



ST. MICHAEL'S  
UNITY HEALTH TORONTO

# Préparation et application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les soins de longue durée : obstacles, leviers et recommandations en lien avec la COVID-19

Préparé pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et  
L'Institut canadien pour la sécurité des patients

Dépôt : 2021-01-21

Par :

**Le programme d'application des connaissances  
Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's**

Institut du savoir Li Ka Shing

Hôpital St. Michael's

Toronto (Canada)

Courriel : [Alyson.Takaoka@unity.health.to](mailto:Alyson.Takaoka@unity.health.to)

Ce document a été créé conjointement par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, qui ont fusionné sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

## Table des matières

---

|  |    |
|--|----|
| Résumé.....  | 1  |
| Introduction .....   | 2  |
| Méthodologie .....   | 2  |
| Résultats .....  | 3  |
| 1. Préparation.....  | 4  |
| 2. Prévention .....  | 5  |
| 3. Effectifs.....  | 6  |
| 4. Réponse à la pandémie et capacité de mobilisation ..... | 7  |
| 5. Planification des soins COVID-19 et non COVID-19.....   | 8  |
| 6. Présence des familles .....                             | 9  |
| Discussion.....  | 10 |
| Conclusion .....   | 12 |
| Références.....  | 13 |

## Abréviations

|       |   |
|-------|---|
| CAPES | Canadian Alliance to Protect and Equip Seniors Living                     |
| FCASS | Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé            |
| ICSP  | Institut canadien pour la sécurité des patients                           |
| SMU   | Services médicaux d'urgence   |
| PCI   | Prévention et contrôle des infections                                     |
| KFLA  | Kingston, Frontenac, Lennox et Addington                                  |
| KTP   | Knowledge Translation Program (programme d'application des connaissances) |
| RLISS | Réseau local d'intégration des services de santé                          |
| SLD   | Soins de longue durée   |
| ESLD  | Établissement de soins de longue durée                                    |
| NIA   | National Institute on Ageing  |
| EPI   | Équipement de protection individuelle                                     |
| PB    | Préposé aux bénéficiaires   |
| RPA   | Résidence pour personnes âgées  |

# Résumé

## Introduction

Les établissements de soins de longue durée (ESLD) ont été l'épicentre de la pandémie de COVID-19 au Canada, les résidents du secteur totalisant plus de 80 % des décès. Dans un rapport récemment publié, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) relèvent des pratiques prometteuses et des politiques utiles en cas d'éclosion de maladie infectieuse. Ces six pratiques (préparation, prévention, effectifs, réponse à la pandémie et capacité de mobilisation, planification des soins COVID-19 et non COVID-19, présence des familles) sont déclinées en questions à poser lors de l'évaluation de la préparation et de la capacité de réponse.

Pour approfondir son rapport, la FCASS a demandé au personnel du programme d'application des connaissances (KTP, pour Knowledge Translation Program) de l'Hôpital St. Michael's d'effectuer une analyse secondaire de 25 entrevues, menées auprès de personnes liées aux ESLD et aux RPA réparties dans tout le pays.

## Objectifs

Les objectifs de l'analyse étaient les suivants :

1. Cerner les obstacles et les leviers à la préparation contre la COVID-19 en ESLD et en RPA, et définir les besoins et des recommandations en la matière.
2. Dresser la liste des outils et les ressources de la IPAC+ Resource Library pouvant aider au travail sur les obstacles, leviers, besoins et recommandations cernés.

## Méthodologie

L'analyse des entrevues s'est faite selon une démarche qualitative rapide en raison : 1) de la nature des données recueillies (notes détaillées plutôt que transcriptions officielles); et 2) de l'urgence de procéder, pour déterminer les moyens de venir en aide aux ESLD et aux RPA pendant la deuxième vague de COVID-19.

## Principaux résultats

Il existe beaucoup de ressources utiles pour travailler sur les obstacles, leviers, besoins et recommandations relatifs à la préparation contre la COVID-19 en SLD. Les résultats peuvent guider la mise en place de stratégies et l'affectation de ressources, dans l'optique de soutenir les établissements, tout au long de la pandémie.

## Portrait des résultats

### 1. PRÉPARATION

#### OBSTACLES

- Accent mis sur les soins aigus, aux dépens des SLD
- Application difficile des pratiques de PCI dans les ESLD

#### LEVIERS

- Partenariats et plans préétablis entre les hôpitaux et les ESLD
- Obtention et gestion des EPI

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Maintien de l'attention accordée à la formation en PCI et aux évaluations
- Développement de la chaîne d'approvisionnement en EPI
- Plans de réponse personnalisés en cas d'éclosion ou de pandémie

### 2. PRÉVENTION

#### OBSTACLES

- Admissions depuis un milieu de soins actifs
- Incohérence des recommandations de santé publique
- Respect déficient des pratiques exemplaires de PCI

#### LEVIERS

- Mise en place rapide de mesures de PCI
- Mise sur pied de centres d'évaluation mobiles
- Avantages géographiques

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Dépistage systématique, surveillance et recherche des contacts dans les ESLD
- Diminution des entrées dans les ESLD et les RPA
- Stratégies de soins aux résidents

### 3. EFFECTIFS

#### OBSTACLES

- Pénuries de personnel
- Recrutement difficile
- Charge de travail accrue en raison des protocoles de PCI contre la COVID-19

#### LEVIERS

- Soutien financier et psychologique
- Recours à des professionnels paramédicaux en SLD

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Aide au recrutement, au bien-être et à l'autonomisation du personnel
- Sécurité d'emploi à long terme pour le personnel
- Évaluation de la gestion sur place

### 4. RÉPONSE À LA PANDÉMIE ET CAPACITÉ DE MOBILISATION

#### OBSTACLES

- Réponse lente aux éclosions
- Déclaration difficile des cas

#### LEVIERS

- Leadership fort durant les éclosions
- Équipes de gestion des éclosions
- Capacité à séparer les cas positifs et les cas négatifs

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Pérennité des mesures de réponse
- Plan de réponse à la pandémie dans les unités pour les personnes atteintes de démence

### 5. PLANIFICATION DES SOINS COVID-19 ET NON COVID-19

#### OBSTACLES

- Absence de membres de la direction sur place
- Relégation des soins et des services non COVID-19 au deuxième rang

#### LEVIERS

- Prestation de soins virtuels dans la mesure du possible
- Investissements dans la nature centrée sur la personne des ESLD

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Plus grande présence et responsabilisation de la direction
- Modèles de soins parallèles et ressources complémentaires
- Adoption d'une approche holistique axée sur le bien-être des résidents

### 6. PRÉSENCE DES FAMILLES

#### OBSTACLES

- Politiques de visites contraignantes
- Répercussions de l'absence des familles
- Difficultés d'ordre technologique

#### LEVIERS

- Stratégies de communication avec les familles
- Stratégies autorisant les partenaires de soins essentiels dans les ESLD

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- Processus de réintégration des partenaires de soins essentiels

## Introduction

---

Les établissements de soins de longue durée (ESLD) ont été l'épicentre de la pandémie de COVID-19 au Canada, les résidents du secteur totalisant plus de 80 % des décès<sup>1</sup>. Il semblerait que, malgré les facteurs qui le prédisposaient à un risque accru, le secteur des soins de longue durée (SLD) n'était ni assez préparé ni assez équipé pour protéger ses résidents et son personnel. C'est pourquoi la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) ont, sur une période de trois semaines entre la fin mai et le début juin 2020, interviewé des personnes qui travaillent dans un établissement de soins de longue durée (ESLD) ou qui y jouent un rôle de soutien, au moyen d'une démarche d'analyse qualitative rapide<sup>2</sup>. Les deux organismes ont fait appel à des dirigeants du système de santé et à des proches aidants répartis à travers le pays. Les participants devaient décrire les facteurs ayant contribué aux éclosions de COVID-19 dans les ESLD et les autres milieux collectifs, nommer des pratiques prometteuses avec un potentiel de diffusion et de mise à l'échelle à court terme, et suggérer des moyens de maintenir les soins essentiels non liés à la COVID-19 aux personnes âgées, en 2020 et après. Le rapport issu du processus, *Repenser les soins aux personnes âgées : les prochaines étapes de la réponse à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées*, décrit ce qui s'est passé dans les ESLD et les résidences pour personnes âgées (RPA) entre mars et mai 2020. Il relève six pratiques prometteuses et politiques susceptibles de réduire le risque d'une autre vague d'éclosions en SLD ou d'atténuer ses effets : 1) préparation; 2) prévention; 3) effectifs; 4) réponse à la pandémie et capacité de mobilisation; 5) planification des soins COVID-19 et non COVID-19; 6) présence des familles<sup>3</sup>. Ces six domaines prioritaires y sont déclinés en questions à poser lors de l'évaluation de la préparation et de la capacité de réponse.

Pour approfondir son rapport, la FCASS a demandé au personnel du programme d'application des connaissances (KTP, pour Knowledge Translation Program) de l'Hôpital St. Michael's d'effectuer une analyse secondaire d'une partie des entrevues. Son mandat était de dégager et de catégoriser les obstacles, les leviers et les lacunes dans les pratiques liés à la préparation contre la COVID-19.

L'analyse portait sur les données incluses dans le rapport de la FCASS et de l'ICSP et le contenu de la IPAC+ Resource Library, avec les objectifs suivants :

1. Cerner les obstacles et les leviers à la préparation contre la COVID-19 en SLD, et définir les lacunes dans les pratiques en la matière.
2. Dresser la liste des outils et les ressources de la IPAC+ Resource Library pertinents pour travailler sur les obstacles, leviers et lacunes cernés. La IPAC+ Resource Library est un répertoire en ligne créé par le personnel du KTP et du programme régional de soins gériatriques de Toronto qui regroupe les ressources ontariennes les plus récentes sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) en SLD pendant la pandémie<sup>4</sup>.

## Méthodologie

---

Le KTP a reçu les notes détaillées non verbatim tirées de 25 entrevues et le rapport final de la FCASS et de l'ICSP susmentionné<sup>3</sup>.

L'analyse des notes s'est faite selon une démarche qualitative rapide<sup>5</sup> en raison : 1) de la nature des données recueillies (notes détaillées plutôt que transcriptions officielles); 2) de l'urgence de procéder, pour déterminer les moyens de venir en aide aux ESLD pendant la deuxième vague de COVID-19.

L'analyse rapide est une manière réalisable et rigoureuse de catégoriser les données qualitatives dans des délais serrés. Cette méthode est utilisée par les chercheurs en services de santé lors d'urgences sanitaires complexes telles que la pandémie de COVID-19. Elle fait gagner du temps par rapport à l'analyse thématique, et plus de 75 % des résultats des deux approches se recoupent<sup>2</sup>.

La démarche rapide consiste en une série d'actions concrètes guidant l'analyse qualitative. Ici, le processus englobait les étapes suivantes :

1. Un membre du personnel (AT) a lu toutes les notes d'entrevue pour obtenir une vue d'ensemble des données.
2. Un système de codification a été élaboré à partir des six domaines prioritaires des ESLD (préparation, prévention, effectifs, réponse à la pandémie et capacité de mobilisation, planification des soins COVID-19 et non COVID-19, présence des familles) et des questions correspondantes, établis lors de l'analyse primaire des données et décrits dans le rapport original de la FCASS et de l'ICSP<sup>3</sup>. La méthode a servi à dégager les obstacles et les leviers à la préparation des ESLD aux pandémies et à définir les besoins et des recommandations en la matière, et ce, à partir des propos des participants.
3. Deux membres du personnel du KTP (AT, OS) ont codé les notes sommaires, séparément et à l'aide du système de codification, pour un échantillon aléatoire correspondant à 20 % (5/25) des entrevues. Ils ont ensuite comparé leurs matrices de codes. En cas de discordance, ils ont résolu le problème entre eux. Lorsque le désaccord persistait, ils ont demandé à un membre de l'équipe de recherche n'ayant pas participé au processus d'entrevue de trancher (TF ou KQL).
4. Un membre du personnel (AT) a schématisé les notes des entrevues restantes en points, puis généré des sous-points liés aux obstacles, leviers, besoins et recommandations décrits par les participants.
5. Une fois toutes les notes divisées en points et en sous-points, un membre du personnel (AT) a passé en revue le rapport *Repenser les soins aux personnes âgées* afin d'ajouter aux codes des détails contenus dans l'analyse primaire.
6. Deux membres du personnel du KTP (AT, KQL) ont repéré des ressources de la IPAC+ Resource Library ou d'autres ressources connues qui pourraient aider au travail sur les obstacles, leviers et besoins et recommandations cernés.
7. Un membre du personnel du KTP (AT) a ensuite examiné ce qui manquait dans les ressources, pour cibler les domaines où il faudrait en préparer.
8. L'équipe de recherche (AT, KQL, OS, TF, SS) a regroupé les sous-questions associées à chaque domaine prioritaire, fusionné les codes et amélioré ceux-ci par des évaluations successives.

## Résultats

---

Nous avons analysé les notes tirées de 25 entrevues ( $n = 26$  participants) de dirigeants du système de santé, qui portaient sur les perspectives pancanadiennes de la crise de la COVID-19 vécue dans les ESLD et les RPA. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus, classés selon les six domaines prioritaires du rapport original<sup>3</sup>.

## 1. Préparation

Questions pour évaluer la préparation des ESLD à la pandémie :

- Les établissements ont-ils mis à jour l'application des normes et adapté la formation en matière de PCI?
- Les établissements ont-ils rencontré des partenaires régionaux pour co-concevoir des plans d'intervention pour différents scénarios d'éclosion (p. ex., au moyen de simulations)?
- Les établissements et autres milieux ont-ils conclu des ententes d'approvisionnement et de gestion des EPI?
- Ont-ils tiré parti de l'évaluation et de l'orientation par des tiers pour assurer le respect des protocoles de PCI?

### OBSTACLES

- **Accent mis sur les soins aigus, aux dépens des SLD** : La préparation du système de santé à la COVID-19 était axée sur les hôpitaux de soins aigus, ce qui a eu des répercussions sur l'approvisionnement des ESLD en EPI.
- **Application difficile des pratiques de PCI dans les ESLD** : Les pratiques de PCI ont été difficiles à appliquer pour diverses raisons, dont des problèmes infrastructurels de longue date (p. ex., chambres partagées, système d'aération avec une mauvaise filtration ou ventilation, grandes salles de repas et aires communes, manque de lavabos pour l'hygiène des mains du personnel) et le manque de connaissances ou de formation du personnel sur la PCI. À ces difficultés s'ajoutaient l'allongement des heures de travail du personnel déjà surmené, et les dépenses de PCI additionnelles (EPI, désinfectant pour les mains, produits nettoyants, etc.).

### LEVIERS

- **Partenariats et plans préétablis entre les hôpitaux et les ESLD** : Les ESLD les mieux préparés avaient préétabli des partenariats officiels avec des hôpitaux de soins aigus en prévision de situations de crise. Par exemple, la région ontarienne de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA) a élaboré des plans de gestion des éclosions, en collaboration avec les autorités municipales, l'université, l'ESLD, le bureau de santé publique et l'hôpital de la région. Elle s'est appuyée sur ses préparatifs contre la grippe saisonnière pour créer des protocoles d'évaluation de l'état de préparation et d'encadrement en matière de PCI, et a ajouté des inspecteurs de restaurants ainsi qu'une infirmière de santé publique à son équipe.
- **Obtention et gestion des EPI** : Au début de la première vague, les établissements ayant suffisamment d'EPI étaient ceux qui avaient les ressources financières nécessaires ou qui recevaient des dons de bienfaisance, par exemple dans le cadre de l'initiative de la Canadian Alliance to Protect and Equip Seniors Living (CAPES). Dans certaines régions, la tenue d'un inventaire régional, provincial ou territorial et la centralisation des EPI dans des centres hospitaliers ont permis d'éviter l'épuisement des stocks et de réduire les coûts. Des chaînes d'approvisionnement centralisées ont été rapidement mises sur pied à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Manitoba.

### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Maintien de l'attention accordée à la formation en PCI et aux évaluations** : Les participants ont indiqué qu'il faut se concentrer sur la formation continue du personnel en matière de PCI, ainsi que sur les stratégies provisoires visant à contourner les obstacles infrastructurels (modification des heures de visite, installation de barrières protectrices entre les résidents d'une chambre partagée, etc.). Ils ont également proposé l'adoption d'une approche de formation décentralisée ou basée sur la formation du formateur. Certains ont même demandé de renforcer la réglementation dans les ESLD et d'augmenter la fréquence des inspections et des évaluations de l'état de préparation. Les ESLD ont été invités à mener régulièrement des autoévaluations.
- **Développement de la chaîne d'approvisionnement en EPI** : On a demandé à ce que les ESLD se dotent d'un plan clair pour tout ce qui se rapporte aux EPI et aux fournitures (production de rapports, acquisition et réapprovisionnement). Certains participants ont suggéré d'entreposer les EPI dans un centre local et d'envisager l'embauche d'un coordonnateur régional chargé d'allouer les ressources selon les besoins.
- **Plans de réponse personnalisés en cas d'éclosion ou de pandémie** : Les participants ont dit que les hôpitaux devraient aider les ESLD (urbains et ruraux) à établir un plan d'intervention personnalisé, qui serait approuvé par un bureau de santé publique ou une régie de la santé provinciale et revu chaque année. Ce plan devrait traiter des responsabilités de l'équipe, de la communication, des ressources (EPI, équipement de PCI, etc.), de la hiérarchie établie en cas de problème, des rôles de chacun durant la pandémie et des directives à suivre pour collaborer avec le secteur des soins à domicile et communautaires. Il peut comprendre un guide, des simulations et des exercices en lien avec le leadership professionnel, les EPI et la formation sur la PCI.

### RESSOURCES

[Formation de base en PCI en lien avec la COVID-19](#)

[Vidéos pertinentes pour les ESLD sur la façon de mettre et d'enlever les EPI](#)

[Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée](#)

[Étapes recommandées : mise en place d'équipement de protection individuelle \(ÉPI\)](#)

[Chaîne YouTube de Santé publique Ontario : tutoriels sur les EPI et le nettoyage de l'environnement](#)

[Pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les milieux de soins de santé, 3<sup>e</sup> édition](#)

[Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4<sup>e</sup> édition](#)

[Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Preparedness Checklist for Nursing Homes and other Long-Term Care Settings](#)

[Webinaire de Santé publique Ontario – COVID-19: Considerations for Long Term Care and Retirement Homes \(LTC/RH\)](#)

[Personal Protective Equipment \(PPE\): Guidance for the LTC & RH Sectors](#)

[Personal Protective Equipment \(PPE\) Burn Rate Calculator](#)

[Interactive Excel Template for Tracking COVID-19 Cases and IPAC Practices](#)

[IPAC Canada Audit Toolkit](#)

[Outil d'autoévaluation en PCI\\*](#)

\* En anglais.

## 2. Prévention

Questions pour évaluer les mesures préventives des ESLD :

- Les établissements testent-ils régulièrement et systématiquement les gens, même en l'absence de symptômes? Ont-ils mis en place des protocoles rigoureux de traçage des contacts?
- Les établissements imposent-ils le port du masque et d'autres mesures de PCI?
- Les établissements ont-ils collaboré avec des partenaires pour optimiser les modèles de soins et réduire le nombre de prestataires extérieurs et la fréquence à laquelle les résidents doivent sortir pour recevoir des soins (p. ex., par la prestation de soins virtuels, de soins primaires solides et de services sur place, le cas échéant)?
- Des approches sont-elles en place (p. ex., au moyen de services de soutien intensif à l'établissement et dans la communauté) pour réduire le nombre de personnes qui attendent à l'hôpital pour d'autres types de soins ou qui ont besoin de soins de longue durée?

### OBSTACLES

- **Admissions depuis un milieu de soins actifs** : La hausse soudaine des admissions dans un ESLD depuis les hôpitaux de soins actifs au début de la pandémie a rendu difficile l'application de stratégies de prévention efficaces.
- **Incohérence des recommandations de santé publique** : Les recommandations concernant les pratiques exemplaires de PCI étaient parfois perçues comme étant vagues, incohérentes ou tardives. Une personne a donné un exemple de directives données deux semaines trop tard.
- **Respect déficient des pratiques exemplaires de PCI** : Des participants ont mentionné que la liste de symptômes accompagnant les premiers protocoles de dépistage n'était pas exhaustive (la perte du goût et de l'odorat n'y figurait pas). De plus, l'accès aux tests de dépistage était insuffisant, le délai d'obtention des résultats était long, et la déclaration des données sur les éclosions aux autorités de santé publique était déficiente.

### LEVIERS

- **Mise en place rapide de mesures de PCI** : Les décisions rapides prises par les dirigeants des ESLD quant au confinement, au dépistage de surveillance, au port obligatoire du masque et à l'utilisation adéquate des EPI étaient considérées comme essentielles pour la PCI. Les participants ont dit d'être servi d'applications comme BookJane pour faciliter la recherche des contacts et la déclaration des cas.
- **Mise sur pied de centres d'évaluation mobiles** : La réalisation de tests de dépistage auprès du personnel et des résidents directement dans les ESLD et les RPA grâce aux centres d'évaluation mobiles était perçue comme une importante mesure préventive ayant réduit le besoin, pour ces personnes, d'aller à l'extérieur.
- **Avantages géographiques** : Certaines provinces et certains territoires ont adopté une stratégie de périmètre de sécurité qui consistait à contrôler les points d'accès, à surveiller les voyageurs, à imposer une quarantaine et à évaluer la circulation commerciale pour empêcher l'entrée du virus de la COVID-19. Les provinces de l'Atlantique ont procédé à des contrôles frontaliers sur les autoroutes. Au Yukon, des contrôles gouvernementaux ont été mis en place à l'aéroport de Whitehorse et sur les principales autoroutes; les voyageurs arrivant dans la province devaient obligatoirement s'isoler pendant 14 jours dans une chambre d'hôtel payée par le gouvernement.

### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Dépistage systématique, surveillance et recherche des contacts dans les ESLD** : Les participants ont parlé de la nécessité d'un accès adéquat au matériel de dépistage (p. ex., écouvillons nasopharyngés), du dépistage à grande échelle des personnes exposées et d'une surveillance continue des résidents, du personnel, des partenaires de soins essentiels et des visiteurs pour repérer rapidement les personnes infectées (symptomatiques ou non) et les mettre en isolement avant qu'elles puissent transmettre le virus. Ils ont aussi indiqué que la pratique exemplaire consistait à faire un dépistage donnant des résultats rapides (24 à 48 heures) chaque semaine ou toutes les deux semaines, et que les établissements devraient adopter des mesures de recherche des contacts, comme la tenue d'un registre des visiteurs.
- **Diminution des entrées dans les ESLD et les RPA** : On a mentionné qu'il faudrait préparer des plans pour réduire le plus possible le nombre de personnes et de prestataires de soins circulant dans les établissements, sans négliger les besoins des résidents. Des RPA ont voulu adopter de tels plans, mais se sont heurtées à des difficultés posées par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Certains ESLD ont réussi à restreindre la mobilité interétablissements, mais ont dit qu'il faudrait prévoir des solutions de transport réservées aux résidents qui doivent aller à l'extérieur.
- **Stratégies de soins aux résidents** : Les participants ont indiqué qu'il faudrait réduire le nombre d'admissions en provenance des hôpitaux de soins aigus. Les soins à domicile ont souvent été proposés comme solution de rechange temporaire, sauf qu'il faudrait mettre en place des mesures renforçant les capacités dans le domaine (développement des compétences en lien avec les EPI, dépistage du personnel, soutien aux patients atteints de démence, ajout de la dialyse, de la chimiothérapie et de la ventilation mécanique aux services offerts, etc.).

### RESSOURCES

[Outil de dépistage de la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite](#)

[Aide au dépistage de la COVID-19 chez les patients \(page 2, « Questions de dépistage »\)](#)

[COVID-19 – Document d'orientation à l'intention des foyers de soins de longue durée \(page 5, « Résumé des précautions requises »; annexe, « Résumé du dépistage actif pour les FSLD »\)](#)

[COVID-19 – Document de référence sur les symptômes](#)

[Maladie à coronavirus 2019 \(COVID-19\) – Comment s'auto-surveiller](#)

[Maladie à coronavirus 2019 \(COVID-19\) – Comment s'auto-isoler](#)

[COVID-19 Surveillance Testing- Long-Term Care Homes \(LTCH\) Fillable Checklist](#)

[COVID-19 – Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés](#)

[Vidéos pertinentes pour les ESLD sur la façon de mettre et d'enlever les EPI](#)

[Recommended Guidelines Pandemic Universal Masking in LTC/CC](#)

[Le port du masque universel dans les établissements de soins de santé et les foyers de soins de longue durée](#)

[Tutoriel vidéo : Mettre un masque et des lunettes de protection](#)

[L'hygiène des mains dans les foyers de soins de longue durée \(Programme Lavez-vous les mains\)](#)

[Module de formation sur la PCI\\*](#)

\* En anglais.

### 3. Effectifs

Questions pour évaluer la préparation des effectifs des ESLD :

- Les établissements ont-ils stabilisé et renforcé leur personnel, et amélioré les conditions de travail ainsi que la sécurité et la santé psychologiques?
- Le personnel est-il limité à travailler dans un seul environnement à haut risque, et de l'aide est-elle en place pour rendre cela possible?
- Prévoit-on accroître la capacité par la formation et le recrutement, au besoin?
- Les risques de transmission communautaire auxquels le personnel et leur famille peuvent être exposés sont-ils pris en considération et atténués lorsque cela est possible?

#### OBSTACLES

- **Pénuries de personnel** : Les ESLD et les RPA manquent constamment de personnel. Les effectifs sont surtout formés de travailleurs à temps partiel ou occasionnels peu rémunérés, et leur roulement est élevé. Pendant la pandémie, les pénuries ont été aggravées par les infections, les craintes, la limite d'un établissement par employé et la perte des partenaires de soins essentiels en raison des restrictions de visites.
- **Recrutement difficile** : Le recrutement de personnel dans les ESLD a été compliqué par la pandémie. Des enjeux syndicaux ont parfois empêché le redéploiement de personnel d'agences, de régions sanitaires ou de centres de soins aigus dans les ESLD. De plus, le redéploiement de membres du personnel au cas par cas était fortement déconseillé; certains l'ont comparé au fait de placer le personnel dans une « situation impossible », profondément perturbante et traumatisante.
- **Charge de travail accrue en raison des protocoles de PCI contre la COVID-19** : L'application des protocoles de PCI a accru le fardeau imposé au personnel, entre autres en raison du temps supplémentaire nécessaire pour le nettoyage approfondi et la mise et le retrait des EPI, ainsi que de la réduction du personnel pour le même nombre de résidents.

#### LEVIERS

- **Soutien financier et psychologique** : Les programmes de soutien financier destinés au personnel (p. ex., primes de risque) ont été utiles. Le gouvernement du Québec a annoncé un plan pour un programme visant à former 10 000 aides-soignants en leur offrant le remboursement complet des frais de scolarité et des dépenses (soit 22 000 \$) pour toutes leurs années d'études. Par ailleurs, l'implication concrète de dirigeants en première ligne a été cruciale pour le moral et le soutien psychologique des troupes. Par exemple, un ESLD a vu son PDG travailler comme aide-soignant sur une unité de soins difficile pendant plus de deux mois, ce qui a remonté le moral du personnel.
- **Recours à des professionnels paramédicaux en SLD** : L'intégration de professionnels des services médicaux d'urgence (p. ex., ambulanciers et techniciens au Nouveau-Brunswick), de ludothérapeutes, d'infirmiers et d'infirmiers praticiens formés pour travailler en SLD a favorisé le soutien de la capacité de certains établissements.

#### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Aide au recrutement, au bien-être et à l'autonomisation du personnel** : On a souligné le besoin d'appuyer solidement les ressources humaines pour favoriser le recrutement, les auto-soins et le bien-être, ainsi que pour former adéquatement le personnel des ESLD et lui remonter le moral. Les participants ont également rappelé le besoin croissant de ressources formatives pour le personnel qui a été redéployé en SLD et n'est pas habitué à travailler avec les personnes âgées.
- **Sécurité d'emploi à long terme pour le personnel** : En ce qui concerne les travailleurs des ESLD, comme les préposés aux bénéficiaires (PB) et les aides-soignants, on a mentionné la nécessité d'envisager d'autres modèles de rémunération qui favorisent la réduction des déplacements interétablissements tout en offrant une rémunération et une sécurité d'emploi adéquates. Les participants se questionnaient à savoir si les mesures temporaires, comme les primes de risque, seraient maintenues ou deviendraient permanentes, et ont réfléchi aux objectifs à long terme des effectifs, entre autres en lien avec la parité salariale, l'accréditation et la professionnalisation de la main-d'œuvre, la formation continue et l'emploi à temps plein.
- **Évaluation de la gestion sur place** : Les participants ont réclamé la présence de gestionnaires sur place et ont mis en évidence le besoin d'avoir des formateurs et des responsables des pratiques ayant des obligations et certains pouvoirs en première ligne.

#### RESSOURCES

[Portail de jumelage de la main-d'œuvre pendant la COVID-19](#)

[Link2LTC – Travailler en SLD\\*](#)

[Training for People going to Work in LTC](#)

[Formation continue pour le personnel redéployé dans un ESLD\\*](#)

[Orientation du nouveau personnel de soutien en SLD](#)

[A Resource for Rapid Redeployment of Health Professionals to Critical and Long-Term Care Environments](#)

[COVID-19 – Communication Tip Sheet for Redeployed Staff Working in Long-Term Care with Residents with Cognitive Impairment](#)

[Infection Prevention and Control](#)

[Série de balados Infectious Questions : What health professionals need to know about COVID-19 \(2019-nCoV\)](#)

[Maladie à coronavirus 2019 \(COVID-19\) – Comment s'auto-isoler en travaillant : recommandations pour les travailleurs de la santé](#)

[Homeweb: Mental Health Supports for LTC](#)

[Espace mieux-être Canada – Soutien pour la santé mentale et la consommation de substances](#)

[Soutien pour le personnel des ESLD\\*](#)

[Public Services Health & Safety Association – Soutien à la santé mentale pour les travailleurs de première ligne\\*](#)

[Carrefour de ressources : santé mentale et bien-être durant la pandémie de COVID-19](#)

[Affordable Therapy Network](#)

[Low Cost Therapy with a Gestalt Therapist-in-Training](#)

\* En anglais.

## 4. Réponse à la pandémie et capacité de mobilisation

Questions pour évaluer la réponse à la pandémie et la capacité de mobilisation des ESLD :

- Les établissements ont-ils des plans officiels, clairs et bien communiqués indiquant vers qui se tourner pour obtenir de l'aide en cas d'éclosion?
- Existe-t-il un plan préétabli pour le soutien de la capacité de chaque établissement, si nécessaire, qui garantira une intervention efficace?
- Des mesures de surveillance sont-elles en place (p. ex., données/tableaux de bord) pour cibler de façon proactive les besoins en capacité de mobilisation?
- Comment les établissements réduiront-ils le risque d'infection nosocomiale en cas d'éclosion touchant des résidents (p. ex., dépistage avant de regrouper en cohorte les patients infectés ou non infectés)?

### OBSTACLES

- **Réponse lente aux éclosions** : Le soutien en cas d'éclosion variait grandement d'un endroit à l'autre. Certains hôpitaux ont été en mesure d'intervenir auprès des ESLD dans les 12 heures suivant une demande d'aide, mais d'autres ont pris plusieurs jours. Les parties prenantes ont également indiqué que la réponse des autorités de santé publique et provinciales était trop lente. On a insisté sur l'importance d'une réponse rapide et précoce dans la gestion proactive des infections et des craintes chez le personnel.
- **Déclaration difficile des cas** : Les participants ont précisé qu'au début de la pandémie, les politiques sur la protection de la vie privée nuisaient à la transparence des données; la déclaration des cas manquait d'uniformité, et les données relatives aux éclosions se perdaient dans les systèmes bureaucratiques.

### LEVIERS

- **Leadership fort durant les éclosions** : Les autorités sanitaires gérant la réponse à la pandémie seules (p. ex., en Saskatchewan, en Colombie-Britannique [C.-B.], en Alberta, en Nouvelle-Écosse et dans certaines régions de l'Ontario) ont efficacement alloué les ressources et ont par conséquent mieux géré les éclosions que les régions dotées de plusieurs autorités sanitaires. Un fort leadership clinique a également joué un déterminant dans la réponse aux éclosions. Les participants ont mentionné que l'obtention rapide de conseils d'experts a été particulièrement utile pour les ESLD ayant besoin de recommandations, d'encadrement et de soutien de la part de personnes externes qualifiées. Des provinces et des territoires ont préparé des ressources utiles à cet effet, dont Infopoint, un service d'aide téléphonique qui permet aux gestionnaires de la santé des Premières Nations d'obtenir des ressources et des informations fiables et crédibles sur la COVID-19.
- **Équipes de gestion des éclosions** : Des équipes multidisciplinaires de gestion des éclosions (p. ex., en C.-B. et en Ontario) formées en PCI et ayant les EPI nécessaires ont réalisé des tests de dépistage, fait des nettoyages approfondis, dirigé des caucus quotidiens avec le personnel et offert du soutien personnalisé en soins primaires, permettant ainsi de freiner rapidement les éclosions. Dans certaines provinces (Québec et Ontario), les Forces armées canadiennes ont participé à la distribution des repas, à l'entretien des lieux, et aux soins d'hygiène des résidents, ce qui a permis au personnel de se concentrer sur les autres soins aux patients. Dans certains cas, la réponse locale a été facilitée par les forts liens entre un hôpital et un ESLD.
- **Capacité à séparer les cas positifs et les cas négatifs** : Les ESLD ayant les ressources pour isoler les résidents atteints de la COVID-19 étaient avantagées sur le plan de la gestion des éclosions. Souvent, ils se trouvaient en milieu urbain et avaient des chambres individuelles. Certains avaient même la capacité d'envoyer ces résidents dans des hôtels (Yukon et Nouvelle-Écosse) ou des ESLD vides (Île-du-Prince-Édouard).

### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Pérennité des mesures de réponse** : On a demandé à ce que les équipes de gestion des éclosions fassent officiellement partie de la réponse de la santé publique, qu'elles reçoivent un financement adéquat et qu'elles deviennent permanentes en prévision de futures éclosions. Les participants ont également exprimé le désir que les efforts visant à assurer la transparence des données soient maintenus pour que les groupes d'universitaires et de bénévoles puissent, en collaboration avec les journalistes et les partenaires de soins essentiels, suivre les données des ESLD du Canada. Par exemple, le tableau de bord du National Institute on Ageing (NIA) permet le suivi des cas de COVID-19 dans les ESLD et la production de rapports sur le sujet.
- **Plan de réponse à la pandémie dans les unités pour les personnes atteintes de démence** : Souvent, le personnel déployé pour venir en aide aux ESLD n'avait pas l'expérience nécessaire pour travailler avec les personnes âgées et celles atteintes de démence (certains venaient de milieux pédiatriques ou chirurgicaux). La mise en place de plans et de ressources de gestion des éclosions sur les unités pour les personnes atteintes de démence a été reconnue comme un besoin important.

### RESSOURCES

[Document d'orientation sur l'éclosion de COVID-19 à l'intention des foyers de soins de longue durée \(FSLD\) \[page 4, « Les nouvelles admissions et les réadmissions »; page 5, « Examen des façons d'augmenter la distanciation physique au sein du FSLD »; page 20, « Déclaration de la fin de l'éclosion »; annexe 1, « Recommandations concernant l'EPI à l'intention du personnel en auto-isolément au travail »\]](#)

[Résumé des directives en cas d'éclosion de COVID-19 dans les ESLD](#)

[Interactive Excel Template for Tracking COVID-19 Cases and IPAC Practices](#)

[Long-Term Care \(LTC\) Respiratory Surveillance Line List](#)

[COVID-19 – Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés](#)

[Fiche de renseignements – LTC & RH Consult Line](#)

[COVID-19 Considerations for Long Term Care and Retirement Homes \(LTC/RH\)](#)

[How to Cohort During an Outbreak of COVID-19 in a Congregate Living Setting](#)

[Regroupement en cohorte des résidents lors d'éclosions dans les lieux d'hébergement collectif](#)

[Utilisation de l'EPI par les travailleurs de la santé et regroupement en cohortes dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite](#)

[Tip sheet for careproviders conducting nasal and throat swabs with clients with cognitive impairment](#)

[Dementia Isolation Toolkit](#)

[Guidelines for Supporting Clients Who Wander and Require Physical Isolation](#)

[Assouplissement des mesures de lutte contre la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite](#)

## 5. Planification des soins COVID-19 et non COVID-19

Questions pour évaluer la planification des soins COVID-19 et non COVID-19 dans les ESLD :

- Les établissements ont-ils stabilisé leur leadership en milieu clinique (p. ex., direction médicale) et trouvé des remplaçants potentiels?
- Tous les résidents ont-ils accès à des soins de santé primaires de qualité sur place, afin qu'ils n'aient pas à quitter l'établissement en cas d'écllosion?
- Des dispositions ont-elles été prises pour permettre l'accès aux soins spécialisés nécessaires?
- Tous les résidents disposent-ils de plans de soins intégrés à jour et adaptés à leur situation?
- Une démarche palliative dans les soins a-t-elle été intégrée aux processus et à la culture de l'établissement?

### OBSTACLES

- **Absence de membres de la direction sur place** : Des directeurs cliniques n'étaient pas sur place lorsque leur ESLD était en écloision. On croit que plusieurs d'entre eux avaient peur pour leur santé. Selon certaines personnes, des directeurs médicaux ont insisté pour faire des tournées virtuelles et n'ont pas offert de soutien en personne.
- **Relégation des soins et des services non COVID-19 au deuxième rang** : On a fait remarquer que des soins et des services non COVID-19 importants pour la santé et la qualité de vie des résidents ont été relégués au deuxième rang. Certains ont souligné le manque de consultation avec les résidents avant de modifier les plans de soins, et la limitation générale des soins centrés sur la personne en raison des protocoles de PCI.

### LEVIERS

- **Prestation de soins virtuels dans la mesure du possible** : De nombreux participants ont dit s'être servi de plateformes et de produits (Réseau Télémédecine Ontario, Microsoft Teams, Think Research, etc.) pour offrir des soins de santé primaires virtuels en plus des soins prodigués sur place par des préposés aux bénéficiaires et des infirmiers praticiens autorisés. Dans certaines provinces, les médecins de famille sont rémunérés pour la prestation de soins virtuels par téléphone. Certaines personnes ont cependant souligné que des médecins ont profité de cette excuse pour ne pas être sur place.
- **Investissements dans la nature centrée sur la personne des ESLD** : De nouveaux modèles d'ESLD ont été perçus comme facilitant la prestation de soins centrés sur la personne. Par exemple, au Québec, le projet de [maisons des aînés](#) prévoit la rénovation d'ESLD de façon à y intégrer des unités de vie regroupant chacune 12 résidents aux caractéristiques et aux intérêts similaires. Ces unités s'apparenteraient davantage à un domicile, avec de grandes chambres individuelles, des salles de bain privées, des douches adaptées, des salles d'activités et des locaux pour recevoir des visiteurs jour et nuit.

### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Plus grande présence et responsabilisation de la direction** : On a fait ressortir la nécessité d'adopter une stratégie de gestion assurant du soutien et facilitant la prise de décisions sur place en tout temps. Certains participants ont indiqué qu'un directeur médical et un chef du personnel médical (ou autre) devraient idéalement être présents pour soutenir les ESLD et renforcer le leadership clinique. Ils ont également mentionné que des changements réglementaires améliorant la responsabilisation des directeurs médicaux seraient nécessaires. Dans certains ESLD, les directeurs médicaux étaient complètement absents.
- **Modèles de soins parallèles et ressources complémentaires** : Outre les soins virtuels, les participants ont dit vouloir plus de services sur place et de cliniques mobiles pour la prestation de soins primaires, et ont demandé plus de services spécialisés à volume élevé pour que les résidents n'aient pas à quitter les ESLD pour recevoir des soins. Ils ont également souligné que des ressources seraient nécessaires pour soutenir ces modèles de soins. Une personne a entre autres mis en évidence le besoin de ressources appuyant les soins virtuels aux Autochtones.
- **Adoption d'une approche holistique axée sur le bien-être des résidents** : On a indiqué qu'il faudrait se concentrer davantage sur le bien-être des résidents, notamment par la prise de décisions partagées et la mise à jour des plans de soins.

### RESSOURCES

[Série de webinaires du RGP de Toronto sur les soins virtuels pour les aînés \(1<sup>re</sup> partie\)\\*](#)

[Outil en ligne du Ontario eConsult Program\\*](#)

[Fiche d'information – Service VirtualCare™\\*](#)

[Ressources sur les soins virtuels](#)

[Summary of Services to Enhance Medical Capacity During COVID-19](#)

[Ethical Guidance for People who Work in Long-Term Care: What is the Right Thing to do in a Pandemic? \(pages 3 à 7, « Why do we isolate people who have a contagious illness? »\)](#)

[Outil d'aide à la décision : Vivre avec ses proches ou rester dans un établissement de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19](#)

[Outil d'aide à la décision : Vivre ailleurs ou rester dans une maison de retraite pendant la pandémie de COVID-19](#)

[Liste de vérification \*Thinking About Removing Your Older Loved One from Long Term Care During COVID19?\*](#)

[Engaging in Advance Care Planning for COVID-19](#)

[Advanced Care Planning, Goals of Care, and Treatment Decisions & Informed Consent](#)

[COVID-19 Goals of Care Communication Guide for Clinicians](#)

\* En anglais.

## 6. Présence des familles

Questions pour évaluer la présence des familles dans les ESLD :

- Les établissements reconnaissent-ils les proches aidants comme des partenaires essentiels de soins?
- Les politiques sur la présence des familles ont-elles été révisées avec la participation de représentants des résidents et des familles?
- Des approches de réduction des méfaits ont-elles été considérées en vue de soutenir la présence des familles (en personne ou virtuellement)? Les infrastructures, les fournitures et les politiques appropriées sont-elles en place?
- Si les proches aidants ne sont pas autorisés dans l'établissement, quels sont les plans de rechange pour ne pas compromettre les soins et les services qu'ils fournissent normalement (aide à l'alimentation, traduction, etc.)?

### OBSTACLES

- **Politiques de visites contraignantes** : Les participants ont mentionné que les politiques de visites très contraignantes ont mené à la perte des partenaires de soins essentiels et des interprètes officiels et non officiels. Les partenaires de soins essentiels ont été qualifiés « d'aidants invisibles » venant compléter les soins offerts par les préposés et soutenir les résidents.
- **Répercussions de l'absence des familles** : L'interdiction des visiteurs a eu des conséquences psychologiques importantes sur les résidents et leur famille; le manque de contact avec les proches a engendré du désespoir et du découragement. La présence des familles a été décrite comme très utile, en particulier lorsqu'un résident présente une démence avancée ou ne parle pas la même langue que ses prestataires de soins.
- **Difficultés d'ordre technologique** : Pour certains, il était difficile de recourir à la technologie pour permettre les visites virtuelles. Celle-ci n'était pas toujours accessible, et les résidents ou les membres de leur famille n'étaient pas toujours à l'aise de l'utiliser.

### LEVIERS

- **Stratégies de communication avec les familles** : Les participants ont mentionné l'importance que revêt le maintien de la communication avec les familles et les partenaires de soins essentiels en l'absence de visiteurs. Des ESLD se sont même procuré des tablettes pour faciliter les visites virtuelles; d'ailleurs, tous les ESLD néo-écossais avaient des iPad à la fin mai. Les visites extérieures et les rencontres par la fenêtre ont également permis aux résidents et à leur famille de rester en contact tout en gardant une certaine distance physique.
- **Stratégies autorisant les partenaires de soins essentiels dans les ESLD** : Des établissements et des provinces ont adopté des politiques souples permettant les visites sous certaines conditions; par exemple, des politiques de compassion permettaient la visite d'une personne pour chaque résident en fin de vie. Si quelques ESLD autorisaient les partenaires de soins essentiels, d'autres ont dû trouver des solutions de rechange pour permettre leur présence; un ESLD a d'ailleurs été jusqu'à embaucher six personnes comme aides-soignantes pour leur fournir l'EPI et la formation sur la PCI qui leur permettraient de s'occuper de leur proche.

### BESOINS CERNÉS ET RECOMMANDATIONS

- **Processus de réintégration des partenaires de soins essentiels** : Les participants ont exprimé le besoin qu'une distinction soit faite entre les partenaires de soins essentiels et les visiteurs. Ils ont également insisté sur l'importance de la réintégration de ces partenaires dans les ESLD afin de réduire le fardeau du personnel soignant. Mais pour que la réintégration soit sûre, il faut que des recommandations à cet effet soient formulées, et il faut que les partenaires soient adéquatement formés en matière de PCI et aient accès aux EPI.

### RESSOURCES

[Série de webinaires Pleins Feux de la FCASS : Recommandations pour des politiques réintégrant les partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà](#)

[FCASS et ICSP – Recommandations pour la réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels](#)

[Resuming Visits in Long-Term Care Homes](#)

[Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Long-term Care Homes to Family Caregivers and Visitors during the COVID-19 Pandemic](#)

[Module de formation sur la PCI\\*](#)

[Formation de base en PCI en lien avec la COVID-19](#)

[Trousse d'outils pour les visites virtuelles\\*](#)

[Keeping Families in the Loop: Bridging Conversations through Mindful Communication with Families](#)

[Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\): Supporting Your Loved One in a Long-Term Care Facility](#)

[Help Keep our Residents Safe from Covid-19 – Lettre à remplir sur les restrictions de visites dans les ESLD](#)

[Visitors Tool: Key Considerations for Long-Term Care Homes](#)

[COVID-19 : visite d'un foyer de soins de longue durée](#)

[Guide sur les visites en soins de longue durée – Pas d'éclosion](#)

[Guide sur les visites en soins de longue durée – Éclosion](#)

\* En anglais.

## Discussion

---

Dans cette analyse qualitative rapide, nous avons relevé les obstacles, leviers, besoins et recommandations relatifs à la préparation contre la COVID-19 décrits par des acteurs clés du secteur des SLD. Nous avons aussi proposé des ressources et des outils ontariens utiles provenant de la IPAC+ Resource Library<sup>4</sup> pour chacun des domaines prioritaires. Notre analyse révèle ce que les ESLD et les RPA canadiens ont vécu pendant la première vague de la pandémie, entre mars et mai 2020. Certains problèmes d'organisation dont elle traite ont depuis été résolus. Grâce à l'effort concerté des régions et des provinces, des ESLD et RPA de partout au pays sont parvenus à obtenir des stocks d'EPI suffisants et à former leur personnel en matière de PCI. Ces améliorations de la préparation contre la COVID-19 en SLD sont encourageantes, mais les participants ont tout de même dit qu'il ne fallait pas lever le pied en ce qui concerne la formation en PCI, la réglementation et l'évaluation, et instaurer des tests de dépistage et des mesures de surveillance systématiques de la COVID-19 dans les établissements. Plusieurs problèmes de longue date dans le secteur ont continué d'empêcher les bonnes pratiques de contrôle des infections pendant la deuxième vague. Par exemple, de nombreux établissements se trouvant dans de vieux bâtiments ne sont structurellement pas propices à la distanciation physique. Leur adaptation demandera vraisemblablement beaucoup de ressources, et ne risque pas de se faire d'ici la fin de la pandémie. Ajoutons à cela les criantes pénuries de personnel, qui ont compliqué la formation en PCI et l'application stricte des protocoles de protection contre la COVID-19, sans compter que l'accès universel à des congés payés et à un salaire décent n'est pas gagné à beaucoup d'endroits.

Bien qu'aux prises avec bon nombre de ces problèmes tenaces, certains ESLD ont su se préparer et s'en sont mieux sortis que les autres. Les leviers qui ont contribué à la qualité de leur préparation et de leur réponse de qualité s'inscrivaient souvent dans plus d'un domaine prioritaire. Parmi eux, on compte le leadership fort et proactif et les partenariats collaboratifs. En effet, ce sont des partenariats solides avec des hôpitaux de soins actifs qui ont servi d'assise à leur préparation efficace, à leurs pratiques de prévention et à l'offre de soutien au personnel. Quoique les relations de confiance préexistantes aient été un atout, beaucoup d'hôpitaux de soins actifs qui ont noué de nouveaux partenariats avec des ESLD ont été en mesure de s'adapter rapidement et de créer des « feuilles de route » explicitant leur rôle de soutien<sup>6</sup>. On croit que ces partenariats ont été essentiels pour amener plusieurs ressources de gestion des éclosions dans les établissements : expertise clinique, effectifs supplémentaires, tests de dépistage de la COVID-19 sur place pour les résidents, formation en PCI, etc.<sup>6</sup>.

La pandémie a non seulement amené l'établissement de collaborations primordiales entre le secteur des SLD et des partenaires locaux, mais aussi stimulé la mise en place de mesures de soutien dont les ESLD avaient depuis longtemps besoin (les services en santé mentale pour le personnel sont devenus une priorité). La proportion élevée de participants qui exprimaient des craintes et un moral bas dans les entrevues analysées est corroborée par de nombreux autres témoignages de travailleurs de première ligne sur leur expérience pendant la pandémie<sup>7</sup>. La majorité des éclosions de COVID-19 dans les ESLD et les RPA ont commencé par une transmission entre des membres du personnel, et les infections chez les soignants sont un facteur de risque associé à un taux de mortalité accru chez les résidents<sup>9</sup>. Dans les entrevues, les participants ont parlé du besoin d'outiller et d'éduquer les prestataires de SLD de première ligne, qui souvent ont un faible statut socioéconomique, vivent dans des logements multigénérationnels et peuvent difficilement s'isoler<sup>8</sup>. Nous estimons qu'il faudrait probablement aussi aider les travailleurs devant se mettre en quarantaine à payer leur loyer, à se procurer de la nourriture ou à s'isoler à l'hôtel. Quelques autres moyens d'épauler les employés en ces temps de pandémie : formulation de consignes claires par les responsables sur place, valorisation de la santé par-dessus tout (p. ex., services en santé mentale gratuits, offre de repas, temps de repos suffisant), mise en place de politiques de ressources humaines (p. ex., prime de risque, congés payés, postes à temps plein, souplesse dans le recrutement, réaffectation de personnel d'autres établissements de santé), et mise en contact du personnel avec les ressources appropriées concernant la COVID-19 (p. ex., cadre de prise de décisions en matière de PCI, stratégies contre le sentiment d'isolement chez les résidents, politiques sur les transferts des résidents infectés à destination et en provenance de l'hôpital)<sup>10</sup>. Il sera important, après la pandémie, de ne pas relâcher l'effort de soutien du personnel afin de prévenir « la prochaine crise des services de santé » en SLD<sup>10, 11</sup>.

Notre rapport innove en proposant des ressources utiles pour surmonter les obstacles, exploiter les leviers et répondre aux besoins et recommandations. À noter que pour certains sujets abordés par les participants, nous n'avons pas trouvé de ressources pertinentes. Par exemple, la planification de la réponse en cas d'écllosion était considérée comme un levier préparatoire important, sauf que nous n'avons pas réussi à dénicher de conseils sur la coordination d'exercices ou de simulations menés avec une grosse équipe de partenaires communautaires. Les directions des ESLD sauraient probablement faire bon usage d'une ressource du genre, puisque seulement quelques autorités ont réalisé ces tests à la première vague. En outre, nous avons trouvé peu de ressources qui aideraient les ESLD à limiter les entrées et sorties des résidents. D'après certaines entrevues, les soins à domicile seraient un moyen de prévenir l'admission en SLD et de s'occuper de résidents relocalisés en cas d'écllosion. Cependant, les ressources renseignant le personnel et les partenaires de soins essentiels sur les différentes options sont rares. Au Canada, les bénéficiaires peuvent recevoir des soins à domicile pour un maximum de huit heures par jour, à moins de se payer des services privés. Les résidents des ESLD sont souvent moyennement ou très fragiles, et donc ont besoin de beaucoup de soins. Les familles n'ont pas toujours ce qu'il faut pour s'occuper des résidents à la maison (comme une salle de bain équipée d'aides techniques), même avec des services à domicile. Les soins virtuels ont aussi souvent été mentionnés comme méthode pour fournir des soins primaires et spécialisés en limitant les déplacements des résidents. Nous avons bien relevé quelques ressources générales destinées aux ESLD sur le sujet, mais aucune adaptée aux communautés autochtones, problème dont une personne interviewée a fait mention.

Bien que la majorité des participants appuyaient les restrictions à l'entrée dans les établissements, certains sentaient qu'il fallait réintégrer les membres de la famille et les partenaires de soins essentiels. Ces derniers temps, on a souligné la nécessité de faire la différence entre visiteurs et partenaires de soins essentiels, en spécifiant que les seconds devraient pouvoir entrer dans les établissements, malgré la pandémie, pour fournir des services essentiels aux résidents. Le rapport d'un examen des politiques de visites en SLD en vigueur au pays durant la crise a recommandé que ces partenaires s'autodésignent, reçoivent une carte d'identité, respectent toutes les consignes de PCI et de port d'EPI, soient soumis aux procédures de dépistage et de test applicables au personnel, et soient autorisés à entrer dans les établissements<sup>13</sup>. Depuis, les recommandations à l'intention des décideurs du milieu de la santé font écho à ces suggestions, attirant l'attention sur les méfaits des politiques de visites contraignantes et sur la nécessité de réintégrer les partenaires de soins essentiels<sup>14</sup>. Selon nous, il faudrait créer d'autres ressources conviviales pour faciliter la réintégration des partenaires de soins essentiels par les établissements et préparer les partenaires à ce retour par une formation et l'accès à des stocks d'EPI.

## **Limites**

Notre démarche comportait plusieurs limites. L'analyse rapide de données qualitatives est utile pour les projets soumis à des délais serrés, surtout quand une crise sanitaire mondiale arrive comme un raz-de-marée<sup>2</sup>. Ses résultats recourent ceux des analyses qualitatives habituelles dans une proportion pouvant atteindre 70 %<sup>5</sup>; cependant, notre rapport aurait peut-être pu être plus complet si nous avions effectué une analyse thématique complète. Ajoutons à cela que nous avons seulement pu analyser des notes d'entrevue, et non pas des transcriptions verbatim. Pour mieux saisir les perspectives des participants, nous avons interprété les brèves notes en consultant l'analyse primaire des données présentée dans le rapport original de la FCASS et de l'ICSP<sup>3</sup>. Il faut dire que notre analyse ne reflète que ce que les participants pensaient au cours de la première vague, et que la nature des pratiques qu'ils jugent efficaces a possiblement changé au fil du temps. Un exemple : pendant la première vague, la Colombie-Britannique semblait avoir le contrôle de la situation, son plus grand nombre de nouveaux cas quotidien ayant été de 91, en date du 25 mars 2020; pourtant, en ce moment, plus de 900 cas s'ajoutent à son bilan chaque jour (novembre 2020)<sup>15</sup>. D'après les rapports publics et le contenu des discussions qu'entretient notre équipe avec les différents acteurs du secteur des SLD, nous croyons qu'une bonne partie des obstacles, des leviers et des besoins dont les participants ont parlé, durant la première vague, s'appliquent toujours à la deuxième. Les ressources proposées sont majoritairement ontariennes, mais nous estimons qu'en règle générale, elles seront aussi pertinentes ailleurs. Pour finir, le rapport ne tient pas compte des points de vue des résidents, des familles, des partenaires de soins essentiels et du personnel de première ligne. Les futurs rapports devraient en être autrement, et rassembler des données

pour toutes les parties prenantes des SLD, afin de dresser un portrait représentatif de la préparation contre la COVID-19 dans le secteur.

### **Forces**

Les six domaines prioritaires de notre système de codification ont été dégagés, de manière inductive, des données du rapport initial publié par la FCASS et l'ICSP<sup>3</sup>. Le système nous a servi à faire l'analyse secondaire des entrevues et ainsi à cerner les obstacles, les leviers et les besoins relatifs à la préparation aux pandémies. Les résultats de cette analyse qualitative rapide guideront les travaux de recherche visant l'adoption des pratiques exemplaires de PCI en SLD pendant la deuxième vague de la pandémie.

## **Conclusion**

---

Il existe beaucoup de ressources utiles pour travailler sur les obstacles, leviers, besoins et recommandations relatifs à la préparation contre la COVID-19 dans les ESLD et les RPA. Il serait intéressant d'intégrer dans les futures ressources des conseils sur la coordination des exercices et des simulations d'éclosion, sur des modèles de soins parallèles en ESLD et sur la réintégration des partenaires de soins essentiels par les établissements. Les résultats pourront guider la création de ressources et de stratégies, dans l'optique de soutenir les ESLD et les RPA, tout au long de la pandémie.

## Références

---

1. Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?*, Ottawa (Ont.), 2020, 10 p.
2. Taylor, B., et coll. « Can rapid approaches to qualitative analysis deliver timely, valid findings to clinical leaders? A mixed methods study comparing rapid and thematic analysis », *BMJ Open*, vol. 8, n° 10, 1<sup>er</sup> octobre 2018, e019993.
3. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. *Repenser les soins aux personnes âgées : les prochaines étapes de la réponse à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées – Ce que nous avons entendu*, Ottawa (Ont.) : FCASS, 2020.
4. Programme régional de soins gériatriques de Toronto. IPAC+ Resource Library, 2020. Sur Internet : <https://www.rgptoronto.ca/resources/ipac/> (consulté le 28 novembre 2020).
5. Johnson, G. A., et C. Vindrola-Padros. « Rapid qualitative research methods during complex health emergencies: A systematic review of the literature », *Social Science & Medicine* (1982), vol. 189, 2017, p. 63-75.
6. Stall, N. M., et coll. « A Hospital Partnership with a Nursing Home Experiencing a COVID-19 Outbreak: Description of a Multiphase Emergency Response in Toronto, Canada », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 68, n° 7, 2020, p. 1376-1381.
7. Shaukat, N., D. M. Ali et J. Razzak. « Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review », *International Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 1, 20 juillet 2020, art. 40.
8. Fisman, D. N., et coll. « Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada », *JAMA Network Open*, vol. 3, n° 7, 22 juillet 2020. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7376390/> (consulté le 12 octobre 2020).
9. Estabrooks, C., et coll. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Sur Internet : [https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB\\_FR\\_0.pdf](https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB_FR_0.pdf) (consulté le 10 octobre 2020).
10. McGilton, K. S., et coll. « Uncovering the Devaluation of Nursing Home Staff During COVID-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 21, n° 7, 1<sup>er</sup> juillet 2020, p. 962-965.
11. Sockalingam, S., et coll. « Responding to Health Care Professionals' Mental Health Needs During COVID-19 Through the Rapid Implementation of Project ECHO », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 40, n° 3, été 2020, p. 211-214.
12. Stall, N. M., et coll. « Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 21, n° 10, 1<sup>er</sup> octobre 2020, p. 1365-1370.e7.
13. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Meilleurs ensemble : réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19*, 2020.

14. British Columbia COVID-19 Dashboard, [s.d.]. Sur Internet :  
<https://experience.arcgis.com/experience/a6f23959a8b14bfa989e3cda29297ded> (consulté le 11 décembre 2020).