



---

## Outil d'évaluation de l'état de préparation V2.0

Le présent outil d'évaluation de l'état de préparation contient des informations synthétisées provenant de documents rédigés pour des situations non urgentes (principe de conception, preuves justificatives disponibles ou traductions des normes applicables) couplés à des documents fédéraux émis au cours de la crise de la COVID-19. Le contenu a été préparé sur la base des contributions professionnelles d'architectes, de concepteurs, d'ingénieurs, de scientifiques expérimentés et formés au secteur de la santé, de consultants spécialisés dans la sécurité des personnes, de professionnels de la santé et d'observations tirées des activités hospitalières.

Tous les États et territoires des États-Unis doivent être préparés à l'arrivée de patients atteints par la COVID-19. Les hôpitaux et les organismes de santé publique doivent s'assurer que les ACS, que ce soit dans un établissement de soins de santé ou dans les établissements des collectivités, sont en mesure de prendre en charge des patients dans le cadre d'une réponse de santé publique à une pandémie aux fins de :

- Préserver au mieux les vies humaines ;
- Réduire le risque de propagation des agents pathogènes, y compris le SARS-CoV-2, dans l'établissement ;
- Promptement identifier les patients devant être examinés et isolés et transférer les patients dans les établissements appropriés sur la base des décisions des autorités sanitaires ou des organisations de soins de santé compétentes (AC) ;
- Prendre soin d'un grand nombre de patients infectés à des degrés variables dans le contexte d'une éclosion/épidémie/pandémie ;
- Assurer le suivi et la gestion de la sécurité permanente des opérations 24/7 ; et
- Assurer des compétences culturelles et multiethniques et répondre aux besoins des populations marginalisées, rurales, itinérantes et souffrant de problèmes de santé mentale ou comportementale.

**Avis de non-responsabilité :** Le présent document s'inspire du modèle de la [Liste exhaustive de contrôle de préparation des hôpitaux à la maladie à coronavirus 2019](#) des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), adapté à l'évaluation des sites de soins alternatifs (ACS, Alternative Care Sites). Ce document a été préparé au cours d'une période d'intervention rapide de sept jours au cours de la « Phase d'alerte » du plan de réponse à une pandémie (telle que définie par le programme global de gestion des risques de pandémie de grippe de l'OMS). Le groupe d'études AIA COVID-19 a élaboré cet outil d'évaluation aux fins d'éduquer et d'informer les architectes, les praticiens de la santé, les professionnels de la santé publique et les autorités habilitées à intervenir au niveau local, étatique et/ou fédéral dans la lutte contre la pandémie émergente. Ce texte n'a pas vocation à remplacer les lois, règlements et normes professionnelles en vigueur.

La liste de contrôle ne contient pas de dispositions obligatoires ; elle souligne les domaines importants devant faire l'objet d'une évaluation par les hôpitaux et les organismes de santé publique qui sont amenés à sélectionner des ACS pour accueillir et soigner les patients infectés par la COVID-19 ou en cas de forte augmentation du nombre de patients. L'objectif est d'identifier la réutilisation rapide et adaptive d'établissements existants, comme les centres de conventions, les arènes de sport, les centres communautaires, les hôtels, les dortoirs et autres espaces pouvant être occupés au cours de la pandémie.

## À faire/Ne pas faire pour sélectionner un bâtiment

Si l'un des éléments fondamentaux de construction suivants n'est pas présent dans le bâtiment, il est peu probable que l'établissement soit adapté à des activités de soins des patients au cours d'une pandémie puisqu'il ne sera pas possible de les modifier rapidement.

Avant de procéder au choix définitif du site, tous les éléments d'appréciation doivent être examinés pour déterminer l'aptitude du site à accueillir des services de soins de santé pour les groupes de patients visés.

**Âge :** Le site proposé est une construction relativement récente, construite (ou rénovée) en conformité aux normes actuelles (moins de 20 ans d'âge).

**Sécurité des personnes :** Confirmer que le bâtiment respecte les conditions minimales relatives au type de construction et aux évacuations, telles que déterminées par les autorités compétentes (AC).

**Surface de plancher adéquate :** Il doit y avoir assez d'espace pour accueillir toutes les fonctions de soins des patients. (Évaluer en tenant compte des éléments d'appréciation ci-après.)

**Alimentation municipale en eau :** La qualité et la pression de l'eau assureront la sécurité des opérations cliniques. (Évaluer en tenant compte des éléments d'appréciation ci-après.)

**Prises d'alimentation électrique :** Il y a un nombre suffisant de prises électriques reliées à la terre pour assurer la sécurité des patients et du personnel. (Évaluer en tenant compte des éléments d'appréciation ci-après.)

## 1.0 Conditions générales d'utilisation des outils

### 1.1 Paramètres de référence

Achevé/approuvé

#### 1.1.1 Autorité responsable

- Confirmer qui sont les autorités compétentes (p. ex. les hôpitaux/ systèmes de santé locaux, les organes hospitaliers ayant passé des accords opérationnels, les services de santé/santé publique locaux, étatiques ou fédéraux, DOD (département de la Défense des États-Unis), FEMA (*Federal Emergency Management Agency*, Agence fédérale de gestion des situations d'urgence), la Garde nationale et les milices d'État, ou toute autre combinaison)
- Indiquer si l'autorité responsable est susceptible de changer au cours de l'occupation temporaire

#### 1.1.2 Fonctions administratives essentielles de santé publique

- Établir in situ une structure dirigeante des opérations sanitaires qui gèrera et coordonnera les questions médicales et les soins administrés aux patients ; soutenir adéquatement ces opérations
- Identifier et confirmer l'assistance à distance requise

#### 1.1.3 Administration de l'établissement

- Instaurer une structure administrative dans l'établissement qui surveillera, maintiendra ou gèrera ce qui suit :

- IT et communications
- chaîne logistique
- risque d'incendie
- tâches liées à l'équipement CVC permanent et portable
- approvisionnement en gaz médicaux (air et oxygène chirurgicaux)
- protocoles pour la prévention des infections
- déchets biomédicaux
- Développer des procédures d'évacuation/de circulation des patients et du personnel en cas d'urgence et savoir les gérer
- Créer un plan des sorties de secours et former les occupants aux procédures de sécurité des personnes et du bâtiment

#### **1.1.4 Gestion des risques**

- Habilitier l'exploitant local à agir dans l'intérêt supérieur des patients qui lui sont confiés, à évaluer le risque des patients, à hiérarchiser les traitements, à allouer/affecter les actifs sur place et ajuster en fonction des besoins
- Effectuer et mettre à jour une évaluation des risques de sécurité (ERS) de l'établissement (y compris du contrôle de l'infection, de la sécurité, de la sûreté des médicaments, de la prévention de l'infection, du traitement des patients et des risques potentiels de blessures liées aux troubles de santé mentale et comportementale)
- Se conformer aux lois locales, étatiques et fédérales (par exemple, la loi relative aux Américains en situation de handicap (*Americans with Disabilities Act*, ADA), la loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance santé (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), la loi sur la sécurité et la santé au travail (*Occupational Safety and Health Administration*, OSHA)) tout en assurant la sécurité des patients. (Les conditions peuvent différer des stratégies de soins utilisées hors du contexte d'une pandémie)
- Confirmer avec les AC et la caserne de pompiers locale si une surveillance 24/7 est requise et disponible en raison des déficiences des systèmes d'alarme incendie et de sécurité du bâtiment

#### **1.1.5 Soutien professionnel pour la sélection et le développement des ACS**

- Embaucher des architectes et des ingénieurs agréés, expérimentés et formés au secteur de la santé ainsi que des concepteurs professionnels connaissant le type de bâtiments alternatifs envisagés

### 1.2 Actifs temporaires

---

- Confirmer si l'exploitant peut aussi être tenu de fournir du personnel médical temporaire, un générateur électrique, de l'équipement CVC supplémentaire, un générateur de gaz modulaire, des toilettes et des douches, des logements, de la nourriture et des fournitures pour le personnel

### 1.3 Recommandations évolutives

---

- Ces recommandations visent à appuyer une force de réponse rapide, qui évoluera lorsque les conditions et les précédents l'exigeront
- 

## 2.0 Exigences fonctionnelles

### 2.1 Schéma opérationnel

---

Oui/Approuvé

- Le niveau de soins fournis aux patients est identifié comme suit :
  - ambulatoire (capable d'assurer son autoprotection)
  - aigu (incapable d'assurer son autoprotection)
  - critique (p. ex., requérant un ventilateur mécanique ou de réanimation)
- Le diagnostic des patients nécessitant un traitement a été identifié pour :
  - Testé positif à la COVID-19 (COVID)
  - Testé négatif à la COVID-19 (COVID)
  - Cas transitoires (p. ex., asymptomatiques, personnes placées en observation, sortie de l'hôpital)
- Développer un plan visant à la fois le diagnostic et le traitement
- Développer un protocole de soins pour des patients aux prises avec des problèmes imprévus de santé mentale et comportementale (p. ex. observation, zones de sécurité, transferts)

### 2.2 Soins administrés in situ aux patients

---

#### 2.2.1 Sélection/lieu du site (voir aussi 2.2.6, 2.3.1)

- Site est à proximité des premiers secours
- Site est situé près d'un hôpital
- Confirmer le parking pour le personnel, les ambulances, les livraisons et l'enlèvement des déchets

### **2.2.2 Isoler les opérations liées à la COVID-19**

- Les opérations liées à la COVID peuvent être séparées des autres activités au sein de l'établissement
- Instaurer une circulation à sens unique pour les patients, le personnel et le matériel qui va de propre à contaminé
- Isoler les zones de travail dédiées au personnel des zones dédiées aux soins des patients
- Établir un plan pour les soins des patients en transition au cours du fonctionnement des ACS

### **2.2.3 La taille des zones dédiées aux patients convient à :**

- Un nombre d'occupants estimé à \_\_\_\_\_ avec :
  - surveillance directe ou à distance des patients
  - vie privée des patients
  - lumière du jour admise dans l'espace du patient (préférence pour des fenêtres dans les chambres des patients)
  - toilettes et bain pour les patients
  - lavabo pour le lavage des mains du personnel
  - espace/connexions pour les ventilateurs, tiges porte-sérum, écrans, enlèvement des déchets biomédicaux, etc.
- Espace pour le chariot de rangement et poubelles (recyclage) de l'ÉPI immédiatement disponible
- Espace pour mettre et enlever l'ÉPI du personnel dans les zones de soins des patients avec de la place pour un système de surveillance mutuelle (ou surveillance par caméra)
- Zone sécurisée pour les affaires personnelles des patients

### **2.2.4 La station des infirmières/équipe clinique doit être assez large pour accommoder :**

- Une zone de documentation des patients pour les médecins et les infirmières
- Un espace pour la communication infirmière/équipe clinique
- Un chariot de réanimation cardiorespiratoire
- Un lavabo pour le lavage des mains du personnel
- Un point de tests au patient (POCT, *point of care testing*) dans les zones de soins (p. ex., analyseur glucose, i-STAT, gaz du sang artériel)
- Un système d'appel des infirmières
- Des écrans de surveillance

### **2.2.5 Pour répondre aux besoins des infirmières, prévoir :**

- un espace de préparation des médicaments (sécurisé) ou un distributeur autonome suffisamment éclairé
- une/des zone(s) d'alimentation avec un évier, un comptoir de préparation, un réfrigérateur, une machine à glaçons et une station pour se laver les mains
- une/des salle(s) pour entreposer le matériel propre
- une salle pour entreposer le matériel souillé avec évier rinçable et comptoir nettoiyable
- une salle pour entreposer le linge propre
- une salle pour entreposer l'équipement et les fournitures
- une salle pour les services environnementaux
- une salle de dépôt des effets du personnel
- des toilettes et douche pour le personnel
- une aire pour entreposer les ÉPI du service/de l'établissement (sécurisée selon les besoins)
- un service de décontamination et de réparation des ventilateurs
- une aire de repos ou de pause avec accès à la lumière naturelle (si possible)
- des chambres de repos pour les gardes

### **2.2.6 Admission et sortie**

- Évaluer l'espace requis pour les protocoles de sécurité
- Fournir une aire couverte d'arrivée des ambulances
- Prendre des dispositions pour le transfert des patients en cas de maladie ou de décès

### **2.2.7 Admission et sortie des patients sans RDV**

- Enregistrement séparé des patients ambulatoires ou arrivant en voiture
- Zone de triage fermée, couverte et/ou d'arrivée en voiture (p. ex. pour l'écouvillonnage et l'évaluation)
- Sortie distincte des patients, éloignée de la zone d'entrée des patients

### **2.2.8 Fin de vie**

- Prévoir l'accès virtuel des familles (wi-fi adéquat)
- Aire de visite pour les patients en fin de vie (conformément aux protocoles et règlements autorisés)
- Fournir une fenêtre extérieure si possible (si conscient)

## 2.3 Assistance générale

---

### 2.3.1 L'assistance in situ inclut :

- Sécurité du site
- Entrée et sortie désignées et dédiées du personnel conformes aux RSE
- Livraisons et logistique
- Pharmacie satellite et sécurité connexe
- Un laboratoire STAT (technologies avancées et chirurgicales) (Voir aussi POCT au 2.2.4 Aide aux infirmières)
- Morgue (mobile, si nécessaire)
- Gestion des déchets ordinaires et biomédicaux
- Zone de décontamination et de nettoyage des ventilateurs
- Livraison et préparation de la nourriture

### 2.3.2 Assistance hors site

- Si indisponible sur place, confirmer les accords opérationnels entre organisations pour :
  - stérilisation
  - traitement du linge
  - entreposage et logistique de l'équipement et des produits, laboratoire général
  - pharmacie générale
  - laboratoire
  - service alimentaire

### 2.3.3 Administration

- Zone de soutien à la direction

### 2.3.4 Aire de repos pour le personnel soignant, conditions de quarantaine/auto-isolement

- Confirmer le ou les lieux d'hébergement temporaire sur site (personnel médical, infirmières et personnel de soutien)
- Étudier la capacité à contracter avec des hôtels locaux ou autres lieux de logement à proximité

## 3.0 Modifications requis pour concevoir/construire l'établissement

### 3.1 Architecture

---

#### 3.1.1 Type de construction

- Éviter les matériaux de construction combustibles
- De préférence : NFPA 101, code de sécurité de Type II ou niveau de protection supérieure pour la sécurité des occupants et contre les risques d'incendie

#### 3.1.2 Système de sécurité passive

- Confirmer si les escaliers permettent l'évacuation des patients sur une civière pour les patients ne pouvant s'autoprotéger
- Confirmer les itinéraires de sortie pour l'indice de protection pertinent en cas de fumée et d'incendie
- Examiner les cloisonnements antifeu ou antifumée en fonction de la densité des patients (surtout s'il n'y a pas ou peu de coupe-fumée)
- Confirmer que les locaux d'entreposage >9 m<sup>2</sup> et que les salles de stockage d'oxygène sont résistantes au feu et équipées d'un mécanisme de verrouillage sûr
- Confirmer au moins une issue de sortie horizontale
- Prévoir au moins deux voies de sortie par étage accueillant des patients
- Panneaux de sortie et éclairage des voies d'évacuation appropriés

#### 3.1.3 Défendre sur place

- Si les patients ne peuvent s'autoprotéger, évaluer les plans de sécurité des personnes pour se protéger sur place ou développer un plan opérationnel pour la sécurité des personnes

#### 3.1.4 Géométrie du bâtiment

- Confirmer les plans au sol (murs, portes, couloirs etc.) pour que le personnel puisse facilement déplacer les brancards des patients et l'équipement médical
- Confirmer la visibilité par le personnel du dispositif de signalisation dans les zones de soins des patients pour surveiller activement les patients et réduire les risques d'incident de type comportemental (fugue, agression en cas de comorbidité pour les troubles de santé mentale/comportementale)

#### 3.1.5 Composants des bâtiments

- Prévoir des portes/passages pour les patients qui :
  - incluent des panneaux transparents permettant l'observation hors chambre



- contiennent des spores aérosolisées
- permettent des dégagements pour l'entrée et la sortie de l'équipement et des brancards
- Prévoir de l'équipement brossable et facilement nettoyable dans les zones des patients (évaluer l'enlèvement des finitions comme les revêtements des murs, les rideaux et la moquette)
- Prévoir un revêtement de sol dur et antidérapant

### **3.1.6 Équipement et meubles**

- Utiliser des lits et des chaises pour patient résistants à la désinfection
- Évaluer l'espace nécessaire pour les meubles et l'équipement médical
- Enlever tout équipement ou meuble sans lien direct avec les soins au patient

### **3.1.7 Moyens de transport**

- Les ascenseurs doivent permettre au personnel de transporter un patient sur un brancard ou, pour les patients ambulatoires, dans un fauteuil roulant
- Envisager des ascenseurs dédiés au personnel et aux patients

## **3.2 Structure**

---

- Confirmer que la structure existante peut accueillir une capacité de surcharge révisée en cas d'augmentation du nombre d'occupants, d'un surplus d'équipement médical et d'équipements sur toit supplémentaires

## **3.3 Éléments mécaniques**

---

### **3.3.1 Isolation et pression négative**

- Si cliniquement requis, utiliser/créer des chambres d'isolement pour les infections à transmission aérienne (AIIR)
- Si possible et si cliniquement requis, utiliser/créer des chambres d'isolement pour les infections à transmission aérienne (AIIR)
- Si possible, localiser les sorties d'air au-dessus de la tête du patient
- Assurer que les espaces adjacents sont protégés de toute contamination croisée

### **3.3.2 Changement et filtration de l'air**

- Si possible, la préférence va à un taux de 10 changements d'air par heure (ACH), plus 2 ACH d'air extérieur

- Si possible, la préférence va aux filtres MERV 7 dans les zones des patients et aux filtres fins MERV 14

### **3.3.3 Réglage et équilibrage**

- Effectuer le réglage et l'équilibrage des systèmes de CVC après construction/rénovation

### **3.3.4 Limite possible des systèmes existants**

- Envisager des unités de ventilation murales et un ventilateur d'extraction dans les salles de bains pour le système de ventilation, la filtration et les taux de changement d'air existants (Tenir compte de la taille des conduits)
- Envisager des unités à installer sur le toit avec chauffage électrique pour obtenir une aération supplémentaire
- Envisager de remplacer les systèmes d'échappement existants (p. ex. ventilateurs à capacité supérieure) pour maintenir la pression négative
- Évaluer le contrôle de l'humidité pour fournir des niveaux d'humidité optimale garantissant l'efficacité des soins et des traitements
- Envisager des unités de recyclage de l'air avec filtres HEPA dans les chambres des patients

### **3.3.5 Contrôle des fumées**

- Confirmer la capacité du système de contrôle de fumées. En cas d'impossibilité, le nombre de patients doit être limité

## **3.4 Alimentation électrique**

---

### **3.4.1 Électricité**

- Prévoir des circuits électriques tenant compte des exigences des équipements dans toutes les zones accueillant les patients et le personnel
- Confirmer la localisation des boîtes de sol pour la distribution générale d'électricité

### **3.4.2 Disponibilité des branchements**

- Confirmer la disponibilité des circuits en dérivation pour les soins des patients

### **3.4.3 Alimentation électrique de secours**

- Selon les besoins des patients (ambulatoires ou soins critiques), fournir des circuits d'alimentation électrique de secours ou critiques sans interruption dans les zones de soins des patients pour alimenter au moins 24 heures de services essentiels, y compris :

- l'équipement médical de survie et la zone de stockage des médicaments et les réfrigérateurs
- des prises pour l'équipement médical aux postes de soins des patients et prises murales
- des systèmes d'appel infirmière
- la TI (liée au patient, communication de l'équipe médicale et infrastructure)
- l'éclairage des évacuations
- le système d'alarme incendie, ascenseurs, infrastructure TI, etc.
- les ascenseurs
- l'inverseur de source automatique

#### **3.4.4 Éclairage**

- Fournir de l'éclairage (appareils étanches) et des lampes d'examen médical portables pour les opérations cliniques
- Vérifier l'éclairage des évacuations d'urgence

### **3.5 Gas médical/plomberie**

---

#### **3.5.1 Gas médical**

- Vérifier l'alimentation en oxygène, air médical et vide pour les activités d'intubation et de ventilation pour répondre à des demandes élevées ou à plein régime
- Confirmer l'espace disponible pour stocker des générateurs d'oxygène modulaires temporaires et des bouteilles d'oxygène, en cas de besoin
- Confirmer la disponibilité de salles d'entreposage ou de réservoirs de stockage résistants au feu pour les bouteilles d'oxygène
- Confirmer un lieu d'entreposage des bouteilles d'oxygène vides

#### **3.5.2 Eau**

- Fournir de l'eau potable pour les soins cliniques (Cela peut inclure la désinfection de la prise d'eau principale ou du système de distribution d'eau et des essais analytiques sur le bâtiment pour confirmer la compatibilité du système d'eau aux soins des patients)
- Le cas échéant, prévoir un système de décontamination de l'eau ou de stérilisation sur place
- Prévoir un système de contrôle permanent de l'eau incluant le rinçage, le contrôle de la température et les niveaux de désinfectants résiduels

### 3.6 Sécurité-incendie et sécurité des personnes

---

- Confirmer les conditions et attentes en matière de sécurité-incendie et de sécurité des personnes avec les AC locales
- Confirmer la présence de systèmes d'alarme incendie et leur fonctionnement pour protéger les espaces de soins des patients  
En cas d'absence d'alarme incendie, réévaluer la pertinence du bâtiment pour répondre à la pandémie ou installer un système d'alarme incendie
- Préférence : système automatique d'extinction d'incendie
- Confirmer la présence d'un nombre suffisant d'extincteurs d'incendie et l'espacement requis.

### 3.7 Communication

---

#### 3.7.1 Technologie de l'information

- Confirmer ou installer une infrastructure informatique sécurisée adaptée aux soins des patients et conforme à la norme de sécurité HIPAA

#### 3.7.2 Communications EMS

- Confirmer ou installer un système de communication adapté aux soins des patients et conforme à la norme de sécurité HIPAA

#### 3.7.3 Système d'appel infirmière/communication

- Confirmer ou installer un système d'appel infirmière adapté aux soins des patients ou une méthode de communication patient-infirmière similaire
- Instaurer une méthode de communication pour les cliniciens (p. ex., mobile, sans fil)

#### 3.7.4 Alarme incendie

- Confirmer ou installer un système d'alarme incendie connecté aux services d'urgence locaux
- Vérifier la disponibilité du dispositif de déclenchement d'alarme

#### 3.7.5 Surveillance de sécurité

- Évaluer les besoins en sécurité et fournir des systèmes adaptés de surveillance à des fins de sécurité (caméras, écrans, détecteurs de mouvement, alarmes porte et fenêtres)
- Envisager des systèmes sans fil si nécessaire

## 4.0 Considérations supplémentaires

### 4.1 Populations marginalisées ou d'origines ethniques diverses

---

- Évaluer l'espace requis pour accueillir les compétences culturelles
- Envisager un espace pour les pratiques culturelles et spirituelles propres à certaines communautés
- Tenir compte de l'accès aux ACS, de l'offre de transport et de la proximité de logements sociaux
- Prévoir un espace dédié aux travailleurs sociaux et aux services linguistiques

### 4.2 Populations rurales

---

- Tenir compte de l'accès aux ACS, évaluer les distances géographiques et la durée des trajets
- Tenir compte des besoins en transport par hélicoptère
- Tenir compte du logement pour le personnel soignant et les familles des patients
- Évaluer les besoins des services d'ambulance pour le transport des patients en état critique
- Vérifier les systèmes de communication (téléphone portable, amplificateurs pour améliorer la connexion sans fil)
- Vérifier si les infrastructures essentielles (égouts, fosses septiques, eau potable, électricité) ont une capacité suffisante pour répondre à la demande prévue

### 4.3 Populations itinérantes et sans-abris

---

- Prévoir des douches et des toilettes situées à proximité de l'entrée
- Espaces de rangement dédiés pour les effets personnels, les bicyclettes, etc.

### 4.4 Patients souffrant de problèmes de santé mentale et comportementale

---

- Conformément à la section 1.1.4, mener une évaluation des risques de sécurité de tous les lieux accessibles aux patients souffrant d'éventuels troubles de santé mentale afin d'éliminer les risques d'automutilation ou de violence envers les tiers
- Si des patients souffrant de santé mentale sont identifiés, prévoir un espace permettant une observation continue jusqu'au transfert ou à la sortie
- Prévoir des salles sécurisées, si conforme au plan opérationnel identifié

## Orientation supplémentaire

Des documents de référence supplémentaires sont disponibles sur :  
<https://bit.ly/C19HealthcareArch>

## Contribution des auteurs et du groupe d'études

### Membres du groupe d'études

- (MS) Molly M. Scanlon, PhD, FAIA, FACHA – Chair
- (DA) Diana Anderson, MD, ACHA
- (EE) Eve A. Edelstein, PhD, MArch, Assoc. AIA, EDAC, FAAA
- (JF) John Fowler, AIA, NCARB, EDAC, LEED AP
- (WH) William Hercules, FAIA, FACHA, FACHE
- (EP) Erin Peavey, AIA, EDAC, LEED AP
- (YS) Yiselle Santos, AIA, LSSYB, WELL AP, LEED AP
- (ET) Ellen Taylor, PhD, AIA, MBA, EDAC
- (KW) Kirsten Waltz, AIA, ACHA, EDAC, LEED AP
- (MW) Marvina Williams, RN, BSN, LSSBB
- (FZ) Frank Zilm, DArch, FAIA, Emeritus FACHA
- (DP) Doug Paul, AIA Staff

### Outil d'évaluation de l'état de préparation des sites de soins alternatifs accueillant les malades du COVID-19

Les contributions principales de l'auteur sont les suivantes : conceptualisation, MS ; analyse des codes et normes officiels, JF, WH, KW et ET ; administration du projet, ET, MS et DP.

### Réunions

Le groupe d'études s'est réuni quotidiennement du 24 mars au 2 avril 2020 pour la préparation du dossier n° 1 d'impact sur la santé et les documents connexes à des fins d'examen, de consensus et d'approbation. Des réunions en sous-groupes ont été organisées sur la même période pour les documents connexes. Des mises à jour ont été préparées jusqu'au 22 avril 2020 pour la publication d'une version révisée.

### Autres contributeurs à l'outil d'évaluation de l'état de préparation des sites de soins alternatifs accueillant les malades du COVID-2019

- |   |  |
|---|--|
| Amanda Abney, Associate AIA, EDAC                       | Isaac Karley                                     |
| Patricia Acevedo, AIA                                   | Ed Ledoux  |
| Javan Arroyo  | Christopher Lynch, PE                            |
| Joe Bonanno   | Zach Mathern                                     |
| Gabrielle Bullock, FAIA, NOMAC,<br>IIDA, LEED AP        | Don MacAlister, CHPA                             |
| Daniel Caron, PE, LEED AP                               | Todd Medd, AIA, NCARB                            |
| Jason Costello, AIA, EDAC                               | Christopher O'Brien, AIA, ACHA,<br>EDAC, LEED AP |
| Ashleigh Cotter, CID, CHID, IIDA,<br>LEED AP BD+C, CLGB | Sam Olbekson, AIA, NCARB, AICAE                  |
| Rachael Farrell, EDAC, LSSGB, LEED<br>AP, BD+C          | John P. Riordan, MD                              |
| David Frum, FAIA, FACHA                                 | Nick Schumacher, PE                              |
| Ruth Fanning, MD  | Michael Sheerin, PE, LEED AP                     |
| Angel Gomez   | Hannah Shultz                                    |
| Jeff Hankin, PE   | Tom Smith, CHPA, CPP                             |
| Anita Honkanen, MD                                      | Rick Taylor, RCDD                                |
| Nathan Howell, AIA                                      | Kevin Tuohey, CHPA                               |
| Jennifer Burke Jackson, AIA, LEED AP                    | Scott Waltz, RA                                  |
|   | Julie Wellik                                     |
|   | Tony York, CHPA, CPP                             |