

Gestion des lits de soins intensifs			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés	Approuvé	2025-01-21
	Direction des activités hospitalière de l'hôpital Anna-Laberge	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Personnel clinique des soins intensifs CISSSMO Personnel clinique des urgences CISSSMO Gestionnaires Personnel de l'Hygiène et Salubrité CISSSMO		
Outils cliniques associés	PRO-10407 admissions et congés aux soins intensifs		

1. Énoncé

Cette procédure a été rédigée dans le but d'aider à une saine gestion des lits de soins intensifs sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, tout particulièrement lorsque la quantité de lits de soins intensifs devient plus limitée.

Il est souhaité que chaque unité de soins intensifs conserve un lit de libre en tout temps, nommé « lit de transition ». Ce lit permet d'admettre sans délai aux soins intensifs un usager dans un état critique en provenance des unités de soins, de l'urgence ou de la salle opératoire et requérant une admission rapide aux soins intensifs. Cette procédure permettra de respecter ce principe le plus possible.

Il est entendu que chaque situation comprend son lot de particularités bien à elle. Par conséquent, cette procédure sert d'aide à la décision et non d'outil rigide de gestion.

2. Champ d'application/Contexte légal

Cette procédure est à l'intention des professionnels de la santé œuvrant aux soins intensifs du CISSS de la Montérégie-Ouest; incluant entre autres les médecins, infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI), les gestionnaires de lits, les coordonnateurs d'activités de soins, les gestionnaires et tout le personnel de support.

3. Définitions

ICASI : Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat

COOLSI : Centre d'optimisation – occupation des lits de soins intensifs

Lit de transition : Lit réservé pour accueillir un usager dont l'état de santé devient subitement instable et qui requiert des interventions et une surveillance étroite immédiatement que seule l'expertise des professionnels de la santé des soins intensifs peut offrir.

4. Objectifs

- Faciliter l'accès aux soins intensifs pour les usagers dont l'état de santé est critique.
- Améliorer la gestion clinico-administrative du taux d'occupation des soins intensifs.

5. Intervenants concernés

Infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat (ICASI) et Assistante du supérieur immédiat (ASI)

Médecins

Infirmières

Chef d'unité des soins intensifs

Gestion des lits de soins intensifs

Gestion des lits/coordonnateurs d'activités
Inhalothérapeutes
Préposés aux bénéficiaires
Hygiène et salubrité

6. Rôles et responsabilités

6.1 Médecin des soins intensifs :

- Admettre aux soins intensifs uniquement les usagers nécessitant un niveau de soins approprié à cette unité. Pour obtenir de plus amples informations, se référer à la *Procédure d'admission aux soins intensifs* (PROC XXX) ainsi qu'aux *Règles d'utilisation des ressources (RUR) de l'urgence* en matière de réalisation des consultations urgentes dans une perspective qu'un usager doit être admis aux soins intensifs.
- Assurer la fluidité hospitalière et la prise en charge rapide par l'équipe des soins intensifs, pour définir l'orientation dans un délai entre une (1) et deux (2) heures.
- Référer sans attendre au COOLSI tous les usagers nécessitant une expertise supplémentaire non offerte au CISSS de la Montérégie-Ouest.
- À chaque matin et au besoin, identifier les usagers qui peuvent transférés en fonction de l'échelle de gestion d'acuité (Annexe B) qui permet d'évaluer l'acuité des soins intensifs, de planifier des stratégies pour maximiser la gestion des lits des soins intensifs.

6.2 Médecin de l'urgence :

- Compléter la demande de consultation aux soins intensifs dans un délai de deux (2) heures dès la prise en charge de l'usager.
- Effectuer les démarches et identifier le médecin qui recevra l'usager qui quittera les soins intensifs.
- Afin d'assurer la fluidité dans les salles de réanimation, assurer la prise en charge rapide par l'équipe des soins intensifs.
- Référer sans attendre au COOLSI tous les usagers nécessitant une expertise supplémentaire non offerte au CISSS de la Montérégie-Ouest.

6.3 Chef d'unité des soins intensifs :

- Assurer, en priorité, le bon fonctionnement de l'unité de soins intensifs, dans sa globalité.
- Assurer un ensemble de responsabilités reliées à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles, et encadrer notamment la logistique des processus aux soins intensifs.
- Exercer son rôle en partenariat avec le chef médical des soins intensifs et l'ensemble des autres chefs d'unités et coordonnateurs afin d'assurer une coordination optimale des activités de son secteur.
- Assurer la présence de personnel qualifié, en nombre suffisant et en respectant les ratios infirmières-usagers, selon le taux d'occupation et l'acuité des soins.
- Assurer la révision et l'optimisation des processus de l'unité des soins intensifs.
- Assurer le respect et l'application de cette procédure et réviser cette procédure si besoin.

6.4 ICASI :

- Assurer le maintien à jour de la codification des usagers selon l'échelle de gestion d'acuité (Annexe B).
- Dès qu'un usager a son congé des soins intensif, peu importe l'occupation des soins intensifs, informer le gestionnaire de lits / coordonnateur d'activités de soins que l'usager est le prochain à pouvoir quitter les soins intensifs. Les particularités doivent aussi être communiquées afin de bien cibler le lit nécessaire (isolations, télémétrie, acuité des soins, etc.).

****Si aucun usager n'a été identifié comme prochain à sortir, contacter le médecin de garde des soins intensifs promptement.***

- Organiser les demandes de rapatriement/admission aux unités de soins en collaboration avec le médecin, le gestionnaire de lits et le coordonnateur d'activités de soins.
***Ces demandes doivent se faire rapidement, surtout lorsque le taux d'occupation est égal ou supérieur à 6 lits sur 8.**
- Réviser les cas de télémétries avec les médecins respectifs afin de s'assurer que le besoin est toujours requis.

6.5 Gestionnaire de lits / coordonnateur d'activité de soins :

- Le gestionnaire de lits ou le coordonnateur d'activités, en collaboration avec l'équipe des soins intensifs, s'assure en tout temps de la disponibilité d'un lit de soins intensifs en médecine et d'un lit de soins intensifs en chirurgie pour répondre aux demandes urgentes d'hospitalisation ou de transfert.
- Prioriser l'attribution d'un lit à l'unité de soins pour l'usager qui a congé des soins intensifs, afin de garantir l'admission d'un usager nécessitant les interventions immédiates et la surveillance étroite assurées par les soins intensifs, et ainsi améliorer la fluidité hospitalière.
- Le transfert inter unité des usagers ne requérant plus de soins intensifs devrait se faire en moins d'une heure.
- Connaître le prochain usager transférable sur les unités de soins, en se référant soit au logiciel des gestions des lits ou à l'ICASI.

6.6 Hygiène et salubrité :

- Assurer la désinfection des lits libres dans un délai inférieur à une (1) heure en niveau 1 (vert) et dans l'immédiat en niveau 2 (jaune) et 3 (rouge).
- Si l'occupation des soins intensifs est de 75 % ou plus, les désinfections de chambre doivent s'effectuer dans l'immédiat.
- Si l'occupation est de 74% ou moins, faire les désinfections selon les délais usuels.

7. Matériel

8. Procédure

I. Prévention (Niveau 1, Vert) – à suivre en tout temps

Les actions précédentes, lorsque suivies systématiquement, permettront d'admettre promptement les usagers qui nécessitent des soins intensifs et ainsi débiter les soins spécialisés requis sans délai (le délai est de moins de 2 heures).

La planification des admissions électives et des congés doit se faire le matin en collaboration avec le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé qui assureront le suivi sur l'unité de soins. Cette décision sera communiquée à la personne responsable de la gestion des lits, qui priorisera les lits des unités de soins pour les congés des soins intensifs selon la capacité hospitalière et la situation des soins intensifs.

II. Plan de contingence : Niveau 2 (jaune) - Occupation à 6 lits sur 8

Les actions suivantes, en plus des actions du niveau 1 (vert), doivent être suivies par l'ensemble des acteurs visés pour assurer les soins de santé appropriés aux usagers qui requièrent ce type de soins.

Soins intensifs :

- En tout temps, prévoir un (1) usager à transférer sur les unités de soins en cas d'urgence et établir un ordre de priorité. Au besoin, émettre des conditions claires et réalisables. Voici des exemples de conditions de sortie :

- Télémétrie
 - Service privé
 - Saturométrie en continue
 - Signes vitaux aux 2 heures
 - Etc.
- Optimiser le séjour des usagers en priorisant les examens diagnostiques, consultations, etc.
 - Établir un plan pour les prochains usagers à sortir des soins intensifs en collaboration avec le médecin et les gestionnaires de lits / coordonnateurs d'activités de soins.
 - Transmettre le plan à l'équipe des soins intensifs ainsi qu'aux gestionnaires de lits / coordonnateurs d'activités de soins.
 - Assurer la présence du personnel en nombre suffisant selon le taux d'occupation et l'acuité des soins.

Gestionnaire de lits / Coordination aux activités de soins :

- Établir et communiquer un plan de transfert d'usagers en cas d'urgence.

III. Niveau 3 (rouge) - Occupation à 7 lits sur 8 lits

Les actions suivantes, en plus des actions précédentes, doivent être suivies par l'ensemble des acteurs visés pour assurer des soins appropriés dans un délai raisonnable aux usagers requérants ce type de soins.

- ❖ ***Prioriser le transfert d'usager P3 ou déclasser un usager P2 et le transférer sur une unité de soins rapidement.***

Soins intensifs :

- Réviser la codification des usagers et si possible déclasser un P2 pour le sortir rapidement.
- Lorsqu'aucun des usagers n'est transférable, transmettre au COOLSI toute demande d'admission aux soins intensifs qui provient de l'urgence. L'exception de ceci est pour l'usager nécessitant une intervention d'urgence et des soins intensifs postchirurgicaux.
- Assurer la présence de personnel en nombre suffisant selon le taux d'occupation et l'acuité des soins.
- Assurer une communication ouverte avec le médecin des soins intensifs, le gestionnaire de lits ou coordonnateur d'activités et le personnel des soins intensifs.

Gestionnaire de lits / Coordination aux activités de soins :

- Transférer rapidement les usagers ne requérant plus les soins spécialisés de soins intensifs.
- Établir un plan de transfert des usagers en cas d'urgence.
- S'assurer que les ICASI de l'urgence et des unités de soins soient au courant de la situation des soins intensifs, afin que tous puissent aider à accélérer les transferts lorsque nécessaire.
- Aviser le directeur de garde.

Dans le cas d'un usager en provenance de l'urgence :

- Si l'usager est présentement à l'urgence et requiert des soins intensifs, le gestionnaire de lits /coordinateur d'activités en informe l'ICASI.
- Un usager à l'urgence avec une prise en charge médicale (exception : usager orphelin) aurait accès au lit de transition aux soins intensifs, le cas échéant, en suivant la procédure de consultation et d'admission.
- S'il n'y a aucun usager P2/P3, l'usager demeure à l'urgence et ceux-ci doivent suivre la procédure pour le COOLSI.

- S'il y a la présence d'un usager P2/P3, l'usager est admis de l'urgence. Par la suite, transférer rapidement l'usager déclassé afin de rendre à nouveau disponible le lit de transition.

Dans le cas d'un usager en provenance du bloc opératoire :

- Si l'usager est présentement au bloc opératoire et requiert des soins intensifs, le lit de transition est disponible pour admettre l'usager.

Dans le cas d'un usager en provenance des unités de soins :

- Si l'usager est présentement sur une unité de soins (incluant le pavillon de naissance) et requiert des soins intensifs, le lit de transition est disponible pour admettre l'usager.
- Si le lit de transition n'est pas disponible pour admettre l'usager, l'infirmière des soins intensifs de l'équipe de code bleu restera au chevet de l'usager afin de faire les interventions immédiates et assurer une surveillance étroite jusqu'à son transfert de lit de soins intensifs.

Si les soins intensifs se trouvent avec une **occupation 8/8**, il est primordial de libérer un lit de transition rapidement, soit en déclassant/transférant au minimum un (1) usager P2 ou P3 ou en se référant au COOLSI pour assurer l'accès à un lit de transition au soins intensif pour un code bleu ou un cas d'urgence.

9. Documentation

S/O

10. Annexe(s)

Annexe A – Algorithme décisionnel : gestion des lits de soins intensifs

Annexe B – Échelle d'acuité

Annexe C – Définition d'un lit de transition

Annexe D – Démarche CoolSI

11. Références

Centre d'optimisation – Occupation des lits de soins intensifs. (2024). Récupéré sur Réseau Québécois de la télésanté: <https://telesantequebec.ca/professionnel/services/coolsi/>

Centre d'Optomisation Occupation des Lit de Soins Intensifs. (2023). Récupéré sur Centre d'Optomisation Occupation des Lit de Soins Intensifs: <https://coolsi.ca/a-propos/>

(2016). Les unités de soins intensifs au Canada. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé. doi:978-1-77109-477-1

Critères d'orientation des usagers - Gestion clinique de l'épisode de soins - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca)

(2024) Règles d'utilisation des ressources de l'urgence– Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

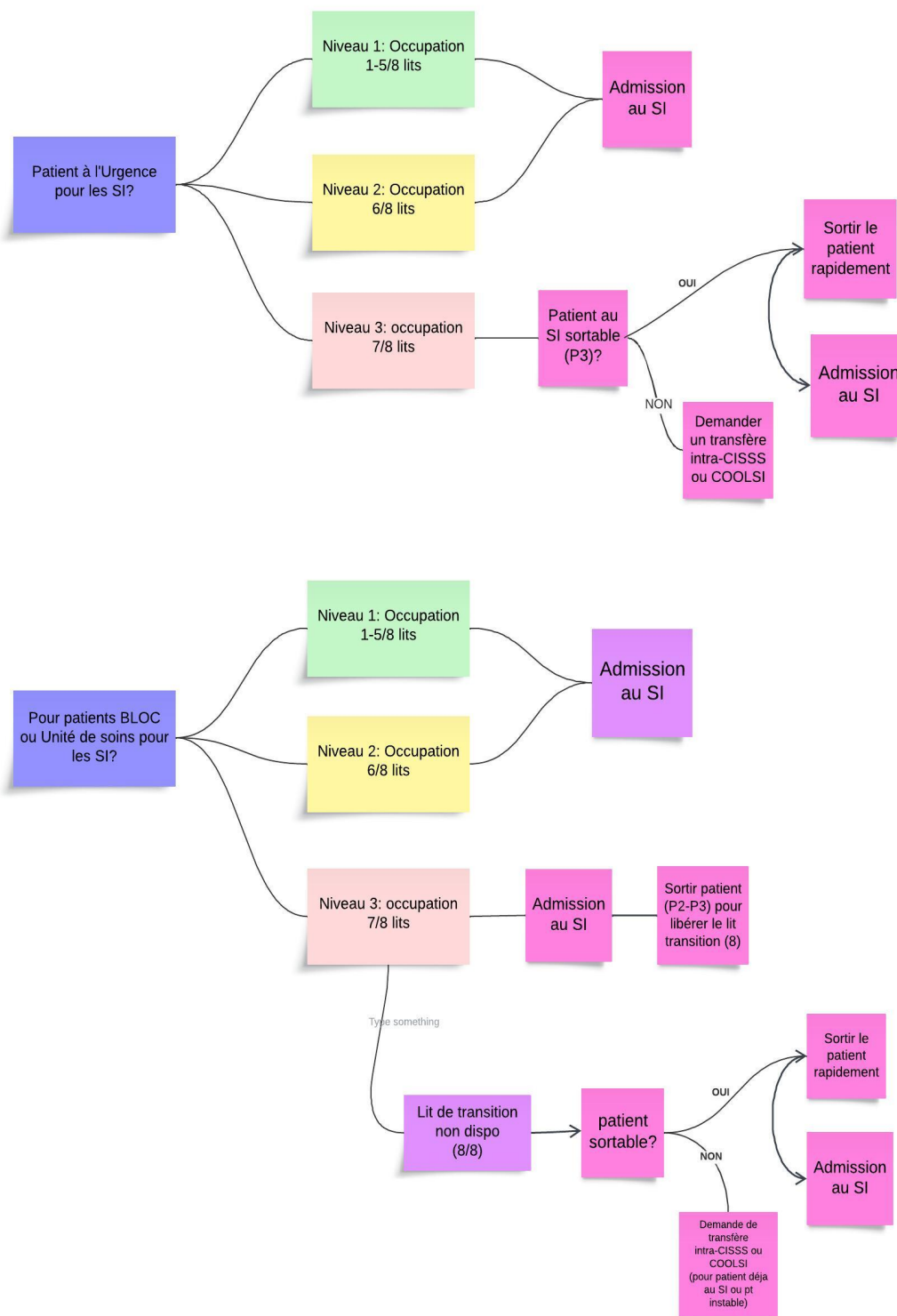
Trudelle, N., & Ferrari, N. (2018). Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec. Québec, Qc.: Institut national d'Excellence en santé et en services sociaux (NESSS). Repéré sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Indicateurs_soins_intensifs.pdf

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Nicolas Poissant-Gilbert, chef des soins intensifs CISSMO	2022-10-17
	Tania Pellizzari, coordonnatrice clinico-administrative urgences et soins intensifs – DPSCS	2024-01-12
Personnes consultées	Dre Martine Chicoine-Lebel, médecin interniste/intensiviste	2024-09-03
	Dr Charles Fortin, médecin interniste/intensiviste	2024-09-03
	Dr. Elise Gilbert, DSP Adjointe	2024-09-03
	Dr. Caroline Bourassa-Fulop, DSP-Adjointe	2024-08-22
	Josée Boulerice, coordonnatrice à la gestion des lits (HAL)	2024-09-09
	Josée Houle, coordonnatrice à la gestion des lits (HDS)	2024-09-09
	Carole Ducharme, Directrice adjointe par intérim Direction des activités hospitalières – Hôpital du Suroît et Hôpital Barrie Memorial	2024-09-03
	Hugo Loiselle, Coordonnateur de la fluidité, de la gestion des séjours et de la coordination des activités de soins	2024-08-13
	Geneviève Huot, Conseillère en soins infirmiers, volet soins critiques par interim	2024-09-06
	Lucette Robert, directrice adjointe des programmes de soins critiques et spécialisés	2024-04-11

Historique du document		
Approuvé par	Comité des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-10-07
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2024-11-20
Adopté par	Comité de direction	2025-01-21
Commentaires		

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette directive clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation

Algorithme décisionnel : Gestion des lits de soins intensifs



Échelle d'acuité

1. **P1**- l'usager nécessite des soins aigus et une surveillance étroite assurés par les soins intensifs car son état de santé est critique. Impossible de transférer l'usager sur les unités.
2. **P2**- l'usager a un état de santé en voie de stabilisation. Les fonctions vitales de l'usager. Le risque immédiat est diminué, par contre, l'usager nécessite encore une surveillance continue, des traitements supplémentaires et une réhabilitation.
3. **P3**- L'usager ne requiert plus de lit de soins intensifs. Sa condition de santé est stable.

PRIORITÉ	COMPOSANTES DE SOINS
P1 Non- transférable.	• Condition instable • Moniteur cardiaque en continue • Signes vitaux et saturation instables • Instrumentations invasive spécialiser (pace endo-veineux, canule artérielle, etc.) • Médications IV avec surveillance étroite et un titrage ciblé • Intubation ou voie aériennes instables (Bipap)
P2 Transférable si besoin du lit.	• Condition en voie de stabilisation • Moniteur cardiaque- télémétrie • Signe vitaux stables • Arythmie connue et stable • Oxygène via lunette nasal ou masque ou airvo (maximum de 5L d'O2)
P3 Congé des soins intensifs.	• État clinique stable • Moniteur cardiaque non nécessaire ou télémétrie suffisante • Signes vitaux stable (BID, TID, QID) • D/C moniteur cardiaque – favoriser télémétrie au besoin

Définition : lit de transition

Le lit de transition dans les unités de soins intensifs, la gestion des lits est crucial pour garantir une réponse rapide et efficace en cas d'urgence. Le concept d'un lit de transition est un élément clé de cette gestion.

1. Rôle du lit de transition : Le lit de transition sert à accueillir rapidement un usager dont l'état de santé devient critique de façon imprévue qui nécessite des soins intensifs immédiatement. Sa disponibilité assure que l'unité peut répondre rapidement sans compromettre la prise en charge des autres usagers déjà présents aux soins intensifs.
2. Maintien du lit disponible aux soins intensifs : Il est essentiel que ce lit demeure disponible dans la mesure du possible. Cela signifie qu'il ne doit pas être utilisé pour des admissions non urgentes ou programmées. L'équipe doit constamment évaluer l'état des usagers dans l'unité pour libérer un lit ordinaire si nécessaire, en transférant l'usager stable vers un autre service, pour garder le lit de transition disponible.
3. Planification et procédure : Lorsqu'un usager est admis dans le lit de transition, il est impératif d'avoir un plan d'action pour libérer un lit en cas d'urgence. Ce plan peut inclure des stratégies telles que l'augmentation rapide des transferts des usagers stabilisés vers d'autres unités de soins, la réévaluation des admissions non urgentes, ou la coordination avec d'autres services pour trouver des solutions alternatives de prise en charge.
4. Communication et coordination : Une communication efficace au sein de l'équipe infirmière et médicale de soins intensifs avec le coordinateur des activités ou la gestion des lits est essentielle pour gérer le lit de transition. Les décisions concernant les admissions et les transferts doivent être prises en concertation avec toutes les parties concernées, y compris les médecins, les infirmières, et les autres directions impliquées.
5. Formation et sensibilisation : Tous les membres du personnel doivent être formés et sensibilisés à l'importance du lit de transition. Ils doivent comprendre les procédures à suivre pour sa gestion et être préparés à agir rapidement en cas de nouvelle urgence.

En résumé, le lit de transition dans une unité de soins intensifs est un élément vital pour assurer une prise en charge efficace des urgences. Sa gestion nécessite une planification minutieuse, une bonne communication entre les équipes, et une réactivité constante pour s'adapter aux situations changeantes.

Démarche COOLSI

** Interventions à faire au sein de l'établissement avant de solliciter le COOLSI

1. Valider la disponibilité des lits de soins intensifs :
 - a. Si disponible, admettre l'utilisateur aux soins intensifs.
 - b. Si non disponible, valider si un usager hospitalisé dans les lits de soins intensifs pourrait être transférés sur une unité de soins (usager classé P2 ou P3).
2. Valider les lits disponibles sur les unités de soins:
 - a. Si disponible, transférer les usagers des soins intensif vers sur les unités de soins
 - b. Si non disponible, enclencher la surcapacité sur les unités de soins.
3. Effectuer les transferts et libérer les lits de soins intensif afin d'admettre l'utilisateur de l'urgence aux soins intensif.

Si à la suite de ces étapes, aucune solution ne peut être trouvée à l'interne de l'établissement, voici la suite des étapes avec le COOLSI.

1. Escalade 1 :

- Validation par l'infirmière du COOLSI des démarches faites par l'établissement pour trouver un lit (étapes 1 à 4).
- Si toujours pas de possibilité après intervention pour un lit soins intensif dans le CH demandeur, ou CISSS/CIUSSS d'appartenance du demandeur, l'infirmière du COOLSI trouve un lit hors CISSS/CIUSSS, sans interpellier le coordonnateur médical COOLSI.

2. Escalade 2 :

- Si le CH receveur ciblé refuse, l'infirmière du COOLSI informe les deux médecins qu'elle fera appel au médecin coordonnateur du COOLSI et qu'une conférence entre DSP sera possiblement faite.
- L'infirmière avise le médecin coordonnateur des démarches faites et valide le bon CH receveur :
 - Si pas le bon CH, l'infirmière poursuit ses démarches.
 - Si la validation du bon CH est confirmée, invite le médecin coordonnateur du COOLSI à demeurer en ligne pour faire une conférence avec les 2 DSP (demandeur et receveur).
- Mise en appel des 2 DSP, demandeur et receveur, les médecins demandeur et receveur, ainsi que le médecin coordonnateur si besoin.

3. Escalade 3 :

- Si, au final de la discussion entre DSP, il demeure toujours un litige et la situation est toujours problématique à gérer, on avise le MSSS, liste de garde et gestionnaire COOLSI CHUM.