

Déclenchement - Débordement urgence

NIVEAU D'ALERTE EN COURS : 1 ou 2 ou 3
HÔPITAL(AUX) CONCERNÉS PAR CE NIVEAU : À INSCRIRE

LISTE DES ACTIONS – Niveau 1 (100 à 140 %)

L'URGENCE

1. PPCC.
2. Favoriser toute alternative à l'hospitalisation.
3. Prise en charge rapide des usagers par leurs intervenants externes.
4. S'assurer que tous les admis sur civière ne peuvent pas être pris en charge en médecine de jour.
5. Assurer le suivi des délais de réalisation des examens de graphie simple en moins de 1h, et de réalisation et de lecture des examens de graphie complexe en moins de 2h.
6. Tout examen de radiologie pouvant être réalisé de façon sécuritaire en 24-48 heures est à faire en ambulatoire.
7. Tout examen diagnostique ou thérapeutique pouvant être réalisé de façon sécuritaire en 24-48 heures est à faire en ambulatoire.
8. Toute consultation pouvant être réalisée de façon sécuritaire en 24-48 heures est à faire à l'extérieur de l'urgence.
9. Appliquer la procédure en cas de non-respect des délais de consultation à l'urgence.
10. Aviser de nouveau les consultants de la demande de consultation.
11. Le coordonnateur médical revoit la pertinence des consultations à l'urgence.

UNITÉS DE SOINS

12. PPCC. ++
13. Regrouper devant le poste infirmier dans des fauteuils gériatriques les patients ayant reçu leur congé.
14. Admission de patients en surcapacité par unité comme préétabli par la DSI*
15. Lits de surcapacité par site : Hull (4 à 8) — Gatineau (6) — Papineau (3 à 6) -- Pontiac (1) — Wakefield (1 à 2)
16. L'usager ciblé pour occuper la civière de surcapacité demeure sur la civière de surcapacité jusqu'à son congé ou jusqu'au retour à la normale.
17. Envisager d'admettre aux soins intensifs en surnuméraire (si chambre inoccupée).
18. Assurer la prise en charge des chirurgies urgentes de la journée par la CDJ lors de leur annonce.

DSMD

19. Effectuer une réévaluation du patient admis en attente d'un lit en psychiatrie à tous les quarts de travail par son infirmière.
20. Assurer l'assignation des dossiers aux intervenants et équipes externes pour une prise en charge dans les 48 heures (PPCC);
21. Maintien de 8 lits de débordement et 10 lits de débordement au CRDO; tournées supplémentaires de congés précoces systématiques sur les unités SM;
22. Réévaluation systématique des usagers admis à l'urgence de plus de 48h;
23. Favoriser la présence de la travailleuse sociale DSMD dès le triage.

DSAPA

24. Assurer le respect strict du délai de 24 heures pour rendre une chambre vacante disponible post-décès.
25. S'assurer que la gestion des admissions dans les différents lits d'hébergement aura un impact sur la fluidité hospitalière.
26. Implication de l'équipe NSA pour les usagers non connus du SAD pour évaluer toutes les options pour un retour à domicile en concordance avec le PPCC.
27. Dépistage de tous les usagers de 75 ans et plus sur civière à l'urgence par l'équipe NSA pour planifier un retour à domicile (suivi intensif, place de transition ...).

DJ

28. Assurer un arrimage des services en amont de l'urgence et faire les suivis requis avec les partenaires ayant orienté vers l'urgence lorsque celle-ci n'est pas requise.
29. Assurer une prise en charge rapide par les services de la DJ des patients pédiatriques qui se présentent en crise psychosociale à l'urgence.
30. Rehausser la présence d'intervenants psychosociaux à l'urgence afin de diminuer les délais d'évaluation psychosociale et favoriser une prise en charge par les équipes de la DJ
31. Réévaluation des patients admis en psychiatrie jeunesse en attente d'un lit à HPJ.
32. Admettre des patients adultes dans les lits de pédiatrie et des cas de santé physique femme en maternité, et ce, selon les critères d'exclusion convenus.

DSMC

33. Pour les professionnels en CH (DSMC) : processus de réévaluation de la pertinence des requêtes en continu; prise en charge précoce des requêtes afin d'éviter les séjours prolongés pour la clientèle vulnérable; agit en support au SAD afin d'accélérer les processus d'orientation des usagers hospitalisés en respect des délais prescrits.
34. Évaluer les besoins en professionnels en collaboration avec la DSI et la DSPPC, et rediriger les professionnels vers les urgences ou les étages selon les besoins (i.e. : annulation CE)
35. Étendre les heures de présence de professionnels à l'urgence.

DDR

36. Évaluer l'ouverture et le maintien des surnuméraires.
37. Libérer une place en RAC pour permettre son utilisation lors des désorganisations importantes afin d'éviter une présence en milieu hospitalier.
38. Assurer un suivi de toutes les demandes en attente avec condition à l'URFI.
39. Réviser les listes de priorités d'hébergement en RIRTF.
40. S'assurer que tous les usagers NSA à l'URFI et à l'hôpital sont pris en charge par l'équipe terrain NSA.

Légende :

Niveau 1 : 100 à 140 %

Niveau 2 : plus de 140 %

Niveau 3 : plus de 160 %

LISTE DES ACTIONS – Niveau 2 (plus de 140 %)

L'URGENCE

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 1 à 7.

41. Viser une réalisation des consultations en moins de 2h. Réviser le cas des patients pour lesquels une consultation a été demandée et dont le délai de réalisation est de plus de 2h et valider sa pertinence.
42. Étendre l'application des règles d'utilisation de la salle d'urgence portant sur les consultations de 16h à 18h. S'il est probable que la consultation mène à un congé ou à un changement dans le TX, le médecin d'urgence appellera le consultant.

UNITÉS DE SOINS

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 12 à 18.

43. Réviser les transferts interétablissements et les admissions non urgentes.

DSMD

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 21 à 23.

44. Assurer la prise en charge immédiate des dossiers par les intervenants externes et les équipes SI-SIV;
45. Prise en charge accrue ÉRIC;
46. Ajout d'une infirmière liaison SM;
47. Augmenter le ratio dégrisement vs réadaptation pour sevrage de niveau 3.7 et moins;
48. Utiliser les 5 places Montcalm et 10 places MCN;
49. Mise en place de cellules quotidiennes des chefs int./ext. SM;

DSAPA

50. Ouverture de lits de répit et/ou de lits surnuméraires aux unités de vie selon les capacités.
51. Cesser tous les transits internes en CHSLD et RI pour éviter l'augmentation du délai d'admission pour le lit libéré *IMPORTANT : noter que les transits de plus de 6 mois devront être priorisés tout de même.
52. Appliquer la politique de Continuité de soins et services pour les usagers qui ne requièrent pas de soins aigus (P-042), donc acceptation de transit dans un autre milieu de vie.

DJ

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 28 à 32.

53. Si le nombre d'usagers en pédiatrie et en psychiatrie jeunesse dépasse la capacité des lits, mettre en place le plan de surcapacité pédiatrique.

DSMC

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 28 à 32.

DDR

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 28 à 32.

54. Explorer la possibilité d'un suivi intensif pour les usagers en attente de relocalisation à l'URFI.
55. Réévaluer l'ensemble de la clientèle en URFI pour actualiser un congé précipité avec un service intensif externe, vers le CPA, l'UTRF externe ou à domicile.
56. Appliquer la procédure sur la Continuité des soins pour favoriser un hébergement transitoire en attendant la place d'hébergement permanente.

LISTE DES ACTIONS – Niveau 3 (plus de 160 %)

L'URGENCE

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 1 à 3.

57. Évaluer la pertinence des tests et consultations demandées.
58. Transformer un minimum de 10% des patients admis sur civière vers la médecine de jour, pour éviter l'hospitalisation.
59. Donner des accès immédiats au plateau diagnostique pour les urgences (labo et radiologie).
60. Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Avisez les consultants des consultations à compléter immédiatement.
61. Étendre l'application des règles d'utilisation de la salle d'urgence portant sur les consultations de 16h à 20h. S'il est probable que la consultation mène à un congé ou à un changement de TX, le médecin d'urgence appellera le consultant.

UNITÉS DE SOINS

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 12 à 15, et 17.

62. Considérer l'admission des usagers sur civière selon le nombre de congés ciblés, l'usager reste sur sa civière d'urgence et est déplacé à l'unité de soins à 11h00.
63. Envisager la possibilité de cesser temporairement les AJM électives non urgentes.
64. Cesser d'accepter les transferts et les admissions non urgents.

DSMD

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 21 à 23.

65. Retour des usagers en fin de traitement dans les territoires périphériques;
66. Ajout de ressources au triage (TS, infirmière en santé mentale) pour réorientation des usagers;
67. Ajout d'un psychiatre à l'urgence;
68. Utilisation de la trajectoire Abitibi;
69. Ouverture plus rapide de l'UIB;
70. Rapatriement prioritaire de l'unité 5 Est au CH Gatineau pour concentration de l'équipe médicale;

DSAPA

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉRO 52.

71. Prioriser les usagers en attente d'hébergement en CH pour admission en RI et CHSLD.
72. Ouvrir des lits surnuméraires à l'UTRF selon les capacités

DJ

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 28 à 32, et 53.

DSMC

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉROS 34 à 35.

73. Les chefs de service des professionnels en CH communiquent systématiquement avec leurs équipes respectives afin d'activer la mobilisation du processus de priorisation des requêtes.
74. Coordination de la mobilisation en partenariat avec le SAD-DDR-DJ.

DDR

***RÉPÉTER LES ACTIONS NUMÉRO 36.

75. Regarder la possibilité de devancer les congés planifiés dans les jours à venir à l'URFI.
76. Prioriser la clientèle en centre hospitalier et même à l'urgence, le cas échéant, vs autres demandes.
77. Explorer la possibilité d'ouvrir des lits supplémentaires pour les usagers en attente de réadaptation.