

**KIT de RECOMMANDATIONS
Gestion épidémie de COVID-19
à destination des EHPAD
Région Hauts-de-France**



**Date de mise à jour :
23 mars 2020**

SOMMAIRE

FICHE 1 : ORGANISATION TERRITORIALE	1
Accompagnement à l'utilisation du KIT.....	1
Coordination gériatrique avec le secteur hospitalier.....	1
Soins palliatifs.....	1
Equipes mobiles d'hygiène.....	2
Communication obligatoire avec les établissements de santé.....	2
HAD et équipes mobiles gériatriques.....	Erreur ! Signet non défini.
Lien avec la pharmacie de ville.....	3
Médecins traitants et médecin coordonnateur.....	3
FICHE 2 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	4
Garde d'enfant du personnel.....	4
Plan de gestion avec 20% d'effectif manquant.....	4
Gestion des positions des agents/salariés absents.....	5
Dématérialisation des modes de contact.....	6
FICHE 3 : MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIERES	7
Communication.....	7
Visites des familles.....	7
Livraison des fournisseurs et intervention des prestataires.....	7
Accueil des résidents transportés en ambulance.....	8
Tableau des entrées extérieures, pour les professionnels.....	8
PROCEDURE FICHE 3 précautions complémentaires COVID19 positif ou probable.....	9
FICHE 4 : ADMISSION ET RETOUR D'HOSPITALISATION DES RESIDENTS	13
Admission d'une personne venant de la ville ou d'un établissement de santé.....	13
FICHE 5 : CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	14
Limitation des sorties médicales et paramédicales.....	14
Continuité des soins.....	14
Télémédecine par la Plateforme Prédice.....	14
FICHE 6 : DOCUMENTS UTILES POUR LA GESTION DES HOSPITALISATIONS	15
Complétude des Dossiers de Liaison d'Urgence.....	15
Fiche « Urgences Pallia » et directives anticipées.....	15
Désignation de la personne de confiance.....	15
Décisions Collégiales.....	15

FICHE 7 : VERIFICATION ET UTILISATION DES STOCKS DE PRODUITS SANITAIRES	16
Solution hydro alcoolique	16
Masques chirurgicaux.....	16
Blouses	16
Sacs mortuaires	17
Gestion du Linge.....	17
Sacs DASRI	17
Désinfection à la Javel	18
FICHE 8 : GESTION DU CHARIOT D'URGENCE	19
FICHE 9 : GESTION DE L'OXYGENE.....	20

POUR INFORMATION

Ce KIT ne se substitue pas aux consignes et recommandations communiquées par les institutions officielles, ni à vos procédures internes (activation du plan bleu et du plan de continuité d'activité). C'est une **aide proposée** aux structures afin de les soutenir, au bénéfice de l'accompagnement le plus digne possible de nos aînés.

Au regard de l'évolution épidémique et des connaissances relatives à celles-ci, nous vous invitons à considérer l'ensemble des communications que vous recevez **CHRONOLOGIQUEMENT.**

ANNEXES

Outils :

- **ARBRE DECISIONNEL : CONDUITE A TENIR RESIDENT COVID-19**
- Gestion des stocks (tableau d'exemple)
- Chariot d'urgences EHPAD Composition
- Matériel chambre d'isolement
- Affiche isolement chambre
- Protocole habillage / déshabillage Chambre COVID-19 (pour affichage)
- CAT port de masque (pour impression)
- Protocole décès COVID-19
- Tableau des entrées pour professionnels extérieurs
- Document de demande de visite exceptionnelle (DIDAE anonymisée)
- Fiche aide à la décision thérapeutique
- Fiche de rôle gestion COVID-19
- VIDEO : prise en charge patient COVID-19 (*CHU de Lille*)
- Modèle de décision d'assignation (établissement public)
- Fiche : lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19.
- CONTACT-TRACING :
 - o Fiche : Contact-tracing autour de cas confirmé(s) ou probable(s) de COVID-19
 - o Questionnaire Cas possible/cas confirmé COVID-19
 - o Questionnaire Sujet contact soignant COVID-19 : questionnaire sujet contact hospitalier
 - o Questionnaire Sujet contact non soignant COVID-19 : questionnaire sujet contact non hospitalier
 - o Fiche recommandations personnes contacts COVID-19

Informations :

- Stratégie de dépistage COVID-19
- Prise en charge Linge et Locaux COVID-19
- Fiche info RH (droit de retrait, abandon de poste et assignation)
- Fiche prévention Cyber-sécurité (exposition sur Internet)

Outils liés aux résidents :

- Fiches directives anticipées
- Fiche Urgence Pallia
- Personne de confiance – HAS
- DLU – issu du kit ASSURE

FICHE 1 : ORGANISATION TERRITORIALE

Accompagnement à l'utilisation du KIT

Pour toute question NON-MEDICALE, vous pouvez joindre les chargés de mission ASSURE qui pourront vous accompagner sur la compréhension, l'usage et le déploiement de ce KIT.

Ils sont joignables de **09h à 17h30 du lundi au vendredi** aux numéros suivants ou par mail :

- **03 62 21 05 19 / bguide@ghlh.fr**
- **03 62 21 05 18 / bthomas@ghlh.fr**

Coordination gériatrique avec le secteur hospitalier : astreinte territoriale et équipe mobile gériatrique

Par territoire de proximité ou de GHT (selon les cas), l'établissement de santé site d'urgence et de filière gériatrique de plus grosse capacité coordonne une astreinte de territoire avec un **réfèrent gériatrique de territoire** de 8h à 20h même le week-end. Ce gériatre est joignable par un numéro d'appel gériatrique dédié unique. **Ce numéro est disponible sur la fiche de territoire.**

Les gériatres des différents établissements de santé (publics, privés, ESPIC) contribuent à cette astreinte journalière territoriale.

Tout EHPAD devra avoir un numéro d'appel.

Les différents numéros d'appel, dont celui du gériatre, sont réunis dans la fiche territoriale et transmis par l'établissement organisateur aux EHPAD de ce territoire et à l'ARS.

Les missions de cette astreinte sont les suivantes :

- Aider les équipes des EHPAD par des conseils individuels téléphoniques ou en télémédecine (outil régional auquel tout gériatre doit avoir accès), voire des déplacements en cas de situation exceptionnelle.
- Aider les personnels des EHPAD à accompagner les résidents pour une prise en soins en interne, ou les orienter pour des éventuelles hospitalisations dans les différents établissements du territoire.

A noter que le réfèrent gériatrique est lui-même en lien avec les infectiologues de l'établissement de santé : ceux-ci échangent sur l'hospitalisation la plus adaptée.

Dans les établissements possédant des équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières ou en EHPAD, elles pourront contribuer à des accompagnements ou avis sur site au besoin.

Une **fiche arbre décisionnel de recours aux soins des patients** est **en annexe**.

Une **fiche d'aide à la définition du projet de soins pour les résidents d'EHPAD COVID19** est **en annexe**.

Soins palliatifs (équipes mobiles et USP) et centres de lutte contre la douleur

L'équipe mobile de soins palliatifs est le référent territorial joignable en priorité en heures ouvrées.

Les unités d'hospitalisation de soins palliatifs, ainsi que les centres de lutte contre la douleur (hormis les anesthésistes appelés pour d'autres missions) sont également joignables selon les modalités habituelles à ce stade. **Vous pouvez les joindre sans convention préalable.** Des précisions sur leurs interventions et accès aux thérapeutiques sont précisées dans la fiche 8 « chariot d'urgences ».

Une fiche d'aide à la décision thérapeutique est **en annexe**.

Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.

Equipes d'hygiène hospitalières

Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalières sont disponibles en heures ouvrées pour conseiller les EHPAD, mais aussi en cas de doute ou de nécessité d'accompagnement. **Vous pouvez les joindre sans convention préalable.**

Si une équipe mobile d'hygiène existe sur votre territoire, elle reste bien sûr votre référent hygiène principal.

Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.

Communication obligatoire avec les établissements de santé

Chaque EHPAD transmet ses disponibilités en termes de places par mail au référent gériatrique (**l'adresse mail est fournie sur la fiche de territoire**). Ces places vacantes pourront être mobilisées pour des sorties d'hospitalisation de personnes âgées ne pouvant retourner à domicile.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Afin de faciliter les soins dans les EHPAD, les interventions de l'HAD sont facilitées :

- Les patients COVID-19 ne requérant pas de surveillance continue 24/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation peuvent être pris en charge en HAD ;
- Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :
 - o Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
 - o Existence de comorbidités ;
 - o Patients âgés (>70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
 - o Situations de complexité psycho-sociale (patients isolés, vulnérables, précaires,...)
- Pour les autres patients, les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis dans ce contexte épidémique pour éviter des hospitalisations complètes.

A titre exceptionnel, pour toutes les interventions de l'HAD les obligations suivantes sont levées :

- Il n'est pas nécessaire d'avoir une convention pour l'intervention de l'HAD en EHPAD ;
- L'accord du médecin traitant n'est pas obligatoire. Il est recherché. ;
- La prescription de la prise en charge de l'HAD n'est en ce contexte pas uniquement limitée au médecin traitant. Elle peut être faite par n'importe quel médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle est discutée avec le(s) médecin(s) disponible(s) : médecin coordonnateur, référent gériatrique en astreinte, gériatre d'équipe mobile, médecin de soins palliatifs, médecin infectiologue avec le médecin coordonnateur d'HAD.

L'HAD pourra également faire appel à des infirmiers libéraux dans le cadre de ses prises en charge.

Les principes de prise en charge spécifiques à l'épidémie ont été fixés au niveau national (fiche **en annexe** : «partir HAD de : lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase d'épidémie de COVID-19)

Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.

Lien avec la pharmacie de ville

Suite à l'autorisation exceptionnelle donnée aux pharmacies de renouveler les traitements chroniques de vos résidents, nous vous invitons à vous orienter vers elles pour les renouvellements. L'objectif est ici pour les médecins traitants de :

- Limiter les allers et venues et donc les risques de contamination
- Leur permettre de se concentrer sur les prises en charges urgentes et à risque.

Médecins traitants et médecin coordonnateur

Pour limiter les risques de contamination, nous vous invitons lorsque cela est possible à :

- Faire assurer les prescriptions en situation urgente ou pour soulager l'activité des médecins traitants, par le médecin coordonnateur de votre structure.
- Veiller à conserver des transmissions régulières téléphoniques ou mail entre médecins, notamment auprès des médecins traitants des résidents.

Le référent gériatrique est identifié par les SAU / le 15 afin de faciliter la coordination des interventions, comme le juste soin.

FICHE 2 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Garde d'enfant du personnel

Les écoles doivent en principe proposer l'accueil des enfants des professionnels soignants. Cependant, il arrive que certaines écoles ne puissent assurer ce service (droit de retrait des instituteurs et professeurs, cas de COVID19 confirmés, etc...).

Il vous est recommandé de vous rapprocher de l'ARS et/ou du rectorat pour connaître l'école la plus proche pouvant accueillir votre enfant. Vous pouvez également vous rapprocher de l'école de votre enfant le cas échéant.

- Coordonnées ARS : 08 09 40 20 32 (numéro non surtaxé)
- Coordonnées Rectorat (lignes spécifiques dédiées, du lundi au vendredi 9h – 18h)
 - o Nord : 03 20 15 60 59
 - o Pas de calais : 03 20 15 62 00
 - o Aisne : 03 23 26 30 16
 - o Oise : 03 44 06 45 00
 - o Somme : 03 22 71 25 79

Vous pouvez également, pour les établissements qui en disposent, transformer votre accueil de jour en accueil de garde d'enfant (sous condition que le bâtiment en question soit isolé et dispose d'une entrée séparée).

N'hésitez pas à vous rapprocher d'autres EHPAD et/ou d'établissements de santé pour connaître les éventuelles propositions de soutien dans ce cadre.

Vous pouvez mobiliser le bénévolat, vos connaissances, les étudiants et stagiaires en capacité de garder les enfants de votre personnel.

<https://www.education.gouv.fr/accueil-scolaire-et-periscolaire-des-enfants-des-personnels-indispensables-la-gestion-de-la-crise-303159>

Plan de gestion avec 20% d'effectif manquant

Nous vous conseillons de prévoir votre plan de continuité de l'activité en cas d'absentéisme *a minima* de 20% de vos effectifs soignants. Vous pouvez ainsi par exemple, et outre la mise en place des réorganisations internes et réaménagements des fiches de poste des soignants en mode dégradé dont vous avez l'habitude, ajouter les solutions alternatives ci-dessous :

- Passage de vos soignants en contrats temps partiel en temps complet
- Réorganisation les fiches de postes en journées de 12h
- Rappel des soignants en congés (tous types de congés sauf CLM, CLD, AT/MP, CMO et congés maternités), de même les CET sont mobilisables (préretraite...)
- Possibilité de redéployer le personnel administratif en temps hôtelier
- Redéploiement des services type « accueil de jour » que vous auriez éventuellement fermés
- Rappel des personnels partis en retraite
- Recours aux CDD
- Recours aux agences d'intérim

En cas de difficulté, vous pouvez toujours assigner vos professionnels pour raison de continuité du service (modèle **en annexe**).

En secteur privé, à défaut d'avoir prévu dans les accords locaux et/conventions-cadres un système équivalent aux décisions d'assignation issues du secteur public, l'employeur privé peut demander aux professionnels de revenir travailler par tout moyen (courrier, demande orale, etc.) mais ne peut l'imposer.

En cas de refus, valablement et juridiquement justifié, l'employeur ne pourra donc imposer au professionnel de venir travailler et aucune sanction ni retenue sur salaire ne pourra être prise, notamment si l'agent invoque son droit d'alerte et de retrait ou s'il obtient un arrêt maladie. En revanche, en cas d'abandons de poste, il peut procéder à des retenues sur salaire, décider de sanctions, de fins de contrat ou de licenciements.

Il pourra utilement et sur le moyen et long terme tirer les conclusions de ces refus en usant des possibilités que lui ouvre le droit du travail. Se reporter à l'**annexe** « Droit de retrait, abandon de poste et assignation ».

Nous vous rappelons qu'en situation exceptionnelle, toutes les règles habituelles des Ressources Humaines sont levées. Exemple : Possibilité de faire des contre postes...

Gestion des positions des agents/salariés absents

Motifs en lien avec la situation personnelle de l'agent / du salarié

➔ Pour les professionnels fragiles et à risque

Par principe de précaution : réaffecter ces professionnels sur d'autres missions et/ou autres secteurs. S'ils peuvent être mis en position de télétravail, il faut le leur permettre.

Si pas et même en cas de réaffectation, des kits de protection préparés et fléchés à leur attention doivent être mis à leur disposition.

En cas d'inquiétudes ou de doute sur la pertinence de leur maintien en service, il peut être suggéré de solliciter un arrêt maladie ordinaire.

➔ Pour les professionnels présentant des symptômes évocateurs de COVID-19

Port de masque chirurgical immédiat et contact téléphonique auprès du médecin traitant pour avis et éventuel arrêt maladie.

➔ Pour les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable, il sera nécessaire de réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates. (Cf fiche « Contact-tracing autour d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 » **en annexe**) :

Si possible mise en place du télétravail pour le personnel administratif.

Si le métier ne le permet pas, le professionnel vient sur site en s'appliquant les mesures barrières par précaution dont le port du masque chirurgical.

S'agissant des absences en lien avec la garde d'enfants

Soit l'agent / le salarié a un problème de garde véritable (et s'il n'existe pas de solutions alternatives), il faut l'orienter vers un arrêt maladie via le dispositif temporaire proposé par la Sécurité Sociale (sans carence). **déclaration par l'employeur : declare.ameli.fr**

Soit il existe une ou plusieurs solutions alternative(s) pour garder son ou ses enfants mais l'agent / le salarié ne veut pas l'utiliser et garder son/ses enfant(s) lui-même. On peut alors imposer la consommation des congés annuels, RTT, Récupération, etc.

En cas d'utilisation du droit de retrait, il y a imputation sur les congés annuels, RTT, Récupération, etc.

Pour les professionnels dont l'enfant est malade

S'il s'agit d'un cas de maladie ordinaire, il faudra positionner le professionnel en autorisation d'absence pour enfant malade.

Si il y a suspicion de COVID-19 ou si l'enfant a des fragilités qui empêchent sa garde en collectivité, il faudra positionner le professionnel sur le dispositif temporaire d'arrêt de la sécurité sociale (sans carence).

Mais si l'enfant dans cette situation peut être gardé malgré tout par un tiers, l'agent vient travailler et s'applique les mesures barrières par précaution dont le port du masque.

Dématérialisation des modes de contact

La mise en place du télétravail est recommandée pour les professionnels pour lesquels la possibilité existe.

Si possible, il faut mettre en place un dispositif de visioconférence pour les échanges nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement et limiter les réunions d'équipe à leur strict minimum.

Nous vous invitons de même à limiter les déplacements au strict nécessaire et utiliser les attestations nationales mises en place par le gouvernement à compter du 17/03/2020.

Une annexe spécifique : Fiche info RH (droit de retrait, abandon de poste et assignation) a été rédigée pour expliciter ces éléments.

Une seconde annexe : Modèle de décision d'assignation (établissement public) est mise à votre disposition en complément.

FICHE 3 : MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIERES

Les mesures barrières sont détaillées dans l'ensemble des documentations fournies par les institutions officielles, comme dans les procédures internes de votre structure. Nous vous joignons cependant des indications relatives aux procédures barrières, afin de compléter vos bonnes pratiques existantes, si besoin est.

Communication

Veillez par tous les moyens à la diffusion des informations en lien avec l'actualité et vos réorganisations auprès des résidents, des familles et du personnel (note d'information, note de service, affichages, réseaux sociaux, etc...).

Les visites des professionnels de l'animation comme de ceux intervenant dans les soins paramédicaux non vitaux sont suspendues.

Visites des familles et des proches

Dans une volonté de sécuriser chacun, les visites sont sauf cas exceptionnels, interdites, et ce jusqu'à nouvel ordre.

Dans certaines conditions exceptionnelles, soit notamment la fin de vie, la détresse psychologique et/ou un état de santé précaire, il est laissé au libre choix et au bon sens de la direction de l'établissement la décision d'autoriser les visites. Le cas échéant, la direction organise et encadre les modalités de visite des proches auprès du résident. En ce sens, les mesures barrières doivent être scrupuleusement mises en œuvre. Les visites doivent être organisées (ex : sur prise de RDV) et accompagnées.

Afin de maintenir un contact entre les résidents et leurs proches, nous vous invitons à mobiliser des moyens tels que le contact téléphonique, l'appel en visio, ...

Afin de veiller à la sécurité de chacun, il est attendu que vous communiquiez aux familles la suspicion ou le diagnostic du COVID19 chez leur proche résidant dans votre structure. Ces familles devront alors appliquer les mesures de quatorzaine en vigueur. Les exceptions d'autorisation de visite seront aussi applicables dans cette hypothèse, en cas de fin de vie du proche hébergé.

Un document de demande de visite exceptionnelle est joint **en annexe** comme proposition.

Livraison des fournisseurs et intervention des prestataires

Les livraisons de fournisseurs, ou interventions de prestataires nécessaires au maintien de la vie quotidienne de l'établissement ne font pas l'objet d'une suspension. Cependant les gestes barrière seront observés et la mise en place de circuits distincts sera privilégiée.

Nous vous recommandons également de mobiliser l'intervention de vos professionnels d'hygiène après chacun de leur passage. Pour faciliter cette mobilisation, vous pouvez proposer un créneau de passage restreint aux fournisseurs et prestataires.

Vous pouvez également solliciter l'ensemble de vos prestataires et fournisseurs/livreurs afin qu'ils vous communiquent les mesures d'hygiène qu'ils ont engagé, mais également les modalités de continuité d'activité qu'ils ont prévues.

Cela vous permettra de prendre connaissance d'éventuelles modifications dans les délais de livraison, et/ou l'orientation vers d'autres alternatives en cas de pénurie attendue.

S'agissant spécifiquement des livreurs d'oxygène, en cas de refus et/ou de difficultés d'approvisionnement, vous êtes invités à remonter expressément cette situation auprès de l'Agence Régionale de Santé. Contact : ARS-HDF-DEFENSE@ars.sante.fr

Accueil des résidents transportés en ambulance

Les ambulanciers effectuent les allers et retours de tout patient dans le hall et non en chambre.

Pour les résidents probable/possible/confirmé COVID-19, vous en informerez le transporteur qui appliquera la procédure en vigueur. Le patient quittera l'établissement avec un masque chirurgical.

Pour les autres résidents, le transporteur respectera les mesures barrières habituelles.

Pour les retours d'hospitalisation, nous vous renvoyons à la fiche suivante : [admission et retour d'hospitalisation des résidents](#).

Une procédure d'habillage et de déshabillage est jointe [en annexe](#) de ce KIT. Elle pourra être imprimée pour affichage sur les portes des chambres de malades confirmés ou probables COVID-19.

Tableau des entrées extérieures, pour les professionnels

Un tableau des entrées extérieures pour tous les professionnels intervenant au sein des EHPAD vous est joint [en annexe](#) afin d'assurer une traçabilité des flux. En cas de COVID-19 confirmé/probable/possible, cette traçabilité permettra de prévenir chacun et de réduire les risques de propagation de l'épidémie.

Le cas échéant, il vous est demandé de déterminer la date d'apparition des premiers symptômes potentiels et d'établir la liste la plus exhaustive possible des personnes rencontrées depuis la veille de ces signes, que ce soient des professionnels ou des proches.

Une [fiche en annexe « contact tracing »](#) précise votre rôle dans l'évaluation du risque de contamination des personnes contact et les recommandations adéquates.

En cas de venue des familles au sein de l'établissement pour des raisons exceptionnelles, nous vous prions de veiller à leur inscription au registre des familles et visiteurs. Ce, pour pouvoir prévenir chacun et veiller au confinement et aux précautions nécessaires si un cas est confirmé dans la structure.

PROCEDURE FICHE 3bis

Précautions complémentaires COVID19

Au préalable, en cas d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne dans un EHPAD, il est préconisé de **réaliser un test à la recherche du virus SARS-CoV-2 chez les 3 premiers résidents présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de confirmer un Covid-19.

Dans ce contexte de pandémie, il vous est demandé de signaler à l'ARS tout épisode d'IRA dès l'apparition du premier cas probable/possible/confirmé de COVID-19 :

ars-hdf-signal@ars.sante.fr

A – Définitions (en date du 19/03/20)

(Définitions actualisées selon l'évolution de l'épidémiologie sur le site de santé publique France : www.santepubliquefrance.fr)

RESIDENT SYMPTOMATIQUE

1/ COVID19 confirmé : Diagnostic d'infection par COVID-19 réalisé par PCR.

2/ COVID19 : diagnostic d'infection non confirmé+ par PCR

- **Cas possible** : résident présentant des symptômes de COVID ;
- **Cas probable** : résident présentant des symptômes de COVID et contact d'un cas confirmé.

RESIDENT ASYMPTOMATIQUE

1/ COVID19 exposé : résident asymptomatique MAIS :

- **Sujet exposé** revenant d'une zone de transmission communautaire
- **Sujet exposé** revenant d'une zone non contrôlée (autres secteurs d'hospitalisation, domicile)

2/ COVID19 contact : résident asymptomatique MAIS :

- **Sujet contact** ayant été en contact avec un cas confirmé

B - Durée des précautions complémentaires

- **RESIDENT SYMPTOMATIQUE (COVID-19 confirmé ou probable ou possible)** : 14 jours après le J1 des symptômes s'il est devenu asymptomatique. Si au-delà des 14 jours de confinement, le résident reste symptomatique, maintenir le confinement et les mesures barrières idoines ;
- **RESIDENT ASYMPTOMATIQUE (COVID-19 exposé ou contact)** : 14 jours après le diagnostic du dernier cas.

Dans un contexte de cas groupés (au moins 2 cas chez les résidents) de COVID-19, tous les résidents de l'unité étant considérés à risque modéré/élevé, ils doivent être mis en isolement.

La levée de ces mesures se fera 14 jours après le début des signes du dernier cas s'il est devenu asymptomatique sinon jusqu'à la disparition de ses signes cliniques.

Pour les résidents et les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable COVID-19, il sera nécessaire de réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates. (Cf fiche « **Contact-tracing autour d'un cas probable ou confirmé de COVID-19** » en annexe).

C - Mesures générales

Fiche **en annexe** : rôle de chacun dans gestion COVID19

1. Adaptation des chambres

- Quelle que soit la situation les mesures de confinement sont applicables pendant 14 jours après l'exposition définie au paragraphe précédent ;
- Dans la mesure du possible, les patients sont en chambre individuelle ;
- Pour les chambres doubles, les mêmes précautions sont applicables pour le voisin de chambre.

Modèle de fiche **en annexe** : affiche isolement en chambre

2. Gestion du matériel en chambre

- *Usage Unique* : Privilégier ce type de dispositifs pour le séjour du patient.
- *Usage Multiple* : Entretien du matériel dans la chambre du patient par désinfection au moyen de lingettes imprégnées d'un produit détergent désinfectant.

D - Dispositifs de protection individuelle à utiliser pour applications des précautions complémentaires COVID19 en fonction des gestes quotidiens

1. Actes à risque faible

Exemple : Lever, mise au fauteuil, distribution des repas, distribution des médicaments

- Masque chirurgical
- Lunette de protection (usage réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manche longue
- Geste d'hygiène des mains avec SHA. Durée de friction de 30 secondes.

Fiche **en annexe** : CAT port du masque

2. Actes à risque intermédiaire avec exposition à des liquides biologiques

Exemple : Toilette, change, retournement, prise de sang, conduite aux toilettes, mise en place de la prothèse dentaire

- Masque chirurgical
- Lunette de protection (usage unique ou réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manche longue
- Sur-blouse en plastique à usage unique
- Mettre des gants à usage unique non stérile
- Geste d'hygiène des mains avec SHA après retrait des gants. Friction de 30 secondes.

3. Actes à haut risque : geste invasif ou manœuvre de la sphère respiratoire

Exemple : Urgence vitale, intubation, soins de bouche, kinésithérapie respiratoire

- Masque FFP2
 - Vérifier étanchéité par test ajustement (Fit-check)
 - Doit couvrir le nez, la bouche et le menton
 - Ne pas manipuler une fois en place
- Lunette de protection (usage réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manche longue
- Sur-blouse en plastique à usage unique
- Mettre des gants à usage unique non stérile
- Geste d'hygiène des mains avec SHA après retrait des gants. Friction de 30 secondes.

4. Déshabillage

- Hygiène des mains
- Retirer le tablier puis la surblouse à éliminer dans le sac DASRI, dans la chambre.
- Hygiène des mains à l'extérieur de la chambre
- Retirer la charlotte à mettre en poubelle DASRI.
- Retirer les lunettes de protection (les désinfecter si réutilisable)
- Retirer le masque à mettre en poubelle DASRI.
- Hygiène des mains au SHA.

Protocole habillage/déshabillage pour affichage, en annexe

E - Gestion des excréta

1. Patients continents

- WC individuel
- Bassin avec protection sachet. Et élimination des sachets dans les DASRI.
- Nettoyage et désinfection au détergent désinfectant utilisé dans la structure ou à l'eau de javel (dilution selon le protocole fournit dans le KIT)

2. Patients incontinents

- Utilisations de protections et éliminations dans les DASRI : protection et élimination dans les DASRI

3. Déchets

- Élimination des déchets dans la filière DASRI :

- Un sac DASRI situé dans la chambre. (sur-blouse jetable, tablier, gants, vaisselle à usage unique et linge à usage unique) Ce sac doit être fermé puis emballé dans un deuxième sac DASRI à l'extérieur de la chambre
- Un sac DASRI situé hors de la chambre : masques +/- lunettes
- Évacuation circuit DASRI

4. Repas et Vaisselle

- Repas en chambre
- **Privilégier la vaisselle à usage unique**
- Élimination filière DASRI
- Plateau réutilisable à désinfecter avec une lingette imprégnée de détergent désinfectant
- Pour vaisselle réutilisable : nettoyage habituel dans le lave-vaisselle

5. Linge

- Linge à usage unique à éliminer dans les DASRI
- Linge réutilisable (si linge non souillé, le changer selon vos fréquences habituelles) :
 - Ne pas secouer les draps et le linge et ne pas le déposer au sol
 - Ne pas plaquer le linge et les draps contre soit
 - Déposer dans des sacs hydrosolubles de préférence
- Si pas de sacs hydrosolubles :
 - Déposer le linge dans un sac plastique transparent soigneusement fermé
 - Emballer à l'extérieur de la chambre dans un deuxième sac
 - Évacuer les sacs en plastique dans le circuit linge classique selon la procédure de votre structure.
- Laver le sol minimum 3 heures après avoir changé les draps.

En complément :

- Précautions du linge et des locaux, **en annexe**
- précautions d'hygiène en EMS du Cpias, **en annexe**
- tableau des entrées des professionnels, **en annexe**

FICHE 4 : ADMISSION ET RETOUR

D'HOSPITALISATION DES RESIDENTS

Les admissions ne doivent pas être interrompues.

Sans opposition avec la MARS 2020-13 recommandant de créer un secteur dédié pour les résidents atteints de COVID19 confirmé ou probable, nous prenons la mesure de la complexité de créer de tels secteurs. Les chambres des résidents sont considérées juridiquement comme leur domicile privé, dont il ne peut être aussi librement disposé sans leur accord. Nous élaborons ainsi des recommandations d'isolement en chambre.

Si vous arrivez toutefois à créer des zones/secteurs de confinement, notamment à l'aide du rabattement des portes coupes feu, il convient, outre les mesures barrière placées à chaque porte (ex : mise à disposition de sha, gants, etc.), de définir exactement ces secteurs : secteur « cas COVID-19 confirmés », « secteur cas COVID-19 probables/possibles/exposés/contacts », etc. Il serait souhaitable, d'isoler les résidents présentant des fragilités digestives ou autres, les rendant particulièrement vulnérables en créant un secteur dédié. La sectorisation implique le déplacement des résidents de leur chambre. En cas exceptionnels, il peut être fait entorse au droit du domicile privé applicable aux chambres des résidents, notamment dans l'intérêt de préserver leur santé et celle de tous. Ces déplacements doivent être accompagnés de désinfection totale des chambres et de la mise sous plastiques des effets personnels qui sont alors à laisser stockés dans les chambres. Pour réaliser ces opérations dites « tiroirs », une à deux chambres « dites » tampons sont nécessaires pour installer les résidents dans l'attente.

Les accueils de jour sont interrompus.

Admission d'une personne venant de la ville ou d'un établissement de santé

En cas d'admission d'une personne en hébergement définitif ou temporaire, venant de la ville ou d'un établissement de santé, elle est considérée comme un cas exposé. Il est recommandé :

- Si entrée en unité classique : isolement en chambre de la personne **pendant 14 jours**. Les repas sont dispensés en chambre et la personne ne participe pas aux activités collectives pendant cette **durée de 14 jours**. Les précautions barrière sont donc à prendre à l'entrée de la chambre.
- Si entrée en unité protégée (UHR, UVA, UVP, ...) : isolement de l'unité complète pendant une **durée de 14 jours**. Les précautions barrière sont donc à prendre à l'entrée de l'unité de vie. L'organisation des repas reste au sein de l'unité.

FICHE 5 : CONTINUITE DE

LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

Limitation des sorties médicales et paramédicales

Le plan de soins peut être réévalué en fonction de l'urgence des interventions (reporter les consultations programmées, mémoire, cardio, différer les soins de rééducation non urgents, podologue, ophtalmo...) privilégier les sessions de télé-médecine pour les consultations dans un premier temps.

Continuité des soins avec les professionnels extérieurs

Seuls les soins indispensables aux résidents et vitaux sont maintenus. Les soins non-urgents sont reportés afin de limiter les entrées et risques de contamination de la structure. Les consultations médicales se font le plus possible en télé-médecine.

La kinésithérapie respiratoire des résidents est à maintenir tant que possible.

La kinésithérapie pour une autre raison doit être limitée aux besoins essentiels mais non interrompue, pour limiter les pertes de chances. Il serait préférable de limiter à 1 ou 2 professionnels quand c'est nécessaire.

Les services de SSR étant également mobilisés pour la gestion du COVID-19, certaines hospitalisations seront raccourcies, voire des HDJ annulées. Dans ce cadre des prescriptions hospitalières de rééducation devront être réalisées par les kinésithérapeutes libéraux, tout en limitant le nombre de ces intervenants dans ce contexte épidémique.

Il vous est recommandé d'utiliser le tableau des intervenants extérieurs joint [en annexe](#).

Télé-médecine par la Plateforme Prédice

Il existe un dispositif sécurisé de visio-consultation qui permet de pouvoir entrer en contact avec un médecin de ville et/ou en établissement de santé sans équipement spécifique de télé-médecine via la plateforme régionale Prédice.

→ Vous pouvez réaliser une demande d'inscription à la plateforme Prédice à l'adresse suivante : tlc.predice@esante-hdf.fr

Concernant les actes de visio-consultation, il est considéré que l'accord du médecin traitant est, *de facto*, sauf opposition signalée.

Il est également possible via l'application Prédice de bénéficier de télé-expertise de manière asynchrone : c'est-à-dire que vous pouvez demander conseil auprès de médecins qui vous répondront dès que possible.

FICHE 6 : DOCUMENTS UTILES POUR

LA GESTION DES HOSPITALISATIONS

Complétude des Dossiers de Liaison d'Urgence

Nous vous invitons à anticiper et donc mettre à jour et/ou compléter dès à présent les Dossiers de Liaison d'Urgence de vos résidents. Au regard des spécificités actuelles de prise en charge et pour permettre le meilleur accompagnement, veillez à bien renseigner leurs comorbidités comme leurs fragilités :

- Gériatriques
- Cognitives / psychiques
- Fonctionnelles
- Nutritionnelles
- Psychologiques

Cette bonne information du profil de vos résidents facilitera la prise en charge en aval par :

- Le Médecin coordonnateur de l'EHPAD et/ou
- Le Médecin traitant et/ou
- Le médecin référent gériatrique de territoire et/ou
- Le Médecin régulateur du SAMU centre 15 et/ou
- Le Médecin urgentiste.

Fiche « Urgences Pallia » et directives anticipées

En complément du DLU, nous vous invitons à renseigner la fiche « urgence pallia » pour tout résident concerné.

Si des directives anticipées ont été rédigées, elles sont à transmettre et à considérer.

Désignation de la personne de confiance

Nous vous invitons également, si cela est possible, à favoriser la désignation d'une personne de confiance pour les résidents de votre structure, si cela n'a pas déjà été fait.

Décisions Collégiales

Il est fortement suggéré de mettre en place dès à présent des décisions collégiales concernant la prise en charge en urgence de vos résidents afin d'encadrer les prises en soins thérapeutiques en cas de pronostic vital engagé.

Ces décisions collégiales pourront être accompagnées par le référent gériatrique de territoire, comme les équipes mobiles palliatives et/ou gériatriques de votre territoire.

L'ensemble des documents cités dans la fiche 6 sont fournis en annexe.

FICHE 7 : VERIFICATION ET UTILISATION

DES STOCKS DE PRODUITS SANITAIRES

Au regard de la crise sanitaire, les établissements sont amenés à gérer plus de résidents et de patients dans un état de décompensation. A ce titre, les ressources suivantes seront amenées à être gérées avec parcimonie.

Au regard de l'utilisation prévisionnelle conséquente de vos ressources, nous vous conseillons d'établir un état des lieux régulier de vos stocks et de les renouveler. Nous vous proposons pour ce faire un tableau de gestion des stocks en annexe.

Nous vous proposons également une composition de caisson d'isolement type en annexe.

Vous pouvez vous rapprocher des équipes mobiles d'hygiène ou de l'établissement de santé de votre territoire pour tout questionnement.

Solution hydro alcoolique

Les soignants sont invités à conserver leurs flacons vides de 100mL pour permettre un approvisionnement en vrac mis en place par les pharmacies. Les flacons devront être soigneusement lavés avant tout remplissage.

En cas de difficultés d'approvisionnement, les établissements de santé comme le CHU de Lille, certaines officines ou bien encore certains industriels peuvent être sollicités.

Masques chirurgicaux et lunettes

Leur utilisation est à réserver pour correspondre aux bonnes pratiques (précautions standard et complémentaires).

Cependant, nous recommandons le port de masque chirurgical pour chacun des professionnels le nécessitant selon les recommandations. Le changement de masque dans ce cas est préconisé toutes les 4h et plus fréquemment en cas de souillure

Une fiche de conduite à tenir (CAT) sur le bon usage du masque vous est jointe en annexe pour affichage.

Un stock de lunettes à usage multiples doit être prévu en cas de besoin selon les recommandations. (cf en annexe procédure de nettoyage et désinfection).

Blouses

En cas d'isolement pour un COVID-19 confirmé, une blouse à manches longues en tissu pourra être utilisée lors des entrées en chambre pour soins (avec un tablier plastique à usage unique pour les soins souillants/mouillants) et devra être laissée à l'entrée de la chambre si pénurie (Cf procédure précautions complémentaires + procédure habillage/déshabillage en annexe).

Sacs mortuaires

Au regard du contexte épidémique actuel, de la mortalité associée chez le sujet âgé, et au regard du protocole spécifique (joint **en annexe**) suite à un décès dû au COVID19, nous vous invitons à constituer un stock suffisant de sacs mortuaires. Le cas échéant, vous pouvez vous rapprocher de services de pompes funèbres pour vous en procurer.

En l'absence de sacs, il faut veiller pour les résidents décédés du COVID19 à l'enveloppement du corps dans un drap (de préférence à usage unique) pour réduire les risques de contamination.

Fiche en annexe de CAT pour les pompes funèbres

Gestion du Linge

Sans cas de COVID-19, la gestion du linge reste identique et conforme à vos procédures internes. Cependant l'intégralité du linge devra être traitée par l'EHPAD de manière gratuite, et ce, jusqu'à la fin de la crise sanitaire.

En cas de COVID-19 positif ou probable chez un résident, le traitement du linge de la chambre en question nécessite l'utilisation de sacs hydrosolubles afin d'assurer une gestion sécurisée de ce dernier. Si vous ne possédez pas de sacs hydrosolubles : Déposer le linge dans un sac plastique transparent soigneusement fermé, puis l'emballer à l'extérieur de la chambre dans un deuxième sac REB.

Pour rappel : Dans le cadre du lavage du linge dans le contexte actuel, ce dernier sera traité en interne systématiquement et de manière gratuite. La gestion du linge sera exclusivement prise en charge par l'EHPAD.

L'entretien du linge par les familles et proches n'est plus recommandé en temps d'épidémie, pour éviter toute contamination.

Nous vous recommandons de proposer à vos résidents de ne pas porter leur linge délicat et de privilégier le port des textiles les moins fragiles.

Une fiche Prise en charge linge et locaux COVID19 est **en annexe**.

Sacs DASRI

Dans le cadre de la gestion d'un résident positif ou probable au COVID-19, la gestion des déchets à risques contaminants devra être assurée via les sacs DASRI : gants, masques, protections, sacs pour chaises percées, sacs pour bassins, gants de toilette à usage unique, tablier pour soins mouillants et tout autre matériel utilisé, ...

Désinfection à la Javel

Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, l'utilisation de la javel est recommandée dans le cas où l'utilisation des produits habituels n'est plus possible, et uniquement dans ce cas.

Une fiche technique vous est présentée ci-après concernant les usages de la Javel en désinfection. Elle est issue d'une procédure du CCLIN Paris Nord- ARLIN.

<http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc11/0030358.pdf>

Pour la désinfection de matériel, le temps d'action de la solution d'eau de Javel est également de 10 minutes et nécessite un rinçage.

Bionettoyage des chambres (sol et surfaces) au moins 1 fois par jour, en insistant tout particulièrement sur les surfaces horizontales (adaptables, paillasses,...), les surfaces fréquemment touchées (poignée de porte, barrière de lit, dispositifs pour appel des soignants, téléphone, ...), les surfaces visiblement souillées et les sanitaires
Séquence en 3 temps :



Nettoyage avec un produit détergent



Rinçage à l'eau



Désinfection des sols et surfaces avec une solution d'eau de Javel à 2,6% diluée au 1/5^{ème} (cf. encadré ci-dessous)



Laisser sécher pour obtenir un temps d'action de **10 mn**

Rincer obligatoirement les surfaces en inox après javellisation

Nettoyage et désinfection à l'Eau de Javel (mêmes concentration et temps de contact) **de l'équipement réutilisé** entre deux patients (en particulier soulève-malade, matériel de rééducation)

Utilisation en désinfection de l'Eau de Javel : solution à 2,6% diluée au 1/5^{ème}



9,6%

Si utilisation de **berlingots de 250ml (solution à 9,6%)** :

- 1- dilution dans un flacon de 1 litre (berlingot de 250ml + 750ml d'eau froide pour obtenir une solution de 1 litre à 2,6%),
- 2- puis nouvelle dilution au 1/5^{ème} (1 litre de la solution préparée dans 4 litres d'eau).



2,6%

Si utilisation de **bidons de 1 ou 2 litres (solution à 2,6%)** :

- dilution directe au 1/5^{ème} (1 litre du bidon dans 4 litres d'eau)

FICHE 8 : GESTION DU CHARIOT D'URGENCE

Nous vous renvoyons à vos procédures concernant la gestion du chariot d'urgence et nous vous incitons à adapter la liste des médicaments nécessaires au cadre épidémique.

Nous vous proposons en annexe une liste de thérapeutiques et matériels pertinents, proposée par l'ARS Hauts-de-France.

Au regard de l'utilisation prévisionnelle conséquente de vos ressources, nous vous conseillons d'établir un état des lieux régulier de vos stocks et de les renouveler spontanément.

Il est conseillé de prévoir diverses thérapeutiques médicamenteuses telles que les antalgiques, antibiotiques, diurétiques ou aérosols (Bricanyl/Atrovent).

Nous vous invitons à adapter le nombre de perfuseurs et de solutés pour les mettre en adéquation avec vos besoins quotidiens.

Certains hypnotiques (hypnovel/midazolam) et morphiniques pourront être délivrés par les pharmacies hospitalières dans le cadre de prises en charge palliatives grâce à l'intervention de l'HAD.

Voir fiche 1 « organisation territoriale » pour l'intervention de l'HAD.

Les recommandations suivantes de la HAS peuvent vous apporter des détails complémentaires relatifs aux thérapeutiques. Ces recommandations ne se substituent pas aux échanges que vous pourrez avoir avec les médecins et référents gériatrique, palliatif, ou de l'HAD de votre territoire.

« Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie »

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/fiche_sedation_mg.pdf

« Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? »

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

FICHE 9 : GESTION DE L'OXYGENE

Si vous n'en possédez pas au sein de votre établissement, nous vous invitons fortement à prendre contact avec un prestataire d'O² afin de mettre à votre disposition des bouteilles à oxygène. En cas de refus et/ou de difficultés d'approvisionnement par leurs soins, vous êtes invités à remonter expressément cette situation auprès de l'Agence Régionale de Santé : ars-hdf-defense@ars.sante.fr

Un bio-nettoyage sera effectué et tracé sur les obus à oxygène.

Les obus doivent être conservés dans des conditions particulières : Une procédure de stockage et d'utilisation des obus est proposée ci-dessous.

Nous vous invitons également à prendre connaissance de toutes les informations et consignes communiquées par votre prestataire d'oxygène.

Pour toute difficulté de prise en charge :

L'astreinte gériatrique pourra vous renseigner au mieux sur la conduite à tenir pour la prise en charge.

Les équipes de soins palliatifs et/ou centres de la douleur sont en lien avec cette astreinte.

Les HAD de votre territoire peuvent également vous y aider. Leurs limitations de prises en charge ont été levées pour cette crise sanitaire.

Voir [fiche 1 : « organisation territoriale »](#)

Les règles générales de stockage des bouteilles d'oxygène médical préconisées sont les suivantes :

- Les bouteilles sont stockées en position verticale
- Les bouteilles **doivent être protégées des risques de chocs et arrimées** pour éviter tous risques de chutes :
- La zone de stockage doit être à l'abri des intempéries, **propre et correctement ventilée**, afin de réduire les **risques de combustion** spontanée.
- Toute **source de feu ou de chaleur** à proximité des bouteilles est à **proscrire** : étincelle, circuit électrique, cigarette, flamme nue ...
- Les bouteilles doivent être **stockées à l'écart** des **produits combustibles** (essence, gasoil...) et des **produits gras** (graisse, cirage ...).
- La quantité de bouteille d'oxygène est rationalisée afin de limiter la source de comburant présent.
- Les bouteilles pleines doivent être séparées des bouteilles vides.
- Les bouteilles doivent être stockées fermées.
- Les **étiquettes** suivantes doivent être apposées sur le stockage



Attention ce produit est un comburant



Ne pas fumer à proximité du stockage



Attention ce produit est un gaz sous pression

Types de stockages possibles (par ordre décroissant de sécurité **1 2 3**) :

1 A l'extérieur du CT :

Dans une cage dédiée, située à au moins 1 m de toute zone accessible au public, de circulation et de stationnement.



Cage fixée au mur

Socle stable et dur de surélévation

1

A l'intérieur du CT :

- **2** Dans un local dédié identifié par un marquage, ventilé, fermé à clé, disposant d'un système permettant d'éviter les chutes des bouteilles
- **3** En module de stockage :
 - 2 pour CT avec 1 VSAV (1 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)
 - 3 pour CT avec 2 VSAV (2 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)

- Identification par signalétique
- Ventilation
- Chaîne de protection
- Protection contre les chocs



3

Notes de service concernant les bouteilles d'O₂ :

- NDS n°2007-102 - Consignes de sécurité et de vigilance relative à l'utilisation de l'oxygène médical
- NDS n°2008-129 - Consignes de sécurité pour l'utilisation des bouteilles d'oxygène médical
- NDS n°2011-104 - Aménagement du stockage des bouteilles d'oxygène médical dans les casernements

Professionnels ayant participé à l'élaboration de ces recommandations régionales

- Pr Frédéric Bloch, PUPH Gériatrie, CHU Amiens
- Dr Emmanuelle Cerf, médecin veille sanitaire, D3SE, ARS HDF
- Dr Charles Charani, médecin coordonnateur HAD et libéral, HAD Synergie
- Dr Mouna Dami, médecin coordonnateur EHPAD, CH Corbie
- Dr Marguerite-Marie Defebvre, médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement, ARS HdF
- Mme Caroline De Pauw, Directrice URPS ML
- Dr Emmanuel Faure, médecin infectiologue, CHU Lille
- Dr Christine Gaillandre, référente régionale PATHOS, DOMS, ARS HDF
- Mme Bérénice Guidé, chargée de mission ASSURE, GHLH
- Mme Séverine Laboue, Directrice CH et EHPAD, GHLH
- Dr Morgane Plançon, médecin soins palliatifs EMSSP, CH Valenciennes
- Pr François Puisieux, PUPH Gériatrie, CHU Lille
- Dr Bénédicte Simovic, médecin hygiéniste, CHU Lille
- M. Benjamin Thomas, chargé de mission ASSURE, GHLH
- Dr Philippe Walraet, médecin coordonnateur, EHPAD St François de Sales à Capinghem (association Feron- Vrau)
- Pr Eric Wiel, PUPH Urgences, CHU Lille
- Dr Valérie Wiel, gériatre équipe mobile et réseaux, CH Lens
- Dr Karine Wyndels, médecin épidémiologiste, Cellule régionale de Santé publique France, HDF

Remerciements complémentaires à :

- Aux professionnels de l'Oise pour leurs retours d'expériences ayant permis d'ajuster le kit :
 - o Mme Jenny WATTELIER Directrice des EHPAD du CH Beauvais-Crèvecœur le grand,
 - o Mr Olivier BOULANT, directeur régional HDF du Groupe DOMUS,
 - o Mr Hubert DERCHE, Directeur des EHPAD de Liancourt et Chambly,
 - o le Dr Cnockaert, médecin chef de pôle gériatrie du CH de Beauvais,
 - o le Dr Cécile DURU médecin-coordonnateur de Crepy en valois.
- Mme Claire Davy, ARS Ile de France pour la transmission d'éléments qui ont contribué à ce travail.
- Mmes Faveraux Laetitia et Machu Anne-Noëlle, DGOS ; Mr Scemama olivier, DGOS, pour leur relecture et la rédaction du texte sur les prises en charge en HAD.
- A l'ARS Hauts de France :
 - o Mr Sylvain Lequeux, directeur DOMS, ARS HDF pour sa relecture,
 - o Mr Guillaume Blanco, DOS pour les consignes sur l'astreinte gériatrique.