


OBJET : POLITIQUE SUR LA GESTION DE L'ACHALANDAGE DES URGENCES	POLITIQUE N° 32 320
DESTINATAIRES : Toutes les unités administratives	Émise le : 15 décembre 2003 Révisée le : 22 avril 2008
ÉMISE PAR : Direction générale	
APPROUVÉE PAR :  Directeur général	Date : 17 juin 2008

BUT

Le but de cette politique est d'assurer des soins sécuritaires et de qualité à la clientèle qui séjourne à l'urgence en se basant sur les recommandations du *Guide de gestion de l'urgence* (document du MSSS – septembre 2006).

1. PERSONNES VISÉES

Les usagers, le personnel de soins, les médecins, les professionnels, les cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs, les chefs de départements, les gestionnaires, et tout intervenant travaillant directement ou indirectement auprès des usagers du CHUM.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le CHUM considère que la prestation sécuritaire des soins et des services est fondamentale.

Le CHUM a l'obligation de prendre les moyens nécessaires pour faire en sorte que ses unités d'urgence ne soient pas encombrées.

Tous les intervenants du CHUM et les partenaires du réseau concernés doivent reconnaître leur responsabilité et intervenir afin d'assurer un continuum de soins optimal.

Les unités d'urgence font partie intégrante de l'organisation hospitalière.

OBJET : POLITIQUE SUR LA GESTION DE L'ACHALANDAGE DES URGENCES

POLITIQUE N° 32 320

3. DÉFINITIONS

3.1 Code 100

Les interventions décrites ici sont celles qui sont quotidiennes et accomplies rigoureusement pour éviter de passer au code 200. Tous les intervenants sont interpellés dans le maintien d'une unité d'urgence fonctionnelle et sécuritaire visant à offrir des soins de qualité.

3.2 Code 200

Les interventions de ce code réfèrent principalement à la révision de la présence des patients à l'urgence.

3.3 Code 300

Les interventions inscrites à ce code sont celles qui permettent d'éviter une diminution possible de l'accès à notre centre hospitalier. La contribution rapide de tous est essentielle.

L'Agence, informée par les tableaux de bord, doit s'assurer que les démarches dont elle est responsable en aval et en amont de l'hospitalisation soient accentuées afin de diminuer l'occupation des lits de courte durée par des patients n'étant plus en soins actifs.

3.4 Code 400

Ce code entraîne des mesures extraordinaires qui modifient de façon significative le fonctionnement habituel du centre hospitalier. Il est essentiel que la Direction générale, les directions cliniques, les directeurs de site ainsi que le président du CMDP soient avisés de l'application des actions identifiées à ce code.

Lors de son application, les syndicats doivent en être avisés.

L'équipe de gestion de crise (réf. point 6) se concerte avant d'entreprendre les actions reliées à ce code d'achalandage. La Direction des services professionnels sera donc responsable de confirmer la mise en force du plan d'intervention de niveau 400 en avisant l'accueil pour relancer une procédure d'appel qui confirmera la mise en force du plan d'intervention du code 400.

OBJET : POLITIQUE SUR LA GESTION DE L'ACHALANDAGE DES URGENCES

POLITIQUE N° 32 320

4. OBJECTIFS

- Éliminer les séjours de plus de 48 heures;
- Améliorer la rapidité dans la prise de décision pour les patients dont les séjours sont inférieurs à 48 heures;
- Maintenir un nombre de patients sur civières qui permette de dispenser des soins dans un environnement sûr et avec un fonctionnement sécuritaire pour tous;
- Hospitaliser dans les plus brefs délais les patients en fin de vie;
- Appliquer rigoureusement la procédure d'intervention hiérarchisée nommée *Plan d'intervention* (annexe 2).

5. ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

5.1 Respect des *Règlements généraux relatifs à l'hospitalisation*.

5.2 Les unités d'urgence du CHUM font partie intégrante de l'organisation.

5.3 Les unités d'urgence ont une vocation d'évaluation, de prise de décision et d'orientation rapide.

Les unités d'urgence sont des lieux de transition de soins sécuritaires tant pour les patients que pour les intervenants. « Les unités d'urgence offrent, dans un délai approprié, des services comprenant le triage, l'accueil, l'évaluation, la stabilisation, les examens et le traitement, répondent à une condition médicale urgente et prennent une décision éclairée quant à l'orientation du patient. Les trois unités d'urgence du CHUM sont de niveau tertiaire et offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens. » (*Guide de gestion de l'urgence*, document du MSSS – septembre 2006, p. 25).

6. RESPONSABILITÉS

- Lors de modifications ou de mises à jour, la Direction générale assure la communication de la politique et de la procédure à tous les intervenants;

OBJET : POLITIQUE SUR LA GESTION DE L'ACHALANDAGE DES URGENCES

POLITIQUE N° 32 320

- La DGIQP s'assure de publier tous les jours les seuils d'achalandage atteints dans chacune des trois urgences du CHUM sur la base des informations reçues des systèmes des urgences. La qualité des informations est sous la responsabilité des directions cliniques. La DGIQP offre un soutien pour la validation de l'information. En produisant les indicateurs de gestion de l'urgence, elle joue ainsi un rôle de surveillance sur la qualité de l'information. Lorsqu'elle détecte des anomalies, elle en informe la ou les directions concernées et collabore à l'application des correctifs nécessaires;
- Le directeur des services professionnels s'assure des liens avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Les directions cliniques (DRC, DSH, DSP, DSI) s'assurent de la mise en vigueur et du respect de la politique dans leur zone de responsabilité respective. En cas de difficulté, elles interviendront directement;
- Les chefs des départements, leurs adjoints et les cogestionnaires médicaux s'assurent du respect de la politique par les différents intervenants de leurs regroupements. En cas de difficulté, ils interviendront directement;
- Lors d'un achalandage important (code 400) dès 8 h et après avoir évalué que la capacité réelle d'accès aux lits de la journée sera insuffisante, l'équipe de gestion de crise est rassemblée pour participer à la coordination du plan d'intervention vers 13 h. L'équipe de gestion de crise se compose du directeur général adjoint, des quatre directeurs cliniques (DRC, DSH, DSP, DSI), du directeur de site, du coordonnateur clinico-administratif, des cogestionnaires médical et clinico-administratif de l'urgence, des chefs de département de médecine et de chirurgie, du président du CMDP, d'un représentant de l'Agence de Montréal et d'un représentant du CSSS Jeanne-Mance.

7. PROCÉDURES

Il s'agit ici d'identifier le code d'achalandage de chaque urgence du CHUM. Ce code d'achalandage est déterminé par deux indicateurs pour lesquels des seuils critiques ont été identifiés à l'interne. Ce calcul est fait électroniquement trois fois par jour.

- Les deux indicateurs concernés par des seuils critiques sont (annexe 1) le nombre de 48 heures et le nombre de patients sur civière.
- Le calcul du code d'achalandage est le suivant : Nombre de points en A (nombre de 48 heures) + Nombre de points en B (nombre de patients sur civière) = Code d'achalandage.
- Le code d'achalandage identifié pour chaque urgence est relié au plan d'intervention hiérarchisé (annexe 2). Les interventions et les responsables de ces actions y sont inscrits.
- Le code d'achalandage est diffusé, via le tableau de bord instantané de l'urgence, aux usagers concernés de Lotus Notes, par courriel, tous les jours à 8 h, 14 h et 21 h.
- Toutes les unités de soins et tous les services des directions cliniques doivent afficher chaque matin le seuil d'achalandage des urgences.

OBJET : POLITIQUE SUR LA GESTION DE L'ACHALANDAGE DES URGENCES

POLITIQUE N° 32 320

APPLICATION

La présente politique entre en vigueur le jour de son approbation par le conseil d'administration, soit le 15 décembre 2003. Sa révision entre en vigueur le jour de son approbation par le conseil d'administration, soit le 22 avril 2008

Cette politique sera révisée tous les deux ans.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Direction des services professionnels
/jl (2008-04-22)

SEUILS CRITIQUES

A	Nombre de 48 heures				
	HD HND * HSL	0 0 0 0 point**	1 – 5 1 – 7 1 – 6 1 point	6 – 8 8 – 17 7 – 9 2 points	≥ 9 ≥ 18 ≥ 10 3 points
B	Nombre de patients sur civière				
	HD (34) HND * (43) HSL (28 + 10) Civières au permis	0 – 34 0 – 43 0 – 38 0 point	35 - 41 44 - 52 39 - 46 1 point	42 – 48 53 - 61 47 - 53 2 points	≥ 49 ≥ 62 ≥ 54 3 points

Le **CODE D'ACHALANDAGE** se calcule de la façon suivante :

$$\text{Nombre de points en A} + \text{Nombre de points en B} = \text{Code d'achalandage}$$

0 point	=	Code 100
1 – 3 points	=	Code 200
4 – 5 points	=	Code 300
6 points	=	Code 400

* Excluant urgence psychiatrique

** Lorsque seuls les points correspondant au « Nombre de 48 heures » contribuent au code d'achalandage, des décisions médicales et organisationnelles concrètes doivent être prises pour admettre ou signer le congé de ces patients.

PLAN D'INTERVENTION - CODE 100

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
1. Maintien des réunions quotidiennes de gestion des lits sur chaque site.	Coordonnateur clinico-administratif Coordonnateur des admissions et séjours
2. Maintien des admissions électives, respect du zonage	Chef du service d'accueil
3. Planification du congé dès l'admission	Médecin traitant Infirmière chef d'unité Équipe interdisciplinaire
4. Préparation du départ la veille du congé médical	Médecin traitant
5. Lors du congé, viser le départ des patients avant 11 h dans les unités de soins	Médecin traitant Infirmière chef d'unité
6. Transmission de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) à l'Agence dans les <u>10 jours</u> ouvrables après l'acceptation en longue durée	Médecin traitant Travailleuse sociale Infirmière responsable de l'outil d'évaluation multiclientèle
7. Confirmation par l'Agence, dans un délai maximal de 7 jours, de l'orientation du patient dont l'OEMC est complété.	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
8. Toutes alternatives à l'urgence à préconiser : a. Utilisation de l'ambulatoire afin de réduire la DMS si possible b. Utilisation des cliniques externes ou d'un service à réponse rapide (GMF, CMA) pour tous les patients pour qui ces lieux de soins sont appropriés c. Utilisation des mesures de désengorgement proposées par l'Agence	Infirmière-chef de l'urgence Médecin de l'urgence Infirmières chefs d'unité Médecins traitants Infirmières de liaison Travailleurs sociaux Infirmière au suivi systématique des clientèles et durée de séjour Infirmières de l'urgence
9. Transfert des patients vers leur centre d'origine dans un délai de 24 heures à partir du moment où leurs soins ne requièrent plus l'infrastructure du CHUM	Chef du Service d'accueil Directeur des services professionnels Infirmière chef d'unité Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
10. Réponse et prise en charge des consultations médicales et professionnelles dans un délai de 4 heures à l'urgence entre 7 h et 19 h	Médecin consultant Médecin de garde Médecin coordonnateur Chef de service des professionnels
11. Application rigoureuse des « Règlements généraux relatifs à l'hospitalisation » en tout temps	Tous les médecins du CHUM
12. Priorisation des activités du médecin consultant à l'urgence	Adjoints des chefs de département Chefs des services médicaux Cogestionnaires médicaux des regroupements concernés

PLAN D'INTERVENTION - CODE 100

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
13. Tout examen demandé (la radiologie, les investigations digestives et pulmonaires, etc.), qui entraînera un congé (urgence ou étage) doit être effectué le jour même	Coordonnateur des urgences Chef de la médecine nucléaire Chef de la radiologie Coordonnateur clinico-administratif Chef des services diagnostiques concerné
14. Communication quotidienne à tous les intervenants de l'achalandage des urgences	DGIQP Directions cliniques
15. Observation par urgentologue pour une prise de décision ne doit pas dépasser une moyenne de 8 heures	Coordonnateurs locaux Chef du département de médecine d'urgence Cogestionnaire médical
16. Pour tout patient non urgent qui se présente à l'urgence « attendu par » le médecin traitant et le chef de service médical doivent être avisés.	Médecin traitant Chef du service médical ou de département Cogestionnaire médical
17. Transfert des patients à l'unité de soins dans un délai maximal de 90 minutes après l'attribution d'un lit. L'attribution du lit est confirmée au moment du départ du patient	Infirmières chefs d'unités Assistantes infirmières-chefs Chef de section – hygiène et salubrité
18. Tournée médicale par les urgentologues de tous les patients sur civière qui n'ont pas de demande d'hospitalisation une fois par quart de travail	Coordonnateur local de l'urgence
19. Révision de la pertinence des lits non occupés	Coordonnateur clinico-administratif Chef du Service d'accueil Médecins concernés Coordonnateur des admissions et des séjours
20. Révision quotidienne de la liste des patients prêts pour la réadaptation / subaigus	Direction des regroupements clientèles
21. Revue hebdomadaire de la santé opérationnelle	Direction générale Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance Direction des services professionnels Direction des regroupements clientèles Direction des communications

PLAN D'INTERVENTION - CODE 200

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
1. S'assurer que toutes les actions du code 100 ont été réalisées	Cogestionnaires Adjoints des chefs de département Chefs des services cliniques et de soutien
2. Réviser et s'il y a lieu réévaluer la présence des patients sans demande d'admission séjournant à l'urgence depuis plus de 24 heures	Coordonnateur local de l'urgence Coordonnateur des admissions et séjours

PLAN D'INTERVENTION - CODE 300

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
1. S'assurer que toutes les actions des codes 100 et 200 ont été réalisées	Chefs de département Directeurs des services cliniques et de soutien
2. Réalisation de toutes les consultations médicales et professionnelles à l'urgence dans un délai de 2 heures pour tous les professionnels entre 7 h et 19 h	Directeur des services professionnels Médecins de garde Chef de service médical Coordonnateur médical local de l'urgence Chefs de service des professionnels
3. Aviser les intervenants concernés du code 300 (réf. annexe 3)	Accueil
4. Présence des adjoints aux chefs de département concernés et des cogestionnaires clinico-administratifs à la rencontre de gestion des lits	Directeur des regroupements clientèles Chefs de département
5. Transfert accepté uniquement pour une mission tertiaire exclusive et pour une clientèle connue du site avec situation clinique complexe	Directeur des services professionnels
6. Éclatement du « zonage » intradépartemental	Directeur des services professionnels Coordonnateur des admissions et séjours
7. Agence s'assure que les structures mises en place pour les patients en attente de réadaptation et de convalescence active jouent leur rôle de façon optimale.	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
8. Si nécessaire, mise en place d'interventions significatives pour la sortie, inférieure à 24 heures, des patients en attente d'hébergement et de réadaptation	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal CSSS
9. Réévaluation des admissions électives en médecine	Directeur des services professionnels Coordonnateur des admissions et séjours Coordonnateur clinico-administratif
10. Imposer un retour au Centre hospitalier qui a adressé le ou les patients le jour même	Directeur des services professionnels
11. Visite de tous les patients couchés à l'urgence en attente d'une hospitalisation	Coordonnateur de l'urgence Coordonnateur des admissions et séjours

PLAN D'INTERVENTION - CODE 400

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
1. S'assurer que toutes les actions des codes 100, 200 et 300 ont été réalisées	Chefs de département Directeurs des services cliniques et de soutien
2. Révision de la pertinence de toutes les demandes de consultation à l'urgence	Coordonnateur local médical de l'urgence Coordonnateur des admissions et séjours
3. Priorisation immédiate de toutes les consultations médicales et professionnelles requises	Directeur des services professionnels Médecins de garde Coordonnateur local médical de l'urgence Coordonnateur des admissions et séjours Chefs de service des professionnels
4. Aucun transfert intraCHUM pour les patients dont le type de pathologie est présent dans chaque hôpital	Coordonnateur local médical de l'urgence ou Cogestionnaire médical de l'urgence
5. Aucun transfert accepté relié aux appartenances extraCHUM, sauf si surspécialité (ex. : greffes)	Cogestionnaire médical de l'urgence Directeur des services professionnels
6. Détournement des ambulances à l'intérieur du CHUM selon la capacité de chaque unité d'urgence selon les modalités établies. Exceptionnellement, les ambulances peuvent être détournées en dehors du CHUM. Seul le directeur des services professionnels peut faire des demandes dans ces situations.	IntraCHUM : Coordonnateur local médical de l'urgence ExtraCHUM : Directeur des services professionnels
7. Présence du coordonnateur d'urgence sur place pour faciliter la coordination de ce plan à l'urgence	Cogestionnaire médical de l'urgence
8. Réévaluation de toutes les admissions électives	Directeur des services professionnels Coordonnateur des admissions et séjours Coordonnateur clinico-administratif
9. Éclatement du zonage interdépartemental	Directeur des services professionnels Coordonnateur des admissions et séjours
10. Arrêt des comités CHUM et de toutes les réunions administratives pour les personnes concernées, sauf la réunion pour la gestion des lits	Tous les directeurs Tous les chefs de département
11. Retour à l'unité et implication prioritaire de tous les professionnels de la santé dans les unités concernées dans le but d'activer les congés	Tous les directeurs Tous les chefs de département
12. Avis de la situation à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Directeur général adjoint ou Directeur des services professionnels

PLAN D'INTERVENTION - CODE 400

ACTIONS À ENTREPRENDRE	IMPUTABILITÉ (TITRE D'EMPLOI)
13. Réévaluation de la situation toutes les 4 heures et convocation de l'équipe de gestion de crise ¹ , si cela est requis (vers 13 h)	Directeur général adjoint ou Directeur des services professionnels
14. Admission des surnuméraires suite à une évaluation clinique et en tenant compte des lieux physiques alloués. Les surnuméraires seront admis prioritairement sur les étages des spécialités concernées dans les lieux physiques identifiés à cette fin (annexes 4, 5 et 6). Ceux-ci deviennent prioritaires pour l'octroi d'un lit à l'étage dès que la situation le permet dans les 24 heures	Coordonnateur clinico-administratif Accueil Coordonnateur médical des admissions et séjours
15. Rencontre de l'équipe de gestion de crise	Directeur général adjoint ou Directeur des services professionnels
16. Annoncer le code 400 à l'appel général de l'hôpital concerné	Accueil

¹ L'équipe de gestion de crise se compose du directeur général adjoint, des quatre directeurs cliniques (DRC, DSH, DSP, DSI), du directeur de site, du coordonnateur clinico-administratif, des cogestionnaires médical et clinico-administratif de l'urgence, des chefs de département de médecine et de chirurgie, du président du CMDP, d'un représentant de l'Agence de Montréal et d'un représentant du CSSS Jeanne-Mance.

PROCÉDURE D'APPEL Pour les codes 300 – 400 dans les urgences du CHUM

INTRODUCTION

Des codes numériques ont été choisis pour que ceux-ci s'affichent sur les téléavertisseurs. L'ordre croissant témoigne de la congestion de plus en plus grande :

- Code 100
- Code 200
- Code 300
- Code 400

Pour repérer l'hôpital dans lequel le service d'urgence est congestionné, l'affichage se fera ainsi : ① Hôtel-Dieu, ② Notre-Dame, ③ Saint-Luc – espace - 300 ou 400. À l'appel général, on entendra « Code 400 à l'urgence ». Simultanément, le processus pour actionner les téléavertisseurs des personnes suivantes par le Service des télécommunications s'enclenchera, selon les listes établies pour le code 300 ou le code 400.

CODE 300 :

- Directeur général adjoint
- Directeur des services professionnels et DSP adjoint
- Directeur des soins infirmiers et DSI adjoint
- Directeur des services hospitaliers et DSH adjoint
- Chefs de département :
 - médecine d'urgence
 - chirurgie
 - médecine
 - gynécologie
 - psychiatrie
 - radiologie
- Adjoints des chefs des départements médicaux et chirurgicaux de l'hôpital concerné (médecine, chirurgie, radiologie) :
 - Hôtel-Dieu
 - Hôpital Notre-Dame
 - Hôpital Saint-Luc
- Directeur de site concerné :
 - Hôtel-Dieu
 - Hôpital Notre-Dame
 - Hôpital Saint-Luc
- Directeur des regroupements clientèles et son directeur adjoint, adjoints au DRC, adjoint clinico-administratif. Coordonnateur local de l'urgence, cogestionnaires clinico-administratifs et médicaux, coordonnateurs clinico-administratifs
- Président du CMDP
- Chef de l'accueil de l'hôpital concerné
- Coordonnateur des admissions et des séjours
- Chefs des secteurs de l'imagerie médicale (radiologie et médecine nucléaire)
- Chef de service de l'hygiène et salubrité et son adjoint
- Coordonnateur du Service d'accueil

CODE 400 :

- Tous ceux du code 300
- Membres du comité de régie non joints pour les codes précédents
- Équipe de gestion de crise

LIEUX PHYSIQUES POUR L'ADMISSION DES SURNUMÉRAIRES

Unité	Local	Usage actuel	Caractéristiques du local	Nombre de places	Remarques
1 ^{er} LR	1140	Md + professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ 	1	
2 ^e LR	Rotonde	Salon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ ▪ Endroit ouvert 	2	
4 ^e LR	Rotonde	Salon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ ▪ Endroit ouvert 	1	
	1450	Chambre privée		1	Ancienne chambre semi-privée
5 ^e LR	1531	Chambre privée		1	Ancienne chambre semi-privée
	1501	Chambre privée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ 	1	Chambre doublée
	1522	Chambre privée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ ▪ Endroit ouvert 	1	Chambre doublée
6 ^e LR	1657	Chambre privée		1	Chambre doublée
	1664	Chambre privée		1	Chambre doublée
	1674	Chambre privée		1	Chambre doublée
7 ^e DB	6763	Chambre semi-privée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de cloche d'appel ▪ Pas de O₂ 	1	Ancienne chambre à 3 patients
	6742	Chambre privée		1	Chambre doublée
Total				13	

N.B. : Dans tous les lieux où des patients surnuméraires sont installés, des moyens d'appel doivent être mis en place (cloches d'appoint)

LIEUX PHYSIQUES POUR ADMISSION DES SURNUMÉRAIRES

Unité	Local	Usage actuel	Caractéristiques du local	Nombre de places	Remarques
8 AB	B-8016	Md + pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilier intégré ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	1	
8 AB	B-8028	Md + professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilier intégré ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	1	
8 CD	D-8046	Salle d'ORL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ Cloche d'appel 	1	
7 CD	D-7045	Salle Multi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilier intégré ▪ Pas de O₂ ▪ Pas de cloche d'appel 	1	
6 AB	A-6015-A	Salle de rencontre familiale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ Pas de cloche d'appel 	1	
5 AB		Secteur neuro-vasculaire		1	1 civière au pied des lits (comme salle 20 à l'urgence)
5 CD	D-5060	Salle Multi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	1	
		Secteur zone soins int. neuro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	1	5 ^e place de la zone
6 CD	D-6045	Salle multi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	2	
2 AB	B-2023	Salle de cours + rencontre multi + stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	1	
2 G	G-2140	Salon des patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	2	
2-G	G-2141	Salon des patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de O₂ ▪ 1 Cloche d'appel 	2	
Total				15	

N.B. : Dans tous les lieux où des patients surnuméraires sont installés, des moyens d'appel doivent être mis en place (cloches d'appoint)

LIEUX PHYSIQUES POUR ADMISSION DES SURNUMÉRAIRES

Unité	Local	Usage actuel	Caractéristiques du local	Nombre de places	Remarques
3 ^e Ouest		Lits à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ Cloche d'appel 	2	30 lits zonés mais disponibilité de 32 lits
4 ^e Ouest	4400C	Salle multidisciplinaire		1	
6 ^e Ouest		Lit à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ Cloche d'appel 	1	28 lits zonés mais disponibilité de 36 espaces
9 ^e Est		Lit à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O₂ ▪ Cloche d'appel 	1	35 lits zonés sur 36 lits
9 ^e Ouest	9400C	Salle multidisciplinaire		2	
10 ^e Est	10302-A	Salle multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de O₂ 	1	
Total				8	

N.B. : Dans tous les lieux où des patients surnuméraires sont installés, des moyens d'appel doivent être mis en place (cloches d'appoint)