



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Recommandations sur
l'optimisation de l'accès aux soins
pour les patients en condition
critique**

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Groupe d'experts en soins intensifs du Québec (GESIQ). Son contenu n'engage que ses auteurs.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-94587-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique

Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique

Présenté par le Groupe d'experts en soins intensifs du Québec (GESIQ)

Juin 2023

Rédaction principale :

D^{re} Louise Passerini

Membres du comité

Membres du GESIQ :

D^{re} Louise Passerini, présidente

D^r Martin Albert

D^r Charles Francoeur

D^{re} Marie-Josée Bériault

D^{re} Macha Bourdages, représentante des soins intensifs pédiatriques

D^r Peter Goldberg

D^r Marc André Leclair

D^r Jean-François Lizé

D^{re} Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

D^r Germain Poirier, représentant de la Société des intensivistes du Québec

D^r Ian Ajmo, président du Regroupement des omnipraticiens intensivistes

M^{me} Caroline Riopel, représentante du regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ)

Représentantes du MSSS :

D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique

M^{me} Nathalie Labrecque, directrice des services hospitaliers

M^{me} Nathalie Mercier, coordonnatrice des soins intensifs, Direction des services hospitaliers

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE.....	1
MANDAT INITIAL	1
ENJEUX	2
LITTÉRATURE.....	3
RECOMMANDATIONS	8
ENJEUX LIÉS À L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS	10
ANNEXE 1.....	12
Critères d'admission selon le modèle de priorisation.....	12
ANNEXE 2.....	13
Critères d'admission basés sur les diagnostics (liste non exhaustive).....	13
ANNEXE 3.....	16
Critères d'admission basés sur des paramètres objectifs.....	16
ANNEXE 4.....	17
Tableau de classification des unités de soins intensifs au Québec	17
RÉFÉRENCES.....	19

MISE EN CONTEXTE

Les recommandations contenues dans le présent document découlent d'un mandat initialement confié au Groupe d'experts en soins intensifs du Québec (GESIQ) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre d'un exercice de consultation de plus grande envergure. Elles sont le fruit d'une analyse de la littérature pertinente, d'une réflexion pragmatique sur les enjeux et les ressources en soins intensifs au Québec et de consultation auprès de différents acteurs clés du réseau. La publication de ces recommandations repose sur la prémisse que l'application des mesures proposées aura un effet à brève échéance sur l'accès aux lits de soins intensifs partout dans la province.

MANDAT INITIAL

La pandémie liée à la COVID-19 a amplifié la problématique d'accessibilité aux lits d'hospitalisation. À l'automne 2021, un comité consultatif aux hospitalisations a été mandaté par le MSSS pour proposer un modèle d'organisation des soins et services hospitaliers. C'est dans le cadre de ce projet que le GESIQ a été sollicité spécifiquement pour le volet des soins critiques. Plus précisément, les objectifs de résultats du mandat étaient les suivants :

- Définir les trajectoires de soins et déterminer les délais acceptables selon les besoins, le type de patients, 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 critiques et l'admission à l'unité ciblée selon la provenance des patients et le niveau de soins;
- Assurer la disponibilité en tout temps de lits réservés pour les admissions urgentes, selon les besoins de l'installation.

ENJEUX

Dans le cadre du mandat, les enjeux propres aux soins critiques sont les suivants :

- Difficulté d'accès à des lits de soins critiques : par exemple, usagers intubés qui demeurent des heures, et même plus de 24 heures, à l'urgence, annulation d'interventions chirurgicales;
- Manque de critères d'admission et de congés des unités de soins critiques;
- Nombre insuffisant de lits de soins critiques ou de courte durée;
- Dans certaines installations, les usagers instables dans les unités de soins sont ramenés à l'urgence pour observation par manque de lits aux soins intensifs.

Les rencontres avec les chefs médicaux des soins intensifs du Québec dans le cadre des rencontres du sous-comité ministériel des soins critiques COVID-19 ont permis d'entendre leurs commentaires sur les difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne des lits.

Voici les problèmes soulevés :

- Délais pour l'admission des patients critiques à partir de l'urgence : des patients peuvent séjourner plus de 24 heures dans certaines urgences avant leur transfert vers une unité de soins intensifs;
- Délais pour l'admission des patients critiques en provenance des unités d'hospitalisation où les conditions de prise en charge de ces patients sont sous-optimales et non sécuritaires;
- Délais dans la sortie des patients transférables des soins intensifs vers une unité d'hospitalisation autre que de soins intensifs. Ainsi, certains patients séjournent plusieurs jours supplémentaires aux soins intensifs. Présentement, la « norme » de gestion de lits est de sortir un patient uniquement quand un autre doit être admis, ce qui inévitablement introduit des délais : trouver un lit à l'étage, désinfecter la chambre, sortir un patient de l'unité des soins intensifs et désinfecter cette chambre; on peut compter minimalement 2 heures de retard dans l'admission aux soins intensifs;
- Contraintes dans la gestion des lits liées au contrôle des infections : variabilité entre les établissements du réseau dans les directives d'isolement, de cohortage, de tests de dépistage et autres;
- Délais et non-acceptation pour un retour dans leur centre référent de patients préalablement transférés pour une expertise de niveau 3A ou 3B;
- Un taux d'occupation régulièrement au-delà de 90 % laisse peu de flexibilité lors de grandes affluences.

LITTÉRATURE

Les guides de pratique proposés par les sociétés de soins intensifs sont basés sur une littérature qui malheureusement ne permet pas de faire des recommandations fermes sur les critères d'admission et de congé des soins intensifs (1). Ils se basent sur trois modèles décrits aux annexes 1, 2 et 3. Le **modèle de priorisation** classe les patients selon leur pronostic, soit leur potentiel de bénéficier d'interventions en soins intensifs. Le **modèle de diagnostic** énumère une liste de conditions justifiant une admission en soins intensifs. Finalement, le **modèle des paramètres cliniques** précise les signes vitaux et les anomalies paracliniques qui justifient une admission aux soins intensifs. Ces modèles peuvent servir d'aide à la décision, mais ne remplacent pas le jugement clinique de l'intensiviste au chevet du patient critique.

Certaines admissions en soins intensifs sont planifiées pour les interventions chirurgicales à haut risque, réservées aux établissements de niveau 2B, 3A et 3B. Pour la grande majorité des admissions, il faut donc reconnaître que celles-ci sont urgentes et non planifiées (1) et qu'une intervention rapide aura une incidence importante sur le pronostic du patient.

Admission en soins intensifs en provenance de l'urgence et des unités d'hospitalisation

Chalfin et ses collègues (2) ont utilisé la base de données IMPACT de 120 unités de soins intensifs aux États-Unis. Ils ont comparé l'évolution d'un total de 50 322 patients qui séjournaient moins de 6 heures à l'urgence ou qui y étaient hébergés plus de 6 heures (« *boarding* »). Leur étude a montré une augmentation de la durée d'hospitalisation, ainsi qu'une augmentation de la mortalité à la fois aux soins intensifs et à l'hôpital (17,4 % vs 12,9 %) chez les patients qui avaient attendu plus de 6 heures à l'urgence avant leur transfert aux soins intensifs. De plus, chez ces patients avec admission tardive, le taux de ventilation mécanique était plus élevé, soit 39,3 % vs 29,5 %. Dans une étude rétrospective de 940 patients admis aux soins intensifs à partir de l'urgence, le groupe de Al-Qahtani confirme l'augmentation de la mortalité associée à un séjour de plus de 6 heures à l'urgence (3).

Une étude plus récente rétrospective aux Pays-Bas, utilisant une base de données nationale, a inclus 14 788 patients. Les auteurs ont séparé le temps de transfert aux soins intensifs en quintiles : moins de 1,2 heure jusqu'à plus de 3,7 heures. Leurs résultats démontrent une mortalité augmentée pour les patients qui séjournent plus de 2,4 heures à l'urgence. L'effet négatif de ce délai est encore plus important pour les patients dont le score APACHE IV est plus élevé (4).

Cardoso et ses collègues ont analysé les répercussions du manque de lits de soins intensifs dans leur centre. En évaluant 401 dossiers, ils concluent que chaque heure de délai d'admission augmente le risque de mortalité de 1,5 % (5).

L'article de revue de Mohr (6) décrit les travaux d'un groupe tactique mandaté par la Society of Critical Care Medicine et l'American College of Emergency Physicians pour évaluer la fréquence de l'hébergement des patients critiques à l'urgence et l'incidence de cette pratique sur l'évolution des patients, ainsi que pour proposer des solutions. Cette revue systématique de la littérature met en évidence l'hétérogénéité des définitions de l'hébergement. La durée de l'hébergement peut être calculée sur les heures totales du séjour à l'urgence ou les heures d'attente entre la décision d'admission et le transfert en soins intensifs. Cependant, il est évident que lorsqu'un patient doit être admis en soins intensifs, tout délai peut avoir une incidence sur la dysfonction d'organes, la durée de la ventilation mécanique, la durée de séjour en soins intensifs et la survie. La prolongation du séjour à l'urgence retarde l'administration des médicaments et l'implantation des protocoles propres aux soins intensifs qui sont reconnus pour avoir un effet sur la qualité des soins.

Plusieurs études confirment que les délais de transfert de patients critiques des étages à l'unité de soins intensifs sont également associés à une augmentation du risque d'arrêt cardiorespiratoire, à une augmentation de la durée de séjour et à une augmentation de la mortalité (7,8,9,10).

Harris et ses collègues (11) associés à l'ICNARC (Intensive Care National Audit and Research Centre) ont fait une étude prospective de cohorte de patients qui se détériorent sur les étages. L'intensiviste devait évaluer l'indication de soins intensifs. À partir de cette consultation, ils ont calculé le délai d'admission. Ils ont mis en parallèle la situation des lits disponibles, soit de 0 à plus de 2 lits, pour définir la pression sur le système de soins. Ils ont évalué 12 380 dossiers dans 48 hôpitaux. Comme attendu, les délais d'admission étaient augmentés lorsqu'il y avait moins de lits disponibles, et conséquemment on enregistrait une détérioration des paramètres physiologiques sur les étages. Une admission précoce, définie à moins de 4 heures, diminue la mortalité de 16,2 % pour les patients avec recommandation pour les soins intensifs. Dans une étude observationnelle de 10 unités de soins intensifs en France, Robert et ses collègues (12) ont également noté une augmentation de la mortalité pour un groupe de patients initialement refusés par manque de lits comparativement à un groupe admis avec les mêmes paramètres physiologiques. Le groupe de Bihari (13) a révisé 57 844 admissions dans 137 unités de soins intensifs en Australie et en Nouvelle-Zélande. Ils ont trouvé également que le risque de mortalité était augmenté dans le cas de délais associés au manque de lits.

Ces études évoquent le concept du « *golden hour* » en traumatologie. En effet, il existe une fenêtre d'opportunité durant laquelle l'admission rapide aux soins intensifs assure au patient un meilleur pronostic de survie (14). Le guide de pratique de la Society of Critical Care Medicine (SCCM) recommande que les admissions des patients en provenance de l'urgence et des étages se fassent de façon expéditive et propose un maximum de 6 heures (1). Le guide de pratique de 2021 pour la prise en charge du patient avec sepsis et choc septique recommande une admission en soins intensifs en moins de 6 heures (15). Le guide de pratique du Royaume-Uni dans l'édition de 2019 recommande que les admissions non planifiées se produisent en 4 heures de la décision d'admission (16).

Il est reconnu que, dans le processus d'évaluation, il faut accepter qu'un certain nombre de patients admis n'aient en rétrospective pas eu besoin d'interventions dans les soins intensifs. Cette situation de surestimation du risque est préférable à une sous-évaluation du risque qui peut augmenter la mortalité (1).

Congé des unités de soins intensifs

La décision du congé des soins intensifs suit la logique des critères d'admission : quand la condition critique du patient est résolue, l'intensiviste prescrit le congé de l'unité. Plusieurs études ont regardé l'effet de l'heure de la journée où le patient quitte effectivement l'unité. Utilisant la banque de données de ANZICS d'Australie et de Nouvelle-Zélande, Pilcher (17) a montré que les patients qui ont congé entre 18 h et 6 h ont un taux de réadmission augmenté à 6,3 % vs 5,1 % et que le taux de mortalité était augmenté à 8,0 % vs 5,3 % (OR 1,42). Une étude prospective observationnelle à partir de données canadiennes (18) a aussi démontré une augmentation de la mortalité pour les patients transférés après 18 h (12 % vs 5 %, $P < .0001$). Cette augmentation de mortalité pour les transferts hors des soins intensifs après 18 h a été confirmée par Gantner (19) (OR 1.34 [1.30-1.38]), par Singh (20) (OR ajusté 1.38 [95 % CI, 1.01-1.88]) et encore une fois par l'équipe de Laupland (21), cette fois-ci à l'aide d'une base de données de France (OR ajusté 1.54 [1.12-2.11]). Par contre, Santamaria et ses collègues (22) n'ont pas trouvé de relation entre le moment du congé et la mortalité. Ils ont analysé de façon prospective le congé de 20 211 patients de 40 unités de soins intensifs d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Après ajustements pour les marqueurs de sévérité au moment du congé et le niveau d'intervention prescrit, l'incidence du moment du congé n'était pas significative. Enfin, la détermination de la limitation des soins était un élément prédictif de la mortalité (OR 35,4). Finalement, une méta-analyse de 14 études incluant 953 312 patients a conclu que la mortalité était augmentée (OR 1.31) chez les patients transférés de nuit, peu importe l'ajustement pour leur niveau de sévérité (23).

Plusieurs explications peuvent être évoquées pour justifier l'effet défavorable des transferts de soir et de nuit. On présume que les transferts faits durant ces heures sont prématurés, et non planifiés de façon générale. Un patient pas tout à fait rétabli serait congédié des soins intensifs pour faire place à un patient plus critique. En plus des facteurs liés au patient lui-même, il faut reconnaître que les ressources hospitalières ne sont pas toujours prêtes à absorber la surcharge de travail imposée par l'admission d'un patient en provenance des soins intensifs sur le plan du ratio de personnel et de l'expertise clinique. De plus, on évoque le délai de la prise en charge médicale sur l'unité d'hospitalisation (24).

Quelques études ont regardé l'effet des délais de transfert hors des soins intensifs quand le congé est signé par l'intensiviste. Une étude prospective du groupe ANZICS portant sur 955 patients de 5 unités de soins intensifs pendant 3 mois a montré que 50 % des congés étaient retardés de plus de 6 heures du moment de la décision. L'explication la plus fréquente était le manque de lits sur les étages (25). Ces patients avaient ainsi une durée de séjour à l'hôpital prolongée de 1,7 jour, une augmentation des transferts de nuit et du

risque de delirium. Ces délais de transfert entraînent des conséquences financières, comme cela est démontré dans l'étude de Edenharter (26).

Une étude canadienne faite auprès de 28 904 patients traités dans les unités de soins intensifs de l'Alberta a évalué les délais de congé calculés à plus de 4 heures après la décision (27). Ils ont observé que 69,1 % des patients avaient leur séjour aux soins intensifs prolongés par des délais évitables et près de 10 % des patients avaient reçu leur congé à domicile directement de l'unité des soins intensifs. La moyenne du temps évitable était de 23,3 heures et la médiane, de 7,2 heures. Le délai était supérieur à 24 heures pour 1 patient sur 4. Sur une période de 6 mois, les coûts engendrés par ces délais étaient de plus de 34 millions de dollars, correspondant à 12,8 % de jours-présences et à 6,4 % du coût total des soins intensifs. Les auteurs ont estimé qu'une diminution de 50 % des délais évitables correspondrait à l'ajout de 4,6 lits de soins intensifs. Par contre, dans l'analyse multivariée, la durée prolongée de séjour aux soins intensifs était associée à une diminution de la mortalité hospitalière.

L'étude de Forster et ses collègues réalisée à partir d'une base de données d'Australie et de Nouvelle-Zélande sur plus d'un million de patients dans 190 unités de soins intensifs (28) va dans le même sens. Leur définition de délai était un congé entrant en vigueur à plus de 6 heures de la décision. Ils ont observé une diminution du risque ajusté de mortalité chez les patients avec un congé retardé de 24 à 48 heures et un minimum de risque après 48 à 72 heures. Cet effet était plus évident pour les patients qui avaient un risque de mortalité à l'admission de plus de 5 %. Il y avait également une diminution progressive des taux de réadmission avec ces délais au congé. Cette observation est confirmée par une autre analyse de données de l'ICNARC par Garland (29). Les délais au congé de plus de 4 heures étaient notés pour 64,2 % des 508 726 dossiers évalués. On observait un effet positif sur la mortalité des patients les plus malades qui bénéficiaient ainsi d'un délai de sortie des soins intensifs.

Conclusion de la revue de la littérature

Cette analyse de la littérature s'inscrit dans la stratégie de soins donnés au bon patient, au bon moment, au bon endroit (« *right care, in the right place, at the right time* »), dans un souci d'améliorer la sécurité des patients. L'amélioration du flux des patients vise la réduction des risques causés par les délais dans le début des traitements et des procédures propres aux soins intensifs. L'interaction entre toutes les unités de soins est essentielle pour réaliser collectivement une amélioration du flux des patients dans l'hôpital (30).

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été mandaté par le MSSS pour réviser les modèles d'organisation et les indicateurs de qualité pour la pratique en soins intensifs (31,32). Après revue de la littérature, l'INESSS a procédé à une consultation suivie de délibérations s'inspirant de la méthode Delphi pour proposer des indicateurs de performance. La démarche a permis de sélectionner 19 indicateurs de

structure, de processus et de résultats. Des fiches descriptives ont été élaborées en précisant les conduites attendues au regard de ces différents indicateurs. Les indicateurs retenus en lien avec le mandat actuel sur les admissions et congés concernent principalement des indicateurs de processus. Le délai d'admission aux soins intensifs se définit comme le temps écoulé entre la demande d'admission et l'admission réelle du patient à l'unité de soins intensifs. Cependant, le rapport de l'INESSS ne précise pas le délai optimal attendu. Nous devons donc le spécifier en tenant compte de la littérature et des guides de pratique en cours. L'indicateur des jours-présence évitables concerne les délais de sortie après la signature du congé des soins intensifs. Le délai proposé est de moins de 4 heures. Selon leur proposition, les sorties des soins intensifs ne devraient pas avoir lieu entre 22 h et 7 h. Deux autres indicateurs sont pertinents pour ce mandat, soit le taux d'occupation des lits et les réadmissions en moins de 48 heures. Le taux d'occupation recommandé est de 85 %. Cette variable reflète l'achalandage, la fluidité dans la trajectoire des patients et les besoins en lits de soins intensifs.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes s'appliquent à toutes les unités de soins intensifs du Québec pour la population pédiatrique comme pour la population adulte. Elles ne remplacent pas le jugement clinique et doivent être adaptées aux réalités locales des installations.

Les intensivistes reconnaissent qu'ils travaillent dans un environnement soumis à des contraintes de ressources et collaborent avec les autres équipes médicales pour assurer aux patients critiques la meilleure trajectoire de soins selon leurs besoins.

1. Chaque établissement précise les rôles et responsabilités de chaque unité de soins intensifs en se référant à la classification du MSSS (annexe 5). Les transferts entre installations d'un même établissement relèvent de la gestion interne. Ces transferts doivent être comptabilisés pour permettre l'évaluation des besoins en lits de soins intensifs et en personnel.
2. Il est recommandé que chaque établissement définisse des critères d'admission qui font consensus entre les intensivistes sur la base de leur expertise locale et de leurs ressources.
3. Préalablement à toute admission en soins intensifs, le niveau d'intervention médicale doit être discuté avec le patient et sa famille et documenté pour s'assurer d'offrir des soins en lien avec les volontés du patient.
4. La décision d'admission en soins intensifs relève de l'intensiviste de garde, qui base son jugement sur les éléments suivants :
 - a. Les besoins de thérapies disponibles exclusivement dans les unités de soins intensifs, par exemple :
 - i. Médication spécifique (vasopresseurs, antihypertenseurs intraveineux, antiarythmiques, thrombolytiques et autres);
 - ii. Ventilation non invasive et invasive;
 - iii. Thérapie de remplacement rénal en aigu;
 - iv. Oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO) et autres;
 - b. L'expertise clinique de son unité;
 - c. Les objectifs de traitement établis avec le patient et ses proches correspondant usuellement au niveau d'intervention thérapeutique A ou B, tel que défini dans le rapport de l'INESSS (33). À l'occasion, un patient peut être admis en soins intensifs pour un essai thérapeutique (« *trial of therapy* ») qui permet de mieux déterminer le pronostic;
 - d. Des critères cliniques objectifs : pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, altération de l'état de conscience et autres;
 - e. Le risque de décompensation imminente;
 - f. Le diagnostic;
 - g. Le pronostic et le potentiel de bénéfices d'un séjour aux soins intensifs;
 - h. La disponibilité des lits;

- i. Les demandes d'admission en provenance d'autres établissements nécessitant une expertise particulière.
5. La décision d'admission est la prérogative de l'intensiviste de garde. Il établit ensuite la priorité d'admission du patient. Cette priorité est déterminée par la condition clinique du patient, 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 le patient.

Nous recommandons la mise en place du système suivant basé sur les 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.

Le délai d'admission débute à partir du moment où la prise de décision d'admission aux soins intensifs est approuvée par l'intensiviste.

6. Afin de garantir la rapidité d'admission d'un patient instable (P0) en provenance de l'urgence ou des unités d'hospitalisation, chaque unité de soins intensifs doit établir un plan de gestion des lits et des ressources humaines permettant une prise en charge immédiate en tout temps (ex. : un lit disponible immédiatement).
7. La décision d'avoir ou non des unités réservées à une clientèle particulière relève de la mission d'établissement et de la gestion interne.
8. La planification des horaires des chirurgies électives à haut risque nécessitant des soins intensifs postopératoires doit se faire conjointement avec le bloc opératoire et les soins intensifs pour faciliter le flux optimal de patients. Un effort délibéré des établissements est requis pour minimiser la variabilité du débit d'admission découlant de chirurgies électives.
9. La décision du congé des soins intensifs relève de l'intensiviste traitant, qui base son jugement sur l'amélioration clinique du patient, la pertinence de la poursuite d'un séjour aux soins intensifs et la sécurité du congé pour le patient. Cette évaluation est en cohérence avec les critères d'admission mentionnés précédemment.
10. Quand le congé d'un patient 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.
11. Les transferts hors des soins intensifs doivent être évités entre 18 h et 6 h.
12. Tous les patients de l'unité de soins intensifs doivent être codifiés selon qu'ils peuvent ou non recevoir leur congé des soins intensifs. La planification des admissions électives et des congés doit se faire le matin en collaboration avec le personnel infirmier et les autres professionnels qui assureront le suivi à l'étage. Cette décision sera communiquée à la personne responsable de la gestion des lits, qui priorisera les congés des soins intensifs.
13. Un processus standardisé de congé des soins intensifs devrait être établi et inclure la 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 le patient.

14. Les examens (radiologie, échographie, etc.) ainsi que les consultations médicales avec d'autres professionnels pour les patients des soins intensifs doivent être priorités par les services respectifs.
15. Le transfert d'un patient du centre de niveau 3 vers le centre référent devrait être priorisé par celui-ci et se faire dans les 24 heures de la demande, et ce, avant 18 h.
16. Il serait souhaitable de mettre en place une harmonisation provinciale des pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI) dans l'objectif d'améliorer la fluidité.
17. Nous recommandons de colliger les données administratives pour évaluer la performance de nos unités selon les indicateurs suivants :
 - a. Délais d'admission selon les délais recommandés par l'intensiviste;
 - b. Délais entre la signature du congé médical et le transfert;
 - c. Nombre d'interventions chirurgicales annulées par manque de lits de SI;
 - d. Conformité avec le processus de transfert : appel au médecin traitant, note de transfert, bilan comparatif des médicaments;
 - e. Tournées quotidiennes administratives et classification des patients;
 - f. Nombre de réadmissions après 48 heures;
 - g. Congé à des heures défavorables;
 - h. Taux d'occupation des lits (sur les lits disponibles);
 - i. Nombre de transferts interétablissements par manque de capacité.

ENJEUX LIÉS À L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations sont basées sur la littérature probante et les meilleures pratiques reconnues par les sociétés savantes, et sont acceptées par les organismes nationaux de plusieurs pays. Leur implantation signifie un changement de paradigme dans la gestion des lits d'hospitalisation. Elle nécessite une reconnaissance de l'importance de la gestion des lits de soins intensifs pour garantir l'admission en temps opportun de ces patients avec des besoins d'intervention rapide. Évidemment, nous reconnaissons que les soins intensifs font partie d'un système éprouvé par la pénurie de ressources humaines et physiques. Ce constat ne doit pas freiner l'effort nécessaire pour améliorer la fluidité dans la trajectoire de soins du patient critique. Dans ce contexte, nous croyons que les recommandations suivantes doivent être instaurées de façon prioritaire :

- Toute décision en lien avec l'admission et le congé des soins intensifs est la prérogative de l'intensiviste de garde.
- L'intensiviste priorise les admissions selon l'échelle proposée des délais acceptables. L'intensiviste communique sa décision à l'équipe des soins intensifs, qui informe l'équipe de gestion des lits.
- Dans le but d'améliorer la fluidité hospitalière, l'équipe de gestion des lits de l'installation priorise l'attribution d'un lit à l'étage pour le patient qui a congé des soins intensifs afin de garantir l'admission d'un patient avec priorité P0. La

Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique

pratique d'attribution d'un lit seulement lorsqu'une admission est demandée engendre des délais pour le patient P0 qui ne sont pas acceptables.

- Les congés de l'unité des soins intensifs doivent être évités de 18 h à 6 h.
- Le transfert d'un patient d'un établissement de niveau 3A ou 3B vers le centre référent doit être priorisé dans les 24 heures de la demande et le transfert doit avoir lieu avant 18 h.

Nous recommandons que soit instauré un mécanisme pour l'implantation de ces mesures ainsi qu'une évaluation périodique des indicateurs proposés.

ANNEXE 1

Critères d'admission selon le modèle de priorisation

Priorité 1

Un patient 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 thérapie de remplacement rénal continue, une surveillance hémodynamique invasive avec utilisation de vasopresseur, ECMO ou autres situations critiques (hypoxémie sévère, choc).

Priorité 2

Patient tel que décrit en priorité 1, mais :

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

Priorité 3

Patient 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

Patient 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.

Priorité 5

Patient terminal ou moribond sans possibilité de récupération. Ces patients ne sont pas des candidats pour une admission aux soins intensifs, sauf pour les dons d'organes potentiels.

ANNEXE 2

Critères d'admission basés sur les diagnostics (liste non exhaustive)

Système cardiocirculatoire

- Syndrome coronarien aigu à haut risque : besoin d'un cathéter Swan Ganz, d'un ballon intra-aortique ou d'une intubation endotrachéale
- Choc cardiogénique
- Tempête arythmique
- Insuffisance cardiaque décompensée compliquée
- Hypertension maligne avec atteinte d'organes cibles
- Post-arrêt cardiorespiratoire nécessitant une hypothermie thérapeutique
- Anévrisme disséquant de l'aorte thoracique ou abdominale
- Tamponnade cardiaque
- Chirurgie cardiaque ou valvulaire
- Chirurgie aortique

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
- Chirurgie thoracique complexe ou chez patient avec comorbidités

Système neurologique

- AVC avec altération de l'état de conscience nécessitant une intubation endotrachéale
- AVC post-thrombolyse ou thrombectomie
- HSA de haut grade ou compliquée d'un vasospasme
- 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

- Lésion spinale avec atteinte neurologique évolutive
- Hypertension intracrânienne à risque d'herniation

Système digestif

- Hémorragie digestive avec instabilité hémodynamique ou à haut risque de saignement
- Insuffisance hépatique aiguë à risque de détérioration
- Pancréatite aiguë sévère compliquée
- Perforation de l'œsophage
- Ischémie mésentérique avec instabilité
- Syndrome de compartiment abdominal
- Chirurgie bariatrique complexe
- Chirurgie abdominale complexe

Système rénal

- Insuffisance rénale aiguë nécessitant une thérapie de remplacement rénal d'urgence de novo ou en continu
- Postopératoire de transplantation rénale

Système endocrinien et métabolique

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

Trauma

- Polytraumatisme majeur avec instabilité
- Traumatisme craniocérébral sévère (TCC)
- Trauma médullaire
- Brûlures graves

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

- Post-craniotomie ou autres procédures neurochirurgicales à risque de complication
- Chirurgie spinale extensive
- Polytraumatisme
- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie ORL oncologique extensive
- Chirurgie maxillo-faciale extensive
- Chirurgie bariatrique
- Chirurgie hépatobiliaire complexe (ex. : hépatectomie, Whipple)
- Patients en postop immédiat nécessitant une surveillance intensive
- Endartériectomie carotidienne
- Thoracotomie
- Chirurgie vasculaire aortique
- Chirurgie abdominale extensive
- Chirurgie urologique complexe

Surveillance ou appareil nécessitant des soins intensifs

- Cathéter de l'artère pulmonaire (Swan Ganz)
- Ballon intra-aortique
- Drain médiastinal chirurgical
- Cardiostimulateur temporaire (aux soins intensifs ou aux soins coronariens)
- Drain ventriculaire externe aux soins intensifs
- Surveillance des pressions intravésicales
- Surveillance de pression intracrânienne ou de l'oxymétrie cérébrale (PtB02)
- Surveillance par électroencéphalogramme continu
- Thérapie de remplacement rénal continue ou dialyse conventionnelle aiguë urgente
- Perfusion d'agents vasopresseurs
- Surveillance par canule artérielle
- Intubation oro ou nasotrachéale
- ECMO

ANNEXE 3

Critères d'admission basés sur des paramètres objectifs

Voici une liste non exhaustive des paramètres fréquemment considérés. Il s'agit d'une liste arbitraire et non décisionnelle, puisqu'aucune donnée dans la littérature n'a démontré d'amélioration des issues cliniques basée sur ceux-ci.

Signes vitaux

- Fréquence cardiaque <40 ou >150 battements/minute
- Tension artérielle systolique <80 mmHg ou <20 mmHg en dessous de la base
- Tension artérielle moyenne <60 mmHg
- Tension artérielle diastolique >120 mmHg
- RR >35 respirations/minute

Laboratoire

- Na sérique <110 mEq/L ou >160 mEq/L
- K sérique <2 mEq/L ou >7 mEq/L
- pH <7,1 ou >7,7
- Glucose sérique >44 mmol/L
- Ca sérique >3,75 mmol/L
- Niveau toxique d'un médicament ou d'une substance chimique avec instabilité

ANNEXE 4

CLASSIFICATION CLINIQUE DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

	Variables	Niveau 3B	Niveau 3A	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1
CARACTÉRISTIQUES DE L'HÔPITAL	Mission médicale	Installation à vocation suprarégionale CHU et Institut	Installation à vocation régionale CHA	Installation principale du CISSS/CIUSSS	Installation locale à vocation communautaire	Installation de proximité
	Nombre de lits	>450	>450	>300	150 à 300	50 à 150
	Population desservie	>500 000	>500 000	>200 000	50 000 à 200 000	20 000 à 50 000
ORGANISATION	Mode de fonctionnement	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité	Unité fermée avec prise en charge des patients et de l'unité (selon annexe 29)	Unité fermée ou ouverte >6 lits	Unité ouverte ≤6 lits
	Médecins * transition requise selon les effectifs disponibles	- Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ - Pratique mixte ou exclusive en association avec l'enseignement et la recherche	- Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ - Pratique mixte ou exclusive en association avec l'enseignement et +/- recherche	- Médecin spécialiste - Certificat de spécialistes en soins intensifs du CMQ serait un atout - Pratique mixte +/- enseignement	Médecin spécialiste et/ou généraliste avec une expérience en soins intensifs	Médecin traitant
PERSONNEL	Infirmières	Spécialisées surtout et généralistes	Spécialisées surtout et généralistes	Spécialisées et généralistes	Généralistes	Généralistes
	Pharmacien	- Avec formation ou expérience pertinente - Impliqué dans le développement de l'unité - Évaluation quotidienne des patients	- Avec formation ou expérience pertinente - Impliqué dans le développement de l'unité - Évaluation quotidienne des patients	- Avec formation ou expérience pertinente - Impliqué dans le développement de l'unité - Évaluation des besoins	À temps partagé	Disponible pour des consultations au besoin
	Physiothérapeute Nutritionniste Travailleur social	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins	Implication dans l'équipe interdisciplinaire selon les besoins
	Inhalothérapeute	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et spécialisée selon les expertises cliniques de l'établissement	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et spécialisée selon les expertises cliniques de l'établissement	Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et spécialisée selon les expertises cliniques de l'établissement	À temps partagé Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle et spécialisée selon les expertises cliniques de l'établissement	À temps partagé Avec formation ou expérience pertinente en ventilation mécanique conventionnelle

Recommandations sur l'optimisation de l'accès aux soins pour les patients en condition critique

Tableau de classification des unités de soins intensifs au Québec (suite)

	Variables	Niveau 3B	Niveau 3A	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1
PROTOCOLES ET PROCÉDURES		Mise à jour régulière des protocoles et procédures selon les données probantes	Mise à jour régulière des protocoles et procédures selon les données probantes	Mise à jour régulière des protocoles et procédures selon les données probantes	Mise à jour régulière	Mise à jour régulière
RESSOURCES HOSPITALIÈRES EN SPÉCIALITÉS	Radiologie générale	Tous les services (IRM, TACO, écho) disponibles 24/24, 7 jours/7	Tous les services (IRM, TACO, écho) disponibles 24/24, 7 jours/7	Tous les services (IRM, TACO, écho) disponibles 24/24, 7 jours/7	Offre de service complète	Offre de service partielle
	Radiologie d'intervention	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible ou non	Non disponible
	Soutien médical	- Consultation possible en intrahospitalier pour toutes les spécialités médicales - Disponibilité des techniques médicales en intrahospitalier	- Consultation possible en intrahospitalier pour toutes les spécialités médicales - Disponibilité des techniques médicales en intrahospitalier	- Consultation possible en intrahospitalier dans presque toutes les spécialités médicales - Disponibilité de certaines techniques médicales en intrahospitalier	Offre de service dans les spécialités de base	Spécialités de base accessibles
	Soutien chirurgical	- Consultation possible dans la plupart des spécialités chirurgicales - Les consultations en neurochirurgie, chirurgie cardiaque, traumatologie et grands brûlés font partie de l'offre de service des unités de niveau 3B, mais ne sont pas essentielles à leur définition	- Consultation possible dans la plupart des spécialités chirurgicales - Les consultations en neurochirurgie, chirurgie cardiaque et traumatologie font partie de l'offre de service des unités de niveau 3A, mais ne sont pas essentielles à leur définition	Présence de certains services de chirurgies spécialisées	Spécialités de base présentes	Offre de service partielle – spécialités de base
	Thérapie de remplacement rénal aigu	Disponible	Disponible	Disponible ou non	Disponible ou non	Non disponible
	Techniques de ventilation	Ventilation mécanique conventionnelle et thérapies de secours	Ventilation mécanique conventionnelle et thérapies de secours	Ventilation mécanique conventionnelle	Ventilation mécanique conventionnelle	Ventilation mécanique – courte durée
TRANSFERT INTERHOSPITALIER		Vers des services ultraspécialisés uniquement (chirurgie cardiaque, traumatologie, neurochirurgie, grands brûlés)	Vers des services ultraspécialisés uniquement (chirurgie cardiaque, grands brûlés, traumatologie, neurochirurgie)	Vers des services spécialisés et ultraspécialisés des unités 3A et 3B	Corridors prédéfinis selon l'offre de service	Corridors prédéfinis selon l'offre de service

RÉFÉRENCES

1. Nates, J.L., et autres. « ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research », *Critical Care Medicine*, vol. 44, 2016, p. 1553-1602.
2. Chalfin, D.B., S. Trzeciak, A. Likourezos, et autres. « DELAY-ED Study Group: Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit », *Critical Care Medicine*, vol. 35, 2007, p. 1477-1483.
3. Al-Qahtani, S., A. Alsultan, S. Haddad, et autres. « The Association of Duration of Boarding in the Emergency Room and the Outcome of Patients Admitted to the Intensive cCare Unit », *BMC Emergency Medicine*, vol. 17, 2017, p. 34-39.
4. Groenland, C.N.L., F. Termorshuizen, W.J.R. Rietdijk, et autres. « Emergency Department to ICU Time Is Associated With Hospital Mortality: A Registry Analysis of 14,788 Patients From Six University Hospitals in The Netherlands », *Critical Care Medicine*, vol. 47, 2019, p. 1564-1571.
5. Cardoso, L.T.Q., C.M.C. Grion, T. Matsuo, et autres. « Impact of Delayed Admission to Intensive Care Units on Mortality of Critically Ill Patients: A Cohort Study », *Critical Care*, vol. 15, 2011, R28.
6. Mohr, N.M., B.T. Wessman, B. Bassin, et autres. « Boarding of Critically Ill Patients in the Emergency Department », *Critical Care Medicine*, vol. 48, 2020, p. 1180-1187.
7. Town, J.A., M.M. Churpek, T.C. Yuen, et autres. « Relationship Between ICU Bed Availability, ICU Readmission, and Cardiac Arrest on The General Ward », *Critical Care Medicine*, vol. 42, 2014, p. 2037-2041.
8. Huber, M., J. Town, T. Yuen, et autres. « The relationship between ICU bed availability and cardiac arrest on the general wards », dans Society of Hospital Medicine (dir.), *2012 Annual Meeting of the Society of Hospital Medicine*, vol. 7., San Diego, CA, Society of Hospital Medicine, 2012, p. S3-S4.
9. Jayaraman, D., M. University, L. Mardini, et autres. « Delay in ICU admission from hospital wards increases mortality », dans Society of Critical Care Medicine (dir.), *39th Critical Care Congress of the Society of Critical Care Medicine*, vol. 37, Miami Beach, FL, Society of Critical Care Medicine, 2009, p. A316.
10. Young, M.P., V.J. Gooder, K. McBride, et autres. « Inpatient transfers to the intensive care unit: Delays are associated with increased mortality and morbidity », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, 2003, p. 77-83.
11. Harris, S., M. Singer, et autres. « Impact on Mortality of Prompt Admission to Critical Care for Deteriorating Ward Patients: An Instrumental Variable Analysis Using Critical Care Bed Strain », *Intensive Care Medicine*, vol. 44, 2018, p. 606-615.

12. Robert, R., J. Reignier, C. Tournoux-Facon, et autres. « Refusal of Intensive Care Unit Admission Due to a Full Unit: Impact on Mortality », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 185, 2012, p. 1081-1087.
13. Bihari, S., P. McElduff, J. Pearse, et autres. « Intensive Care Unit Strain and Mortality Risk in Patients Admitted from the Ward in Australia and New Zealand », *Journal of Critical Care*, vol. 68, 2021, p. 136-140.
14. Gregory, C., et J.P. Marcin. « Golden Hours Wasted: The Human Cost of Intensive Care Unit and Emergency Department Inefficiency », *Critical Care Medicine*, vol. 35, 2007, p. 1614-1615.
15. Evans, L., A. Rhodes, W. Alhazzani, et autres. « Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021 », *Critical Care Medicine*, vol. 49, 2021, p. e1063-1143.
16. Intensive Care Society UK. *Guidelines for the Provision of Intensive Care Services*, 2019.
17. Pilcher, D.V., G.J. Duke, C. George, et autres. « After-hours discharge from intensive care increases the risk of readmission and death », *Anaesth Intensive Care*, vol. 35, p. 477-485.
18. Laupland, K.B., R. Shapori, A.W. Kirkpatrick, et autres. « Hospital Mortality Among Adults Admitted to and Discharged from Intensive Care on Weekends and Evenings », *Journal of Critical Care*, vol. 23, 2008, p. 317-324.
19. Gantner, D., K.J. Farley, M. Bailey, et autres. « Mortality Related to After-Hours Discharge from Intensive Care in Australia and New Zealand, 2005-2012 », *Intensive Care Medicine*, vol. 40, 2014, p. 1528-1535.
20. Singh, M.Y., V. Nayyar, P.T. Clark, et autres. « Does After-Hours Discharge of ICU Patients Influence Outcome? », *Critical Care & Resuscitation*, vol. 12, 2010, p. 156-161.
21. Laupland, K.B., B. Misset, et B. Souwein. « Mortality associated with timing of admission to and discharge from ICU: A retrospective cohort study », *BMC Health Services Research*, vol. 11, 2011, p. 321-328.
22. Santamaria, J.D., G.J. Duke, D.V. Pilcher, et autres. « The Timing of Discharge from the Intensive Care Unit and Subsequent Mortality: A Prospective Multicenter Study », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 191, 2015, p. 1033-1039.
23. Yang, S., Z. Wang, Z. Liu, et autres. « Association Between Time of Discharge from ICU and Hospital Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Critical Care*, vol. 20, 2016, p. 390-405.

24. Vollam, S., O. Gustafson, L. Morgan, et autres. « Patient Harm and Institutional Avoidability of Out-of Hours Discharge From Intensive Care: An Analysis Using Mixed Methods », *Critical Care Medicine*, mars 2022, en ligne.
25. Tiruvoipati, R., J. Botha, J. Fletcher, et autres. « Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: A multicentre prospective observational study », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 7, 2017, p. e0181827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181827>
26. Edenharter, G., D. Gartner, M. Heim, et autres. « Delay of Transfer from the Intensive Care Unit: A Prospective Observational Analysis on Economic Effects of Delayed In-House Transfer », *European Journal of Medical Research*, vol. 24, 2019, p. 30-34.
27. Bagshaw, S.M., D.T. Tran, D. Opgenorth, et autres. « Assessment of Costs of Avoidable delays in Intensive Care Unit Discharge », *JAMA Network Open*, vol. 3, n° 8, 2020, p. e2013913. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13913
28. Forster, G.M., S. Bihari, R. Tiruvoipati, et autres. « The Association Between Discharge Delay from Intensive Care and Patient Outcomes », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 202, 2020, p. 1399-1406.
29. Garland, S. « Critical Care Delayed Discharge: Good or Bad? », *JICS*, vol. 18, 2017, p. 146-148.
30. Institute for Health Care Improvement White Papers. *Achieving Hospital-wide Patient Flow*, 2^e édition.
31. INESSS. *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*, août 2018.
32. INESSS. *Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec*, août 2018.
33. INESSS. *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins*, juin 2015 (en révision).

