de 4 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Non		À mettre en place	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
UNITÉ D'HOSPITALISATION					
<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions requises en situation souhaitée soient toutes mises en place et maintenues. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 1. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs possibles de la clientèle interhospitalière lors de la rencontre régionale. Faire prioriser les tests COVID. Réunir l'équipe de gestion des admissions et des départs. Aviser le plateau technique de la situation d'encombrement. <p>Chef d'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir des salons de départs. <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Afficher le niveau approprié afin d'en informer le personnel sur l'unité. Contacter les consultants des usagers ayant leur congé de prévu. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les usagers avec possibilité de départ dans la journée, tournée avant 9 h. <p>Services d'imagerie et laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les imageries simples en moins d'une heure. Réaliser les CT scan jusqu'à 22 h et en moins de 2 heures. Réaliser les échographies jusqu'à 18 h. Effectuer la lecture d'imagerie en moins d'une heure post-réalisation. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les effectifs nécessaires pour accélérer processus d'admission et de départ. <p>Chef d'unité DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Assigner un usager sur un lit d'un autre usager en congé temporaire. Retarder les admissions électives. Identifier les places disponibles en hébergement de crise, de transition, NSA, RHD, RI-RTF-RAC. Initier le jumelage/pairage pour une sortie. S'assurer d'une prise en charge rapide par les services dans la communauté. Aviser les psychiatres de la situation à l'urgence. Intensifier les services dans la communauté pour les usagers qui retournent à domicile (Hôpital de jour, équipe Si-SIV). <p>Chef d'unité DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Impliquer la coordination des services professionnels en santé physique et réadaptation physique adulte. Utiliser de façon optimale les lits des deux URFI (Lévis et Beauceville) incluant possibilité de transfert d'un usager d'une URFI à l'autre. Prioriser les admissions en fonction de l'ordre d'arrivée d'une demande et d'évaluation au guichet DPDAR (gestionnaires URFI). <p>Hygiène et salubrité</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajouter les ressources nécessaires pour la désinfection afin que 100 % des départs soient réalisés dans un délai de 40 minutes. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 1 ont été mises en place et maintenues. Appliquer les plans de contingence. Appliquer la politique de transfert inter-CH. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 2. Appliquer le plan de surcapacité sur les unités : ouverture de lits. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. Diriger les usagers ayant une chirurgie planifiée le jour même vers la chirurgie d'un jour en semaine (chef d'unité, coordonnateur). <p>AIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les départs pouvant être effectués avec la poursuite des traitements domiciles. <p>Admission</p> <ul style="list-style-type: none"> Refuser les demandes d'admission provenant du domicile ou d'autres centres hospitaliers, sauf pour urgence médicale. <p>Équipe médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> Concentrer les ressources médicales et professionnelles pour accélérer la prise de décision. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'activité chirurgicale du lendemain et des jours suivants nécessitant une hospitalisation et tenter de cesser temporairement les procédures électives non urgentes nécessitant une hospitalisation (excluant l'oncologie). Évaluer l'ordonnancement des cas du bloc opératoire pour les 24 prochaines heures et ajuster si nécessaire. Évaluer la possibilité de mettre des chirurgies d'un jour au lieu des chirurgies majeures pour les jours suivants. <p>Chef à la liaison</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-liaison pour prioriser/réorienter les dossiers. Mettre à jour 2 fois par jour le NSA du Power BI. Réorganiser l'équipe pour avoir la liaison complète et si possible « sur staffer ». <p>Gestionnaires des mécanismes d'accès</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer pour les usagers en attente d'orientation (NSA variable 8b). Devancer les départs journaliers et ceux prévus dans les jours suivants vers les CHSLD, les RI, réadaptations. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier une rencontre intra-DPSMD pour prioriser et organiser les départs (incluant coordo professionnels, ASI et psychiatres). S'assurer d'une intervention auprès de la clientèle à l'urgence par les intervenants hospitaliers ou les équipes de la communauté. Prioriser la mise en place de suivi pour la clientèle hospitalisée qui pourrait avoir congé. Évaluer la possibilité de déplacer un usager hospitalisé pour sevrage vers un RHD. Ramener les enjeux et blocages à la rencontre quotidienne de gestion de lits psychiatrie régionale. Intensifier les concertations avec les autres directions cliniques pour les hors secteurs en collaboration avec les adjoints RLS. Escalader au directeur adjoint le niveau d'alerte et les enjeux. Évaluer la possibilité d'intensifier les services dans la communauté ou dans les hôpitaux de jour. <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Discuter et prioriser les admissions déjà prévues en fonction du niveau de débordement du CH en cours et des besoins des usagers. 		<p>Tous</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les actions du niveau 2 ont été mises en place et maintenues. Remonter les enjeux ou les bloquants au directeur ou directeur adjoint. <p>Directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunir l'équipe de gestion de crise du niveau 3. En collaboration avec les autres directeurs, évaluer la possibilité d'ouvrir une unité de débordement. <p>Adjoint au directeur RLS</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer et appliquer en collaboration avec les directions cliniques impliquées la procédure de transfert inter-CH applicable à chacun des départements⁹. Rassembler les NSA sur une unité ciblée intra ou extra-hospitalière et assurer la responsabilité de la gestion de cette unité en fonction des disponibilités RH. <p>Coordonnateur de la gestion des lits et du parcours de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclencher le niveau d'alerte. <p>Chef du bloc opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité de reporter les chirurgies électives non urgentes des jours suivants nécessitant une hospitalisation, en excluant l'oncologie. <p>DPSMD</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la possibilité d'aller en surcapacité dans nos ressources de la communauté en offrant du support RH ou convenir d'une entente transitoire pour héberger la clientèle. Convenir avec nos partenaires intersectoriels d'un filet de sécurité pour la clientèle libérée par l'hôpital. Évaluer la possibilité de moduler les lits (équation lits/RH). <p>DPDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser les admissions du CH en niveau 3. Reporter, si possible, les transferts hors régions. Évaluer l'accélération des départs vers les autres milieux de vie. 	

⁹ Prendre note que la DPSMD et la DPJeunesse appliquent la procédure de transfert inter-CH lorsque requis sur leurs unités. La procédure est appliquée par le coordonnateur clinico-administratif.

SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 1 (3 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 2 (2 CRITÈRES REQUIS) 		SITUATION AU NIVEAU D'ALERTE 3 (2 CRITÈRES REQUIS) 	
Taux d'occupation sur civière (%) :	101 % à 140 %	141 % à 159 %		160 % et plus	
Capacité urgence : 10 civières max.	8 à 9 civières	10 à 11 civières		12 civières et +	
Nb d'admissions en attente (%) et différentiel de lits requis : admission à l'urgence, CMJ, bloc-départs signés et prévus	(25 %) Entre 1 et 2 admissions	(40 %) Entre 3 et 4 admissions		(60 %) + de 4 admissions	
Lits de surcapacité utilisés	Non	Non		À mettre en place	
Débordement prévu > 6 h urgence :	Oui	Oui		Oui	
SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - DCSADPC					
ÉQUIPE CORESPONSABILITÉS SAD					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer une fluidité dans les lits NSA et d'hébergement temporaire par un suivi clinique rigoureux et intensifié par l'équipe du SAD afin de s'assurer de réorienter rapidement les usagers vers les milieux ciblés. Réviser l'ensemble des places en RPA disponibles régulièrement. La coordonnatrice professionnelle fait des caucus fluidité-SAD avec les intervenants ayant des usagers NSA (anciens et nouveaux), afin de faire des plans de sortie et identifier les bloquants : <ul style="list-style-type: none"> Connaître l'état des dossiers; Identifier les enjeux et vérifier si des alternatives sont possibles; Vérifier si certains départs peuvent être devancés; Valider la charge de travail des intervenants touchés (urgence vs suivi régulier); Assigner un intervenant du SAD pour les usagers non connus pour qui le RAD est compromis (délai maximal de 3 h) soit premier évaluateur; Porter une priorité sur les variables 8 et 9 (coordo. et ASI). Identifier les enjeux/bloquants ou les NSA hors délai qui empêchent une sortie et en discuter avec sa coordonnatrice professionnelle. Identifier les alternatives possibles et les actualiser (5 pourquoi). La coordonnatrice professionnelle remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements, non-collaboration d'un propriétaire de RPA, etc.). Faire des visites sentinelles par nos ASSS 48 h à 72 h après l'hospitalisation, lorsqu'il y a disponibilité dans les horaires pour éviter une réadmission. Faire un lien avec les kinésithérapeutes et les éducateurs partenariats pour apporter un accompagnement dans le milieu de vie sur différentes problématiques. 		<ul style="list-style-type: none"> Valider les nouveaux arrivés à l'urgence via le Power BI des usagers hospitalisés. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis, et ce, avec la collaboration de la GEM nurse et de l'équipe de liaison afin de faire des plans de sorties à partir de l'urgence. S'assurer de mettre en priorité les sorties hospitalières considérant la surcapacité hospitalière. 		<ul style="list-style-type: none"> Donner des orientations pour l'actualisation des départs : changement dans l'offre de service, ouverture de lit par contrat, priorités, etc. 	
ÉQUIPE « CO-RESPONSABILITÉ » LIAISON					
<ul style="list-style-type: none"> Prioriser les départs du jour à la suite d'une rencontre intra-unité. Identifier les NSA hors délai dans toutes les variables et interpeller nos collègues. En priorité, la variable 8 (SAC). Faire la gestion de risque avec filet de sécurité : <ul style="list-style-type: none"> Ajout de ASSS ou éducateur pour la transition; Ajout du 24/7 pour un appel pour la gestion de l'anxiété; Faire une référence à l'Appui pour les proches aidants. Analyse des demandes et des prises en charge par l'équipe de la liaison après le topo de 9 h afin d'assurer une prise en charge rapide par la liaison des usagers stables. Les intervenants identifient les enjeux/bloquants à une sortie et les remontent au SAC liaison (équipe). SAC liaison remonte les enjeux à son gestionnaire au besoin (transport, financier, équipements). 		<ul style="list-style-type: none"> Effectue une vigie des demandes du service de l'urgence. Valider les nouveaux arrivés à l'urgence. Tenter de rediriger vers un autre service que l'urgence si les soins hospitaliers sont non requis. La SAC lance le caucus fluidité-liaison : <ul style="list-style-type: none"> Réviser les priorités; Identifier les enjeux des usagers NSA; Valider la charge de travail et répartir les ressources selon les besoins. Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Mise à jour des usagers NSA dans le Power BI (SAC). Soutien de la SAC pour l'analyse des demandes et des prises en charge de l'équipe, afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers stables (vision globale). Faire l'ajout de personnel pour rehausser le nombre d'intervenants à la liaison. 			

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

www.cisssca.com

