

Admissions et congés aux 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)	Infirmières et médecin de l'urgence, soins intensifs, unités de soins hospitalières, bloc-opératoire, gestion de lits et coordonnateur d'activités		
Outils cliniques associés	PRO-10406 gestion des lits des soins intensifs		

1. Énoncé

Cette procédure vise à encadrer la procédure d'admission et de congé aux unités de soins intensifs au CISSS de la Montérégie-Ouest.

2. Champ d'application/Contexte légal

Il s'agit d'une exigence relative aux établissements exploitant une installation de soins intensifs, pour optimiser l'organisation des services de soins intensifs et favoriser un accès en temps opportun et de meilleurs résultats de santé pour les usagers dont l'état nécessite des services de soins intensifs.

Le délai pour réaliser une demande de consultation aux soins intensifs doit être fait dans les meilleurs délais possibles, à l'intérieur de 2 heures.

Le délai d'admission aux soins intensifs se définit comme le temps écoulé entre la demande d'admission (complétée par le médecin référent) et l'admission réelle de l'utilisateur à l'unité de soins intensifs. Le délai d'admission est basé sur le système P0-P6 (Annexe A) et le délai d'admission visé est de moins de 4 heures.

La décision d'admission est déterminée par les critères d'admission (Annexe B) et selon le modèle de priorisation (Annexe C). La condition clinique de l'utilisateur, l'urgence du requis de soins intensifs et la capacité de l'environnement actuel (urgence, unité hospitalière, salle de réveil) à surveiller et soutenir adéquatement l'utilisateur sont des facteurs à considérer au moment de la consultation et admission.

Préalablement à toute admission aux soins intensifs, le niveau d'intervention médicale doit être discuté avec l'utilisateur et sa famille et documenté pour s'assurer d'offrir des soins en lien avec les volontés de l'utilisateur.

3. Définitions

ICASI : Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat

Médecin référent : Médecin traitant qui désire transférer l'utilisateur à l'unité des soins intensifs sous la responsabilité du médecin de service.

Médecin de service : Médecin détenant des privilèges d'admission aux soins intensifs. Il est responsable des cas médicaux de l'unité, de la gestion des lits de l'unité et de garde à ce moment-là.

Médecin traitant : Médecin qui est responsable des soins à l'utilisateur; il peut être le médecin traitant (avant un transfert) ou le médecin de service (après l'acceptation du transfert).

USI : l'unité des soins intensifs

Les critères d'inclusion : permettent d'identifier les usagers qui peuvent bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les critères d'inclusion portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la

capacité à fournir un respirateur et un soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.

4. Objectifs

- Définir les trajectoires de soins et déterminer les délais acceptables selon les besoins, le type d'usagers, leur provenance et le niveau de soins;
- Définir des critères de priorité pour l'admission et le congé des unités de soins critiques selon les différents niveaux;
- Déterminer un délai maximal entre la demande d'admission aux unités de soins intensifs et l'admission à l'unité ciblée selon la provenance des usagers et le niveau de soins;
- Assurer la disponibilité en tout temps de lits réservés pour les admissions urgentes, selon les besoins de l'installation.
- Permettre à l'équipe hospitalière de bien se préparer à l'arrivée du ou des usagers grâce à la transmission d'informations bien structurées.
- Effectuer les transferts d'unité au moment optimal pour diminuer la morbidité et mortalité des usagers

5. Intervenants concernés

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

Médecins

Infirmières

Gestion des lits/coordonnateurs d'activités

Inhalothérapeutes

Préposés aux bénéficiaires

6. Rôles et responsabilités

Médecins

- Le médecin responsable des soins intensifs ou l'interniste de garde qui est chargé de la décision d'admission aux soins intensifs, d'un transfert vers un autre centre ou vers l'étage
- Prend connaissance du dossier médical de l'usager
- Communique, avec l'équipe de soins, les informations pertinentes concernant l'état de l'usager et le délai d'admission visé (Annexe C)
- Prépare les ordonnances médicales pour l'arrivée de l'usager
- Est disponible pour l'arrivée de l'usager

Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat/Assistante du supérieur immédiat

- S'assure de la disponibilité des ressources (humaines, matérielles, etc.)
- Communique les informations pertinentes avec l'équipe soignante qui prend en charge l'usager
- Coordonne l'arrivée de l'usager avec la gestion de lits et l'unité de soins/urgence
- Est disponible pour l'arrivée de l'usager

Infirmière

- Reçoit le rapport clinique de l'usager de l'unité de soins ou l'urgence et pose des questions complémentaires afin d'être en mesure de bien accueillir l'usager
- Communique avec l'ICASI et/ou le médecin au besoin
- Est disponible pour l'arrivée de l'usager

Inhalothérapeute

- Est disponible pour l'arrivée de l'usager
- Participe au déplacement vers les soins intensifs au besoin si l'état de l'usager le justifie

Préposé au bénéficiaire

- Est disponible pour l'arrivée de l'usager

7. Matériel

S/O

8. Procédure

Procédure d'admission aux soins intensifs

1. Le médecin référent désirant admettre un cas médical aux soins intensifs doit en faire la demande verbale au médecin de service, suivi par une consultation écrite. Le nom du médecin de service ainsi que la date et l'heure de la demande de consultation doivent être notés dans les ordonnances et sur la consultation au dossier.
2. Le médecin des soins intensifs se base sur la liste des critères d'admissions (Annexe B) aux soins intensifs.
3. Si l'utilisateur est accepté, le nom du médecin des soins intensifs, la priorité de délai d'admission ainsi que la date et l'heure de l'admission doivent être notés dans les ordonnances au dossier, ainsi l'utilisateur doit être mis, dans le système informatique, au nom du médecin des soins intensifs. Pour les usagers chirurgicaux, l'utilisateur doit rester au nom du chirurgien, et celui-ci doit communiquer avec le médecin de service avant d'admettre aux soins intensifs pour valider la disponibilité de lit.
4. Le médecin des soins intensifs transmet les informations pertinentes de l'utilisateur admis à l'ICASI des soins intensifs. Ce dernier doit aviser le gestionnaire de lits/coordonnateur d'activités pour l'attribution d'un lit, ainsi l'infirmière qui recevra l'utilisateur est désignée et l'inhalothérapeute avisé selon le cas. (*Référé à la politique administrative Gestion des lits : Soins intensifs*)
5. Un rapport verbal et écrit est donné par l'infirmière de l'urgence à l'infirmière des soins intensifs de l'utilisateur pour assurer un échange d'informations complet.
6. L'utilisateur est transféré de l'urgence, la salle d'opération ou de l'unité de soins avec le personnel dédié incluant infirmière/inhalothérapeute/préposé, si nécessaire.
7. Pour la clientèle adulte nécessitant une admission aux soins intensifs, le transfert vers un centre désigné via le COOLSI est possible dans l'éventualité qu'il n'y ait pas de lit disponible dans le centre hospitalier (vous référer à la procédure de Gestion de lit : *Soins intensifs pour la procédure COOLSI*).

Procédure de suivi des usagers hospitalisés sur l'unité des soins intensifs

1. Le médecin de service assure les suivis des cas médicaux sous sa responsabilité, tandis que le chirurgien demeure le médecin traitant de l'utilisateur durant tout son séjour aux soins intensifs, qui inclut une tournée quotidienne et au besoin de leur(s) usager(s).
2. Le médecin de service est responsable du fonctionnement de l'unité des soins intensifs, en particulier au niveau de la gestion des lits. Il est responsable des admissions et des congés et du respect des règles et des procédures établies. Il doit ainsi évaluer quotidiennement le statut des usagers avec l'*Échelle de gestion d'acuité* (Annexe D).
3. Le code de couleur selon l'*Échelle de gestion d'acuité* (Annexe D) doit être inscrit dans le dossier informatique pour tous les usagers de l'unité de soins intensifs, afin d'identifier à la gestion de lits les usagers qui peuvent avoir congé des soins intensifs
4. Durant les heures de garde, lorsque le médecin de service est absent, celui-ci peut établir une entente avec le médecin en service à l'urgence pour assurer le suivi des urgences aux soins intensifs. Il doit informer clairement l'ICASI de l'unité des soins intensifs de cette entente.

Procédure d'admission temporaire pour des procédures électives

1. Planification d'admission pour les procédures électives se fait le plus tôt possible et est organisée la veille.
2. La demande doit être faite par consultation écrite et verbale entre le médecin de service et le médecin des soins intensifs.
3. L'ICASI révisé la demande et s'assure de réserver un lit pour l'admission temporaire ainsi que de communiquer avec l'utilisateur.
4. Si un lit est non disponible, l'ICASI avise le médecin des soins intensifs et replanifie l'admission à une date ou une heure ultérieure.

Procédure de congé aux soins intensifs

1. La décision du congé des soins intensifs relève du médecin de service, qui base son jugement sur l'amélioration clinique de l'utilisateur, la pertinence de la poursuite d'un séjour aux soins intensifs et la sécurité du congé pour l'utilisateur. Cette évaluation est en cohérence avec les critères d'admission mentionnés précédemment.
2. Quand le congé de l'utilisateur est signé, celui-ci devrait quitter l'unité des soins intensifs en moins de 4 heures dans la journée même, et ce, avant 18 h. Les sorties des soins intensifs ne devraient pas avoir lieu entre 22 h et 7 h et doivent être évitées entre 18 h et 6 h.
3. L'ICASI avise la gestion des lits ou le coordonnateur d'activités qui sont les usagers sortables selon l'ordonnance médicale et leur code de couleur basé sur l'*Échelle de gestion d'acuité* (Annexe D).
4. Un processus standardisé de congé des soins intensifs inclut une mise à jour de la médication dans le bilan comparatif ainsi que le transfert verbal et écrit à l'équipe médicale qui accepte de prendre en charge l'utilisateur.

Un rapport écrit et verbal sera complété entre infirmières avant le transfert à l'unité de soins.

5. Pour un congé à domicile ou interétablissement, l'infirmière responsable de l'utilisateur s'assure d'annoncer le congé à la famille/proche aidant/établissement et d'assurer un congé sécuritaire.

9. Documentation

S/O

10. Annexe(s)

Annexe A : Système de priorisation et de délais acceptables d'admission

Annexe B : Critères d'admission aux soins intensifs

Annexe C : Code de priorisation des soins intensifs

Annexe D : Échelle de gestion d'acuité

11. Références

(GESIQ), G. d. (2023). *Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les usagers en condition critique*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bibliothèque et Archives nationales du Québec. doi:978-2-550-94587-1

(INESSS), I. n. (2018). *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*.

Rapport rédigé par Véronique Gagné et Nicolay Ferrari. Québec, QC: INESSS. doi:978-2-550-821441-1

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Hugo Loïselle, Coordonnateur clinico-administratif activités hospitalières	2022-04-07
	Tania Pellizzari, Coordonnateur clinico-administratif urgence et soins intensifs	2024-02-14
Personnes consultées	Geneviève Huot, conseillère en soins infirmier, DSIEU	2024-09-19
	Eric Turgeon, chef des soins intensifs	2024-04-12
	Lucette Robert, directrice adjointe soins critiques et soins spécialisés	2024-04-08
	Dr. Charles Fortin, médecin interniste/intensiviste	2024-06-01
	Dr. Martine Chicoine-Lebel, médecin interniste/intensiviste	2024-06-01
	Dr. Elise Gilbert, DSP adjointe	2024-06-01

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	
CSSS Jardins-Roussillon	Algorithme admission entre urgence et soins intensifs	
CSSS Jardins-Roussillon	Procédures d'admission et de congé à l'unité des soins intensifs	

ANNEXE A

Système des délais acceptables d'admission

- P0 : admission immédiate
- P1 : admission dans l'heure
- P2 : admission en moins de 2 heures
- P6 : admission en moins de 6 heures

Système cardiocirculatoire

- Syndrome coronarien aigu à haut risque : intubation endotrachéale, pacemaker endoveineux
- Choc cardiogénique
- Tempête arythmique
- Insuffisance cardiaque décompensée compliquée
- Hypertension maligne avec atteinte d'organes ciblés
- Post-arrêt cardiorespiratoire nécessitant une hypothermie thérapeutique
- Anévrisme disséquant de l'aorte thoracique ou abdominale
- Tamponnade cardiaque

Système respiratoire

- Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant un support ventilatoire invasif
- Insuffisance respiratoire aiguë sous ventilation non invasive, mais à risque d'aggravation ou réfractaire
- Maladie respiratoire aiguë sévère infectieuse (MRSI) telle que MERS-CoV, COVID-19, grippe aviaire
- Embolie pulmonaire avec instabilité hémodynamique ou respiratoire
- Pathologie des voies respiratoires supérieures à risque d'obstruction
- Hémoptysie massive

Système neurologique

- AVC avec altération de l'état de conscience nécessitant une intubation endotrachéale
- AVC post-thrombolyse
- Hémorragie intracérébrale à risque de détérioration
- Coma d'étiologies diverses
- Infection du système nerveux central avec altération de l'état de conscience
- Pathologie du système nerveux central ou neuromusculaire à risque de détérioration respiratoire
- Status epilepticus
- Donneur d'organes potentiel

Système digestif

- Hémorragie digestive avec instabilité hémodynamique ou à haut risque de saignement
- Insuffisance hépatique aiguë à risque de détérioration

Admission et de congé à l'unité des soins intensifs

- Pancréatite aiguë sévère compliquée
- Ischémie mésentérique avec instabilité
- Syndrome de compartiment abdominal
- Chirurgie abdominale complexe

Système endocrinien et métabolique

- Acidocétose diabétique compliquée
- État hyperosmolaire compliqué
- Tempête thyroïdienne ou coma myxœdémateux
- Crise surrénalienne ou autres désordres endocriniens avec instabilité
- Désordres électrolytiques sévères

Autres

- Intoxication médicamenteuse avec instabilité ou nécessitant une intubation
- Hyperthermie maligne
- Choc septique et sepsis avec défaillance organique
- Blessure environnementale (électrisation, quasi-noyade, hypo/hyperthermie)
- Toute infection nécessitant un isolement maximal, telle que l'Ebola

Clientèle postopératoire

Ces usagers peuvent être admis sur toutes les unités, mais avec des orientations spécifiques pour certaines salles d'opération.

- Chirurgie ORL oncologique extensive
- Usagers en post-op immédiat nécessitant une surveillance intensive
- Chirurgie abdominale extensive
- Chirurgie urologique complexe

Surveillance ou appareil nécessitant des soins intensifs

- Cardiomulateur temporaire (aux soins intensifs ou aux soins coronariens)
- Surveillance des pressions intravésicales
- Perfusion d'agents vasopresseurs
- Surveillance par canule artérielle
- Intubation oro ou nasotrachéale

ANNEXE C

Critères d'admission selon le modèle de priorisation

Priorité 1 : Un usager instable qui nécessite un traitement ou une surveillance intensive qui ne peut pas être donné en dehors de l'unité de soins intensifs. Ex. : une ventilation mécanique invasive, une surveillance hémodynamique invasive avec utilisation de vasopresseur, ou autres situations critiques (hypoxémie sévère, choc).

Priorité 2 : Un usager tel que décrit en priorité 1, mais :

- une plus faible probabilité de récupération ou de survie;
- ne désirant pas de réanimation cardiorespiratoire (RCR). – Niveau de soins B

Priorité 3 : Un usager avec une dysfonction organique nécessitant une surveillance intensive ou des thérapies non invasives intensives, mais qui peuvent être prises en charge dans une unité de moindre intensité (par exemple les soins intermédiaires ou soins coronariens).

Priorité 4 Un usager de priorité 3, mais :

- une plus faible probabilité de récupération et/ou de survie;
- qui ne veut pas de réanimation cardiorespiratoire (RCR) ou d'intubation. - Niveau de soins B ou C selon le plan de traitement.

Priorité 5 Un usager terminal, moribond sans possibilité de récupération, ou procédure électives. Ces usagers ne sont pas des candidats pour une admission aux soins intensifs, sauf pour les dons d'organes potentiels.

1. **P1-** l'utilisateur nécessite des soins aigus et une surveillance étroite assurés par les soins intensifs car son état de santé est critique. Impossible de transférer l'utilisateur sur les unités.
2. **P2-** l'utilisateur a un état de santé en voie de stabilisation. Les fonctions vitales de l'utilisateur. Le risque immédiat est diminué, par contre, l'utilisateur nécessite encore une surveillance continue, des traitements supplémentaires et une réhabilitation.
3. **P3-** L'utilisateur 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 invasives spécialisées (pace endo-veineux, canule artérielle, etc.) • Médications IV avec surveillance étroite et un titrage ciblé • Intubation ou voies aériennes instables (Bipap)
P2 Transférable si besoin du lit.	• Condition en voie de stabilisation • Moniteur cardiaque-télémétrie • Signes 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 stables (BID, TID, QID) • D/C moniteur cardiaque – favoriser télémétrie au besoin