

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

Juillet 2020

À propos de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) travaille main dans la main avec ses partenaires pour accélérer l'identification, la diffusion et la mise à l'échelle d'innovations qui ont fait leurs preuves dans le domaine des services de santé. Ensemble, nous améliorons durablement l'expérience des patients, la vie professionnelle des prestataires de soins de santé, l'utilisation des ressources et la santé de toutes et tous au Canada.

Tous droits réservés. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 (Canada)

Demandes générales : info@cfhi-fcass.ca | (613) 728-2238

À propos de l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Fondé par Santé Canada en 2003, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaille avec les gouvernements, les établissements de santé, les chefs de file et les prestataires de soins pour susciter la volonté d'accroître de façon sensible la sécurité des patients et la qualité des soins de santé.

Tous droits réservés. L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
10025, avenue 102A, bureau 1400
Edmonton (Alberta) T5J 2Z2 (Canada)

Demandes générales : info@cpsi-icsp.ca | (780) 409-8090

Avertissement

En raison de ses limites, ce document de travail ne doit pas constituer l'unique source de renseignements pour l'évaluation des modifications à apporter dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées. Il doit être utilisé dans le cadre d'une évaluation plus approfondie de l'environnement de ces établissements et des défis posés par la pandémie de COVID-19.

Sauf indication contraire explicite, les opinions exprimées dans ce rapport appartiennent aux répondants et ne reflètent pas nécessairement celles de la FCASS ou de l'ICSP.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4
Ce qu'il s'est passé de mars à mai dans les ESLD et les résidences pour personnes âgées au Canada	4
Approche et méthode	7
Que s'est-il passé de mars à mai 2020 dans les ESLD et les résidences pour personnes âgées au Canada?	9
Préparation à la prochaine vague : Pratiques prometteuses et options stratégiques à la mi-juin 2020	15
Prévention et contrôle des infections – prévention de nouvelles éclosions	15
Prévention et contrôle des infections – exercices et formation	16
Pratiques exemplaires de préparation en matière de santé publique – milieu urbain	17
Pratiques exemplaires de préparation en matière de santé publique – collectivités à accès contrôlé	18
Réponse à la pandémie et plan d'intervention – collectivités à accès contrôlé	18
Réponse en cas de pandémie et planification de l'intervention – gestion de la capacité de mobilisation provinciale, territoriale et régionale	19
Chaîne d'approvisionnement et stocks régionaux et provinciaux d'EPI (et autres fournitures essentielles)	20
Professionnels de la santé : gestion du nombre de personnes qui se rendent dans les établissements	21
Renforcer le leadership clinique et réorganiser les soins pour mieux contrôler les infections et intervenir en cas de pandémie	22
Proches aidants : trouver l'équilibre	23
Réorganisation des soins spécialisés et chroniques pour les résidents	24
Étendre les soins à domicile – à court terme	25
Subventions salariales, formation et autres formes d'aide	26
Bibliographie	28
Annexe 1 : Liste d'entrevues	31
Annexe 2 : Guide d'entrevue de la FCASS sur la COVID-19 dans les établissements	33
Annexe 3 : Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA) - Liste de vérification	34
Annexe 4 : Liste de vérification relative à la COVID-19 pour les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées	37
Annexe 5 : Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA) - Liste de vérification relative à la COVID-19 pour les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées	42
Annexe 6 : Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA) Exercice de simulation	45

RÉSUMÉ

Au Canada, environ huit décès sur dix liés à la COVID-19 surviennent dans des établissements de soins de longue durée (ESLD), soit le double de la moyenne des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).¹ En date du 7 juillet 2020, l'Institut du vieillissement national rapportait plus de 18 000 cas et 6 851 décès chez les résidents d'ESLD et de résidences pour personnes âgées, et près de 10 000 cas et 16 décès chez le personnel; cependant la majorité des décès sont en centre de soins de longue durée.² Des sources, dont des reportages dans la presse et des rapports des Forces armées canadiennes, ont mis en lumière les effets dévastateurs de la pandémie dans certains établissements.

Le présent rapport se penche sur les mesures qui peuvent être prises dès maintenant pour faire en sorte que les milieux de soins pour les personnes âgées soient mieux préparés à une potentielle seconde vague pandémique qui pourrait coïncider avec la grippe saisonnière. Il s'adresse aux équipes de première ligne, aux responsables des politiques et aux autres personnes qui passent de longues heures à gérer des situations difficiles tout en essayant d'anticiper l'avenir.

Ce qu'il s'est passé de mars à mai dans les ESLD et les résidences pour personnes âgées au Canada

Les premières questions que nous avons posées aux personnes interrogées portaient sur les facteurs qui contribuent aux éclosions : que s'est-il passé et pourquoi? Quels sont les principaux enjeux à aborder au cours des trois à six prochains mois?

Les répondants ont souligné le fait que la pandémie a exacerbé des lacunes systémiques de longue date dans les ESLD, notamment le manque chronique de ressources, les besoins croissants des résidents, les risques liés à l'infrastructure et aux installations, les défis en matière de dotation, les caractéristiques démographiques sous-jacentes, le nombre élevé de personnes qui entrent dans les établissements, la formation et les mesures insuffisantes en matière de prévention et de contrôle des infections et l'inégalité du leadership clinique. Certains de ces enjeux touchent également d'autres milieux communautaires, tels que les résidences pour personnes âgées. Les personnes interrogées ont relevé que ces problèmes ne datent pas de quelques semaines ou mois et qu'ils ne pourront pas tous être réglés rapidement.

Autres commentaires qui sont souvent ressortis :

- Les premières mesures mises en place en réponse à la pandémie visaient principalement les hôpitaux de soins de courte durée.
- Les équipements de protection individuelle (EPI) et l'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) n'ont pas été répartis dans l'ensemble du système de santé au début de la pandémie.

APPROCHE

Le présent rapport *Ce que nous avons entendu* s'appuie principalement sur plus de 40 entrevues réalisées avec des proches aidants et des dirigeants du système de santé sur une période de trois semaines, à la fin mai et au début juin 2020. Dans la mesure du possible, nous avons également tenu compte des données à jour, des rapports publiés, et des commentaires d'experts. Nous respectons le fait que les points de vue présentés dans ce rapport sont le fruit d'expériences très difficiles vécues ce printemps et sommes grandement reconnaissants de la générosité de ceux qui nous en ont fait part. Les entrevues ont porté sur :

- les facteurs contribuant aux éclosions de COVID-19 dans les ESLD et les autres lieux où les personnes âgées vivent en collectivité;
- les pratiques prometteuses avec un potentiel de diffusion et de mise à l'échelle à court terme;
- le maintien des soins essentiels hors COVID pour les personnes âgées en 2020 et au-delà.

Les entrevues ont été conçues pour être représentatives et non figuratives. Elles avaient pour but de recueillir rapidement une rétroaction afin d'orienter une exploration plus poussée plutôt que de produire des conclusions définitives et ne devraient donc pas constituer la seule source d'information pour évaluer les possibilités d'amélioration dans ce secteur.

- Une orientation régionale a permis de coordonner l'affectation des ressources et la réponse à la pandémie.
- Les stratégies de déclaration et de dépistage des cas étaient différentes à l'échelle du pays.
- Les ESLD dépassés par la situation semblent avoir suivi le même cheminement avant d'arriver à un point de bascule.
- Les établissements subissant une éclosion à grande échelle nécessitent une mobilisation majeure de l'équipe.

Pratiques prometteuses et options stratégiques

Les leçons durement apprises par les établissements où sont survenues des éclosions, de même que les expériences de ceux moins touchés par la première vague au Canada et à l'échelle [internationale](#) permettent de discerner un éventail de pratiques prometteuses susceptibles de produire des résultats importants à court terme. À la lumière des commentaires recueillis, il y a six principaux types de pratiques susceptibles de réduire le risque d'une autre vague d'éclosions ou d'atténuer ses effets.¹ Elles peuvent se traduire par une série de questions à poser lors de l'évaluation de la préparation et de la réponse :

1. PRÉPARATION

- 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?

2. PRÉVENTION

- Les établissements testent-ils régulièrement et systématiquement les gens, même en l'absence de symptômes? Les établissements 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?

3. EFFECTIFS

- 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 travaille-t-il dans un seul environnement à risque élevé, et des mesures de soutien sont-elles en place pour assurer la viabilité de cette situation?
- 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?

1. Bien que nous mettions l'accent sur les mesures relatives aux soins pour les personnes âgées, il faut noter que les établissements étaient plus susceptibles de connaître une éclosion si un plus grand nombre de cas circulaient dans la collectivité. L'efficacité d'une intervention plus large en cas de pandémie est donc très importante. Par exemple, nous avons entendu parler de collectivités à accès contrôlé qui fournissaient des nuitées à l'hôtel et des repas aux arrivants pour faciliter leur isolement. De même, les messages généralisés de la santé publique, les tests et le traçage des contacts peuvent réduire le risque d'infection chez le personnel.

4. RÉPONSE À LA PANDÉMIE ET CAPACITÉ DE MOBILISATION

- Les établissements ont-ils des plans officiels, clairs et bien communiqués indiquant vers qui se tourner pour obtenir de l'aide en cas d'écllosion?
- Existe-t-il un plan préétabli pour assurer un soutien d'appoint pour chaque établissement, au besoin, afin que l'intervention soit 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'écllosion touchant des résidents (p. ex., dépistage avant de regrouper en cohorte les patients infectés ou non infectés)?

5. PLANIFICATION DES SOINS COVID ET NON COVID

- 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?

6. PRÉSENCE DES FAMILLES

- 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.)?

Ces questions et les observations qui suivent sont présentées aux parties prenantes canadiennes aux fins de diffusion et de mise à l'échelle des pratiques prometteuses en vue de la saison automnale de la grippe et d'éventuelles futures vagues de la pandémie. Elles visent à compléter les efforts en cours visant la mise en œuvre de changements à plus grande échelle touchant les politiques et le système.

APPROCHE ET MÉTHODE

Un octogénaire de la Colombie-Britannique a été le premier Canadien à succomber de la COVID-19 au début mars.³ Depuis, environ huit décès liés à la maladie sur dix au Canada sont survenus dans des établissements de soins de longue durée, ce qui représente le taux de mortalité le plus élevé parmi les pays étudiés par l'International Long-Term Care Policy Network.⁴ Un récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publié en juin 2020 indique également que le Canada affiche le taux de décès en ESLD le plus élevé parmi les pays de l'OCDE.⁵ Si la plupart des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées² n'ont pas connu d'éclosion, des articles parus dans la presse et des rapports des Forces armées canadiennes⁶ ont mis en lumière les effets particulièrement dévastateurs de la pandémie dans certains établissements de soins de longue durée.

TABLEAU 1 : Outil de suivi de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée du National Institute of Aging (NIA), fruit d'un partenariat entre le National Institute of Aging de l'Université Ryerson, Empower Health et le groupe de travail sur le suivi des données ouvertes concernant la COVID-19 du NIA (en date du 7 juillet 2020).⁷

Région	Total des cas	Total des décès	Nb total d'établissements	Nb total affecté	% d'établissements affectés	Cas (résidents)	Cas (personnel)	% du total des cas	Décès (résidents)	Décès (personnel)	% du total des décès
Alberta	7 851	154	350	58	17%	558	304	11%	117	0	76%
Colombie-Britannique	2 869	173	392	39	10%	320	184	18%	97	0	76%
Manitoba	316	7	261	5	2%	4	2	2%	2	0	56%
Nouveau-Brunswick	165	2	468	2	0%	16	10	16%	2	0	29%
Terre-Neuve-et-Labrador	261	3	125	1	1%	1	0	0%	0	0	0%
Territoires du Nord-Ouest	5	0	9	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Nouvelle-Écosse	1 061	63	134	13	10%	265	123	37%	57	0	90%
Nunavut	0	0	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0
Ontario	35 920	2 689	1 396	436	31%	6 576	3 275	27%	2 052	8	76%
Île-du-Prince-Édouard	27	0	39	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Québec	55 079	5 448	2 215	568	26%	10 275	6 079	30%	4 455	8	82%
Saskatchewan	759	13	402	3	1%	4	4	1%	2	0	15%
Yukon	11	0	5	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
CANADA	104 337	8 552	5 801	1 125	19%	18 019	9 981	27%	6 784	16	79%

Le présent rapport se penche sur les mesures qui peuvent être prises dès maintenant pour mieux nous préparer à une

2. Partout au Canada, divers types d'établissements offrent un hébergement à long terme aux personnes qui ont besoin de soutien sur place, y compris des services de santé et de soins personnels. La désignation de ces établissements (établissements de soins de longue durée, foyers de soins, établissements de soins en hébergement, établissements de soins continus ou résidences pour personnes âgées), le niveau et le type de soins offerts ainsi que la façon dont ces établissements sont exploités et régis varient. Aux fins du présent rapport, nous avons généralement utilisé le terme générique « établissement » pour décrire ces différents milieux. Cela dit, il existe d'importantes différences entre les expériences vécues jusqu'à maintenant pendant la pandémie, tant à l'échelle du pays qu'entre les différents types de soins dispensés.

potentielle vague future de la pandémie. Autrement dit, il s'agit de tirer des leçons de la première vague, notamment là où les systèmes de santé et les exploitants d'ESLD du Canada ont réussi, et de dégager des pratiques prometteuses avec un potentiel de diffusion et de mise à l'échelle à court terme dans tout le pays. L'intention n'était pas de faire un examen complet de la réponse du secteur.

Pendant trois semaines à la fin mai et au début juin, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a examiné les données et réalisé plus de 40 entrevues auprès de proches aidants et de dirigeants du système de santé³ afin de comprendre les enjeux liés à la réponse à la pandémie dans les résidences collectives où vivent environ sept pour cent des aînés canadiens.⁴ Ces courtes entrevues ont été utilisées pour cerner et partager les pratiques prometteuses montrant un potentiel de diffusion et de mise à l'échelle dans les provinces et territoires.

Les entrevues portaient sur les trois aspects suivants (voir [annexe 2](#) pour le guide d'entrevue) :

1. Facteurs contribuant aux éclosions actuelles : que s'est-il passé et pourquoi? Quels sont les principaux enjeux à aborder au cours des trois à six prochains mois?
2. Pratiques prometteuses en réponse à la pandémie de COVID-19
3. Organisation des soins autres que ceux liés à la COVID-19 pour les personnes âgées jusqu'à la fin de 2020 (et au-delà)

Ces entrevues ont été conçues pour être représentatives et non figuratives. Elles avaient pour but de recueillir rapidement une rétroaction de la part des exploitants, des autres praticiens et des responsables des politiques afin d'orienter une exploration plus poussée plutôt que de produire des conclusions définitives. Cet exercice rapide comporte de nombreuses limites, notamment :

- Les personnes interrogées ont fait part de leurs expériences vécues et de leurs points de vue personnels relativement à une situation en évolution rapide, ce qui comprend un éventail de faits et d'observations qu'il n'a pas été possible de valider.
- La généralisation découle d'un échantillon relativement petit d'environ 40 personnes.
- Un grand nombre de sujets nécessitant une analyse approfondie n'ont été qu'effleurés.
- Il s'agit d'une situation à évolution rapide, dont les circonstances varient d'un bout à l'autre du pays et dans les différentes régions, et à mesure que de nouvelles données probantes émergent.

Nous reconnaissons également que les lacunes dans les soins offerts aux personnes âgées ayant des besoins sociaux et de santé complexes sont bien documentées depuis un certain temps. De nombreux rapports produits par les provinces et les territoires décrivent les problèmes et des solutions possibles; une liste de 35 rapports et recommandations des 20 dernières années a d'ailleurs été établie par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO).⁸ RÉF. Bien que la pandémie ait exacerbé les vulnérabilités existantes dans certains cas, ces problèmes ne sont pas apparus en quelques semaines ou mois et ne seront pas tous résolus à court terme. D'autres autorités compétentes ont discuté et discuteront en détail au cours des prochains mois de la façon de combler les lacunes les plus graves et de régler les problèmes de longue haleine (p. ex., [C.D. Howe Institute](#), [le Conference Board of Canada](#), [l'Association des infirmières et infirmiers du Canada](#) [AIIIC], [Estabrooks et coll.](#) et la [Société royale du Canada](#)). Nous n'avons pas tenté de dupliquer leurs efforts dans le présent rapport.

3. La liste des proches aidants et des dirigeants du système de santé interrogés figure à l'[annexe 1](#).

4. La liste des personnes interrogées et le guide d'entrevue figurent respectivement aux [annexes 1](#) et [2](#). Remarque : le présent rapport résume les commentaires formulés par les personnes interrogées. Bien que nous leur ayons distribué le rapport préliminaire pour qu'elles puissent le consulter, le présent sommaire ne doit pas être interprété comme représentant les points de vue individuels de chacun.

QUE S'EST-IL PASSÉ DE MARS À MAI 2020 DANS LES ESLD ET LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES AU CANADA?

1) Selon les personnes interrogées, la pandémie a mis en évidence un certain nombre de vulnérabilités de longue date dans les ESLD.

Certaines de ces vulnérabilités s'appliquent à d'autres résidences collectives pour les personnes âgées. En voici quelques exemples :

1. **Manque chronique de ressources** – Par exemple, le personnel qui travaille dans plusieurs unités d'un même établissement, l'impossibilité d'affecter du personnel aux unités qui présentent des cas de COVID-19 de celles qui n'en présentent pas, le manque de personnel d'entretien ménager pour améliorer les protocoles de nettoyage et le peu d'expertise en prévention et contrôle des infections dans de nombreux établissements.
2. **Complexité croissante des soins aux résidents** – Les établissements de soins en hébergement pour les personnes âgées sont progressivement devenus des fournisseurs de services de santé complexes où on observe notamment une prévalence élevée et croissante de démence comorbide.
3. **Risques liés à l'infrastructure ou aux installations** – Plus de 80 % des personnes interrogées ont indiqué que les chambres partagées, les couloirs mal conçus, les salles de bain partagées (dans certains cas, cela représente un problème autant pour les résidents que le personnel), le manque de climatisation et d'autres problèmes d'infrastructure semblables, y compris l'impossibilité d'isoler adéquatement les résidents atteints de COVID-19 dans des unités distinctes, constituaient des facteurs aggravants importants dans de nombreuses situations de crise. [Des recherches de l'Université de Toronto et de McMaster datant de juin 2020](#) révèlent que les considérations structurelles ont contribué à une petite proportion des décès en ESLD.
4. **Défis en matière de dotation** – De nombreux employés du secteur ont un salaire relativement bas et des avantages sociaux limités, ce qui peut contribuer à un roulement élevé et à des pénuries de personnel. Le travail à temps partiel, souvent pour plusieurs employeurs, est souvent devenu la norme dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile.
5. **Caractéristiques démographiques sous-jacentes** – La majorité des employés du secteur sont des femmes. Bon nombre d'entre elles sont racialisées ou viennent d'arriver au Canada. Les logements surpeuplés et les problèmes de sécurité du revenu, qui peuvent découler d'une variété de facteurs systémiques, notamment le racisme, peuvent également avoir contribué à la propagation du virus.
6. **Nombre élevé de personnes qui entrent dans les établissements où les mesures de contrôle des infections sont limitées** – Le nombre de fournisseurs (y compris les prestataires de soins de santé et de services sociaux), de visiteurs et d'autres personnes qui entrent quotidiennement dans les établissements était élevé avant la pandémie. Souvent, il n'y avait pas de suivi pouvant faciliter le traçage des contacts. De plus, les équipements de protection individuelle (EPI) étaient fréquemment indisponibles ou en quantité limitée.
7. **Formation et pratiques insuffisantes en matière de prévention et de contrôle des infections** – Selon les personnes interrogées, le taux de roulement élevé et les protocoles désuets ou inadéquats dans certains établissements posent un défi à long terme. De nombreux employés ont peu ou pas d'expérience en matière de pratiques de prévention et de contrôle des infections pandémiques dans les ESLD. De nombreux établissements ont dû se procurer eux-mêmes des EPI. Certains n'avaient pas le leadership clinique nécessaire pour une gestion proactive et efficace des pratiques de prévention et de contrôle des infections.
8. **Pratiques et responsabilités inégales des directions médicales** – De nombreux établissements qui ont connu des crises présentaient des lacunes en matière de présence médicale et de plans médicaux de rechange.

Ces vulnérabilités de longue date nécessiteront des solutions durables, bien que plusieurs initiatives à court terme prises pendant la pandémie (p. ex., une augmentation arbitraire des salaires, le déplacement de résidents dans des hôpitaux de campagne et des hôtels, l'arrêt des admissions et des réadmissions dans les ESLD, le retrait de résidents par des proches) puissent influencer les réformes à long terme.

2) Les premières mesures mises en place en réponse à la pandémie visaient principalement les hôpitaux de soins de courte durée.

« Nous regardions tous ce qui se passait en Italie, en Espagne, et plus tard à New York. » Les personnes interrogées ont indiqué que le renforcement de la capacité des unités de soins intensifs du système de soins de courte durée était l'objectif logique dans de nombreuses régions du pays, en raison des nouvelles qui arrivaient d'autres pays en janvier et février 2020. « Nous avons tenté d'aplanir la courbe afin que nos hôpitaux et les unités de soins intensifs ne soient pas submergés, et de nombreux patients d'ANS [autres niveaux de soins] ont été relogés dans des établissements de soins de longue durée. » Selon une personne interrogée, le nombre de patients relogés s'élevait à 1 600 en Ontario seulement, et des transferts semblables ont eu lieu dans d'autres provinces et territoires. Une autre a indiqué qu'au Québec, seulement 170 personnes âgées attendaient d'être placées le 11 juin 2020, comparativement à 500 en octobre 2019; un nombre qui demeurait relativement stable depuis les cinq dernières années.

La plupart des répondants étaient d'avis que le problème était « passé sous le radar ». Une exception a été la participation systématique des partenaires de soins de longue durée à un exercice de simulation du Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA), avant le mois de mars. Dans le cadre de cet exercice, les hôpitaux, les établissements de soins et d'autres fournisseurs ont travaillé sur les étapes d'un scénario d'éclosion et discuté des interventions possibles en août 2019. Au moment de l'entrevue, on avait recensé un seul cas dans un ESLD ou une résidence pour personnes âgées et aucun des 3 000 résidents n'était décédé. L'agence offre également une formation annuelle intensive sur la préparation et la réponse aux éclosions de grippe et fournit un soutien en matière de prévention et de contrôle des infections, de gestion des éclosions et de stratégies d'immunisation.

De nombreux directeurs d'ESLD à qui nous avons parlé avaient l'impression d'avoir été traités avec condescendance par les dirigeants du système de santé durant les premières phases de la pandémie et avaient eu droit à des communications souvent confuses, imprécises et contradictoires. Par exemple, les tests étaient rationnés au début de la crise, et les règles pour les ESLD n'étaient pas toujours claires. De nombreuses personnes interrogées ont fait état d'un manque de rapports publics et de longs délais pour obtenir les résultats des tests de laboratoire dépassant parfois plus d'une semaine. Elles ont mentionné qu'il y avait un manque flagrant de direction en ce qui concerne les employeurs uniques, l'utilisation des EPI, les points d'accès réservés dans les établissements et le regroupement en cohorte des résidents. Les lacunes en matière d'évaluation et de protection des populations vulnérables dans les ESLD ont perduré jusqu'à ce que le risque d'éclosion dans celles-ci soit établi. À ce moment-là, les ressources et l'attention ont commencé à passer des soins de courte durée aux soins de longue durée. Ce changement dans l'orientation des soins est survenu rapidement dans certaines provinces (p. ex., en Colombie-Britannique), mais très lentement à d'autres endroits, et même si les provinces ordonnaient aux hôpitaux de fournir des ressources, certains le faisaient à contrecœur. Lorsque des ressources en personnel ont enfin été mises à la disposition des établissements, nous avons appris que bon nombre d'entre elles avaient peu d'expérience de travail avec les personnes âgées, en particulier celles atteintes de démence. En effet, dans certains cas, le personnel réaffecté provenait d'unités pédiatriques ou de salles d'opération.

Même si les taux d'infection ont été nettement plus faibles dans les résidences pour personnes âgées, certaines personnes interrogées estimaient que ces milieux et d'autres établissements collectifs nécessitaient une attention soutenue et survivaient à cette vague surtout grâce à de meilleures installations, notamment des chambres individuelles. Bon nombre des répondants estimaient également que le secteur des services à domicile demeurait vulnérable, car il est considéré comme « non essentiel » et ne fait pas partie de la planification globale du système de santé. Ceux qui ont soulevé cet enjeu ont précisé que, dans certaines administrations, les services de soins à domicile ont été considérablement réduits au début de la pandémie et qu'il n'est toujours pas prévu de les redéployer complètement. Ils ont souligné qu'il s'agit d'une dissonance cognitive qui laisse entendre aux citoyens du Canada (et du monde) que « chez soi » est l'endroit le plus sûr où l'on puisse être. Les personnes interrogées ont indiqué que cela entraînerait probablement un grave problème pour d'autres parties du système de santé qui dépendent de la disponibilité des services de soins à domicile.

3) Les EPI et l'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections n'ont pas été répartis dans l'ensemble du système de santé au début de la pandémie.

Le Canada a fait face à des pénuries générales d'EPI au début de la crise, y compris dans les ESLD, les résidences pour personnes âgées et les milieux de soins à domicile. Nous avons appris que les fournitures disponibles étaient souvent concentrées dans les hôpitaux (dont certains ont tiré parti de leurs fondations et de leurs partenaires communautaires pour recueillir des fonds et mener de vastes campagnes) et que les petits fournisseurs avaient souvent de la difficulté à se procurer l'équipement nécessaire. Les opinions divergeaient quant à la cause de ces pénuries, ce qui fera sans doute l'objet d'études plus approfondies. En général, les personnes à qui nous avons parlé estimaient toutefois que les provinces canadiennes avaient tardé à adopter le port obligatoire du masque pour les travailleurs de la santé dans les résidences collectives. Voici quelques exemples d'opinions exprimées :

1. « Des règlements et des normes ont été mis en place, mais n'ont pas été correctement suivis et respectés. »
2. « La santé publique accuse toujours un retard de deux semaines. »
3. « Nous avons imposé le port du masque dès le 29 mars (la directive provinciale est arrivée le 9 avril) et avons été largement critiqués (pour être alarmistes) lorsque nous avons fait livrer 10 000 masques à nos établissements. »
4. « Nous avons demandé l'aide de [notre grand voisin universitaire] et il nous a répondu qu'il avait besoin de son EPI et de son personnel pour ses unités de soins intensifs. »
5. « Quelqu'un nous a livré des masques lorsque nous avons annoncé l'éclosion. Je n'ai jamais su qui, mais je soupçonne que le dirigeant [d'un organisme] a fait ce qu'il fallait. »
6. « Nous avons eu de la chance parce que nous avons vu ce qui s'était passé en Colombie-Britannique et nous étions donc mieux préparés. »
7. « Heureusement, il y a eu des efforts de la part des citoyens et de l'aide de médecins rebelles des soins intensifs. »
8. « Nous avons créé notre propre coopérative d'achat d'EPI (CAPES) parce que les autorités provinciales ne nous répondaient pas. »
9. « Nous avons fait nos propres réserves d'EPI pour que nos travailleurs (des soins à domicile) en aient suffisamment. Nous nous félicitons de pouvoir dire qu'un seul de nos travailleurs de la santé a eu la COVID-19. »
10. « Nous avons dû prendre nos propres décisions cliniques sur l'utilisation appropriée de l'EPI pour nos travailleurs de première ligne en soins à domicile, car nous ne pouvions pas attendre que le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) nous informe des pratiques exemplaires à adopter. Ce risque financier en a valu la peine, car il n'y a eu aucun décès dans les milieux de soins à domicile et des taux d'infection très faibles chez le personnel, soit bien en deçà de 1 %. »
11. « Le port obligatoire du masque (en mars), avec deux masques par jour par employé en tout temps, a grandement réduit le nombre de cas positifs. »

4) Une orientation régionale a permis de coordonner l'affectation des ressources et la réponse à la pandémie.

Les personnes interrogées ont maintes fois souligné que le manque de liens formels entre de nombreux établissements et les autres parties du système de santé a été un facteur aggravant majeur dans la gestion des éclosions au début de la pandémie. De nombreux établissements n'avaient pas les moyens de gérer une telle flambée d'infections en raison du manque de spécialistes en prévention et contrôle des infections ou du manque de ressources pour redresser la situation une fois qu'elle avait atteint un seuil critique. Dans plusieurs régions du pays, il n'y avait toujours pas d'installations d'appoint désignées en mars, en avril et même au début de mai.

Dans les cas où des relations régionales solides étaient déjà établies, la réponse initiale s'est révélée plus efficace. Par exemple, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, les provinces maritimes, Kingston (Ontario) et certaines parties de l'Alberta sont citées en exemple par les personnes interrogées. Nous avons notamment appris que la Colombie-Britannique avait su réagir efficacement même aux tout premiers foyers d'infection en sollicitant l'intervention des autorités sanitaires régionales. Là-bas comme ailleurs, les personnes interrogées ont indiqué que les autorités régionales ou une autorité provinciale ou territoriale semblent le plus souvent en mesure d'affecter des ressources rapidement aux fins de prévention ou d'intervention. Lorsque la santé publique ne relevait pas des autorités sanitaires, les répondants nous ont mentionné que certains problèmes de communication sont survenus au début de la pandémie, pendant l'opérationnalisation de la réponse.

Au Québec et en Ontario, les répondants rapportent que dans les premiers temps, les réponses régionales et le soutien aux soins de courte durée étaient essentiellement volontaires. Ils ont fait remarquer que dans ces provinces on tend à observer une rupture organisationnelle ou déclarative entre les secteurs des soins de courte durée et des soins de longue durée. Cette séparation s'est révélée particulièrement aiguë à Toronto et à Montréal, où les grands centres universitaires ne sont habituellement pas intégrés aux structures régionales. La plupart des établissements aux prises avec des éclosions précoces ont géré eux-mêmes la situation. Dans quelques cas, des équipes locales ou les Forces armées canadiennes ont été déployées.

Un système de soutien a été officialisé et centralisé ultérieurement en Ontario et au Québec, en avril. Les hôpitaux ont été sollicités pour remédier à la pénurie grave de personnel dans un petit nombre d'établissements touchés par la pandémie dans les deux provinces. En Ontario, par exemple, le comité directeur du Système de gestion des incidents (SGI) est composé de quatre directeurs généraux d'hôpitaux de soins de courte durée, un directeur général d'un réseau de soins de longue durée et de résidences pour personnes âgées, de deux délégués, du coroner en chef, du médecin hygiéniste en chef et du président-directeur général de Santé Ontario. Les répondants ont indiqué que le comité coordonne maintenant une réponse vigoureuse (généralement dirigée par les hôpitaux) aux éclosions, après avoir mis de l'ordre dans les mesures d'intervention de l'Ontario en mai et en juin. De même, des systèmes d'entraide et d'accès rapide à des experts cliniques ont été mis sur pied au Québec sous la direction du comité du Cabinet.

5) Les stratégies de déclaration et de dépistage des cas étaient différentes à l'échelle du pays.

Les répondants ont également affirmé que les systèmes régionalisés semblaient avantageés pour ce qui est de l'organisation de la déclaration et du dépistage des cas. Il y a eu une amélioration constante dans l'ensemble des provinces et territoires, mais les personnes interrogées estiment que certains gouvernements n'avaient pas été tout à fait à la hauteur dans les premiers temps. Les répondants de l'Ontario se montrent particulièrement critiques quant à l'éparpillement des messages et des responsabilités entre les 34 bureaux de santé publique et aux faibles capacités en matière de dépistage. Certains établissements de l'Ontario ont dû plaider en faveur de campagnes de dépistage de masse pour obtenir une cohorte suffisante de résidents, et de nombreux établissements ont procédé au dépistage à l'interne pour accélérer leur réponse aux éclosions. Le facteur temps était crucial étant donné que la propagation précoce du virus dans les ESDL était parfois attribuée aux employés et résidents asymptomatiques. En général, les soins à domicile n'étaient pas inclus dans le programme de dépistage et il était laissé à chaque personne symptomatique l'initiative de se rendre à un centre d'évaluation. Nous avons entendu dire que ces personnes s'étaient parfois vu refuser l'examen ou avaient dû attendre des jours. Au Nouveau-Brunswick, où aucun cas positif de COVID-19 n'avait encore été recensé dans des ESDL à la fin mai, les répondants ont confirmé le grand nombre de tests effectués. Cela dit, même dans les provinces régionalisées telles que la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse, d'aucuns se sont plaints que la déclaration des données n'était pas pleinement opérationnelle et qu'elle se faisait à un niveau trop regroupé pour permettre de cibler une intervention locale. On note un phénomène intéressant durant la pandémie, à savoir les nombreuses initiatives de transparence des groupes d'universitaires et de bénévoles partout au pays. Ceux-ci ont collaboré avec des journalistes et les proches des résidents pour suivre l'évolution de la situation dans les ESDL partout au pays. Ces efforts ont constitué un volet important de la réponse à la pandémie; des répondants affirment en outre qu'il y aurait lieu de s'intéresser à la pérennité des initiatives de ce genre.

6) Les ESDL dépassés par la situation semblent avoir suivi le même cheminement avant d'arriver à un point de bascule.

Les répondants rapportent que la direction des établissements qui se sont retrouvés dépassés s'était laissé surprendre par la nature asymptomatique du virus, surtout au début. « Un jour, nous avons découvert un cas, puis le lendemain il y en avait plusieurs dizaines. Le troisième jour, de nombreux employés manquaient à l'appel pour cause de maladie et plus encore, pour cause de peur. » Le manque d'EPI, les piètres pratiques de prévention et de contrôle des infections ainsi que les faibles capacités de dépistage précoce ont contribué à la propagation du virus chez les résidents et le personnel. « Nous voyons des établissements atteindre un point de rupture à partir duquel même les gestionnaires compétents sont dépassés ou tombent eux-mêmes malades. » On nous a dit que la vétusté de certains établissements et la présence de chambres partagées avaient souvent aggravé la situation, tout comme le recours à du personnel à temps partiel ou itinérant. Naturellement, les employés à temps partiel et à court terme peuvent se sentir moins attachés à un lieu en particulier, et les personnes interrogées rapportent que ces personnes sont plus susceptibles d'avoir peur de l'inconnu, particulièrement dans les établissements dont les équipes de gestion sont dépassées par la situation, quand elles ne sont pas elles-mêmes malades. « Certains établissements ont perdu 50 % de leurs travailleurs, mais d'autres, aucun. » On nous a dit qu'une fois que l'établissement avait « basculé », il devenait très difficile pour son équipe de direction de redresser elle-même la situation.

7) Les établissements subissant une éclosion à grande échelle nécessitent une mobilisation majeure de l'équipe.

Selon les répondants, peu d'établissements ont pu renverser sans aide extérieure une flambée épidémique dont ils avaient perdu le contrôle. Ils sont nombreux à parler de la nécessité de ne pas s'en tenir à une réponse à petite échelle et de privilégier une action plus large en démarrant le plus tôt possible un programme d'intervention. Ils laissent entendre que la mobilisation d'une équipe d'intervention d'urgence (EIU) de 5 à 20 intervenants dirigée par un infirmier autorisé (IA) principal (éventuellement un docteur en médecine [M.D.]) en présence d'une éclosion semblait beaucoup plus efficace que l'ajout de quelques employés indépendants à l'équipe existante. De telles « équipes de choc » ont été mises sur pied dans certaines régions (p. ex., en Colombie-Britannique), par des autorités sanitaires provinciales (p. ex., en Saskatchewan), par des hôpitaux individuels (p. ex., l'Hôpital général de North York, l'Hôpital Michael Garron en Ontario), par l'ensemble de la province à l'échelon hospitalier en Ontario (par l'intermédiaire du SGI), par les Forces armées canadiennes (en Ontario et au Québec), par les organismes de soins à domicile et par les grands réseaux d'ESLD et de résidences pour personnes âgées. Les répondants rapportent tous avoir observé la création purement réactive de ce genre de structure au cours des trois derniers mois; il nous a été dit qu'il y aurait lieu de leur donner des bases permanentes dans le cadre du renforcement de notre capacité d'intervention en santé publique. L'organisation et l'officialisation de ces équipes vont bon train dans la plupart des provinces et territoires. Les personnes interrogées insistent sur le fait qu'il faudra financer adéquatement et organiser de façon permanente les EIU pour faire face aux prochaines vagues de la COVID-19 et aux futures pandémies qui pourraient se produire.

PRÉPARATION À LA PROCHAINE VAGUE : PRATIQUES PROMETTEUSES ET OPTIONS STRATÉGIQUES À LA MI-JUIN 2020

Cette section aborde la question des pratiques prometteuses et des options stratégiques à la mi-juin 2020. Les conclusions sont tirées des entrevues, des analyses et des discussions que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a menées au cours des dernières semaines auprès des parties prenantes. Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous cherchons à comprendre rapidement les pratiques plus efficaces afin de les transmettre aux équipes de première ligne, qui passent de longues heures à gérer ces situations difficiles. Nous respectons profondément leurs points de vue, qui résultent d'expériences vécues particulièrement éprouvantes le printemps dernier et nous remercions les équipes qui les ont généreusement partagés avec nous. Nous espérons ainsi alimenter un débat utile, au moment où les provinces et les territoires se préparent à d'éventuelles prochaines vagues, en reconnaissant que de nombreuses administrations et de nombreux établissements innovent déjà activement pour renforcer la préparation aux pandémies et les mécanismes de réponse.

Remarque : Les répondants ont clairement fait savoir que l'une des meilleures façons de protéger les établissements est de maintenir la transmission communautaire de la COVID-19 au plus bas niveau. Les stratégies à cet égard sont d'une importance cruciale, mais elles dépassent la portée du présent rapport.

Prévention et contrôle des infections – prévention de nouvelles éclosions

La priorité absolue pour prévenir de futures éclosions est d'empêcher l'introduction du virus dans les ESLD. Il faut pour cela disposer d'un mécanisme de détection précoce des porteurs (symptomatiques et asymptomatiques) du virus permettant de les isoler avant qu'ils ne le transmettent aux résidents. Selon les répondants, la clé pour y parvenir est de soumettre régulièrement le personnel à des tests de dépistage, de même que les proches aidants et certains visiteurs des établissements. On nous a signalé une autre étude en cours sur la fréquence et l'organisation de cette surveillance, dont la publication est attendue en juillet, et qui devrait éclairer les décisions à cet égard.

Les personnes interrogées ont indiqué que cette stratégie s'est avérée efficace en Ontario, où des tests de surveillance ont permis d'éviter plus de 50 éclosions au cours des dernières semaines en détectant les membres du personnel positifs à la COVID-19, pour ensuite les isoler avant qu'ils n'introduisent le virus dans les établissements. Associée au port obligatoire du masque, cette approche réduira le risque de nouvelles éclosions, ce qui permettra du même coup de libérer du temps pour corriger d'autres faiblesses systémiques des ESLD.

Le port obligatoire du masque est désormais considéré comme la norme de soin dans la plupart des ESLD et des résidences pour personnes âgées et sera bientôt la règle également pour les services à domicile et la plupart des cabinets de médecine. Il en sera sans doute ainsi pendant un certain temps dans les régions où le virus circule dans la population. Les répondants ont dit que l'utilisation d'écrans, de blouses d'isolement et de gants est également beaucoup plus courante. Les procédures de nettoyage ont également été améliorées. Ce niveau supplémentaire de protection entraîne des dépenses et peut se révéler une pratique laborieuse pour un personnel déjà à cran. Les personnes interrogées estiment que le total des coûts supplémentaires qu'entraînent la prévention et le contrôle des infections et d'autres coûts liés à la pandémie se situe entre 50 \$ et 100 \$ par résident et par jour. D'après certains, ces charges supplémentaires pourraient rendre d'autres options de soins de longue durée plus intéressantes pour les payeurs et favoriser des solutions de soins à domicile.

Prévention et contrôle des infections – exercices et formation

Les répondants ont déclaré que de grands progrès ont été réalisés en matière de prévention et de contrôle des infections dans les établissements au cours des trois derniers mois. Les critères à respecter ont été renforcés et des mesures ont été prises pour veiller à leur application, même si cela nécessite une attention continue. Le gouvernement du Québec a récemment annoncé qu'il s'agira d'un objectif prioritaire pour la province tout au long de l'été.

Plusieurs groupes se sont mobilisés pour publier des normes et des pratiques exemplaires et pour proposer des ressources de formation partout au pays, notamment :

- [Agence de la santé publique du Canada](#)
- [Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique](#) (en anglais seulement)
- [Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée \(CARI\)](#) (en anglais seulement)
- [Comité sur les infections nosocomiales du Québec \(CINQ\)](#)
- [HSO/Agrément Canada](#)
- [Île-du-Prince-Édouard](#)
- [Nouveau-Brunswick](#)
- [Nouvelle-Écosse](#) (en anglais seulement)
- [Ontario Retirement Communities Association \(ORCA\)](#) (en anglais seulement)
- [Ordre des infirmières du Québec](#)
- [Saskatchewan](#) (en anglais seulement)
- [Services de santé Alberta](#) (en anglais seulement)
- [Soins communs Manitoba](#) (en anglais seulement)
- [The Michener Institute](#) (en anglais seulement)

Les systèmes de santé locaux et les organismes de normalisation assument la responsabilité et le pouvoir décisionnel quant aux pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections. Selon les personnes interrogées, cette question sera un objectif prioritaire des établissements, de leurs organismes de tutelle et des organismes d'agrément à la fin de l'été. Plusieurs répondants évoquent un cycle d'inspection de la prévention du contrôle des infections en août-septembre afin de se préparer à la saison de la grippe et à une future vague possible de COVID-19, et de dresser un plan d'action pour faire face à l'éventualité que ces deux vagues coïncident. L'occasion se présente afin de renforcer et d'élaborer des modèles de partenariat de soutien entre les organismes de réglementation et les ESLD en prévision de futures vagues de COVID-19.

Pratiques exemplaires de préparation en matière de santé publique – milieu urbain

Selon les répondants, une préparation proactive dans les établissements et dans le système de santé en général est essentielle pour éviter les éclosions en milieu urbain. Elle comprend la planification avec les partenaires du système de santé, souvent coordonnée à l'échelle régionale. Dans certains cas, de la formation, des réserves d'EPI et d'autres ressources ont été fournies dans une province ou un territoire donné ou dans un réseau d'établissements.

Il semble que le Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (KFLA) se soit démarqué parmi ses pairs en obtenant des résultats exemplaires pour une collectivité éloignée. Malgré une population de plus de 200 000 habitants, la présence de la ville de Kingston, de plusieurs universités et de l'autoroute transcanadienne, le Bureau ne comptait qu'un seul cas dans ses 30 établissements (11 ELSD et 19 résidences pour personnes âgées) en date du 25 mai 2020. Le KFLA a reconnu la gravité de la pandémie qui s'amorçait et a entrepris une vaste campagne d'inspection de l'état de préparation en matière de prévention et de contrôle des infections, sur la base de ses préparations annuelles contre la grippe. En plus d'intégrer à son équipe des inspecteurs en restauration et une infirmière en santé publique, il a dépêché un inspecteur dans chaque établissement. L'infirmière jouait plutôt un rôle d'encadrement, alors que l'inspecteur remplissait un rôle de vérification. Ce binôme était appuyé par un médecin hygiéniste (MH) disposé à rédiger des procès-verbaux d'infraction exposant les contrevenants à une amende de 5 000 \$ par jour. Trois exemples de leurs listes de vérification sont joints aux annexes 3 à 5. La campagne s'est également étendue aux établissements correctionnels.

Le Dr Kieran Moore, MH et urgentologue, a soulevé plusieurs autres points clés concernant la préparation : 1) Les bureaux de santé publique ne peuvent se permettre d'attendre qu'on leur dise quoi faire; ils doivent se montrer proactifs et opérationnels; 2) il faut nouer des relations avec toutes les parties prenantes des institutions et de la collectivité (hôpitaux, résidences pour personnes âgées, établissements de soins primaires); 3) ces relations doivent être mises à l'épreuve au moyen d'exercices écrits où les participants peuvent voir les réponses probables des autres et en discuter. Le programme décrivant l'exercice de simulation du KFLA se trouve à l'annexe 6. La disponibilité précoce des tests de dépistage et leur accessibilité constituent une autre stratégie clé.

Comme l'a affirmé un autre répondant, « ces relations doivent être établies dans toute la région avant la crise. C'est très difficile à faire dans le feu de l'action. »

Au moment de la publication de ce rapport, plusieurs éclosions ont été identifiées à Kingston (Ontario), cependant aucune n'a eu lieu en établissement de soins de longue durée.

Les normes d'agrément comprennent des critères liés à la préparation aux situations d'urgence et à la planification correspondante. Ces critères exigent que les équipes s'exercent à intervenir en cas d'incendie, de catastrophe naturelle ou d'évacuation. Les exercices réels sont des pratiques exemplaires à privilégier dans la mesure du possible, mais les simulations peuvent aussi produire des résultats similaires. Des répondants suggèrent qu'il serait avisé de rendre systématiques les simulations de réponse à une pandémie au sein des organismes en prévision de futures vagues de COVID-19.

Pratiques exemplaires de préparation en matière de santé publique – collectivités à accès contrôlé

Les collectivités qui peuvent contrôler l'accès à leur territoire sont avantagées pendant une pandémie, mais peuvent aussi faire face à des difficultés particulières en se retrouvant avec des ressources locales limitées pour intervenir. Par le contrôle des points d'accès, par la surveillance des voyageurs et l'imposition d'une quarantaine, et par l'évaluation de la circulation commerciale, elles peuvent empêcher l'introduction du virus de la COVID-19 sur leur territoire en s'appuyant sur une stratégie de périmètre de sécurité. En conséquence, les éclosions y sont moins probables dans les ESLD. À l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, nous avons appris que le pont et les aéroports étaient contrôlés, et que les voyageurs étaient évalués et surveillés.

De même, au Yukon, le gouvernement territorial a mis en place des mesures de contrôle à l'aéroport de Whitehorse et sur les routes principales. Les personnes qui arrivaient de l'extérieur étaient confinées dans un hôtel, où elles se voyaient offrir les repas, pour une période d'isolement de 14 jours. À ces mesures communautaires se sont ajoutées des mesures propres aux ESLD. Par exemple, nous avons appris que tous les ESLD ont des chambres individuelles et qu'un hôtel distinct avait été aménagé pour regrouper et mettre en quarantaine tous les cas de COVID-19. Le personnel des ESLD touche un « salaire décent » et a droit à une formation et une préparation adéquates.

Réponse à la pandémie et plan d'intervention – collectivités à accès contrôlé

Bien que la stratégie du périmètre de sécurité puisse se révéler efficace pour une collectivité en mesure de contrôler les points d'entrées à son territoire, il est tout de même important qu'elle réfléchisse à ses mécanismes d'intervention si une éclosion devait se produire. Les répondants soutiennent que les administrations et les collectivités qui n'ont pas l'expérience d'une intervention en cas d'éclosion auraient intérêt à étudier l'exemple des régions du pays qui l'ont fait avec succès. La Saskatchewan, notamment, a dû gérer trois éclosions dans autant de collectivités du Nord. L'une d'elles avait La Loche pour épiscentre et s'étendait à l'ESLD et à l'hôpital rural. L'éclosion s'est déclarée le 17 avril et a pris fin le 16 mai 2020. La Saskatchewan Health Authority, la Northern Intertribal Health Authority et le centre local des opérations d'urgence ont fait équipe pour [mener l'intervention](#) contre la COVID-19 au sein d'une population culturellement diversifiée de cette région nordique et éloignée. L'éclosion a mis en lumière plusieurs déterminants sociaux de la santé depuis longtemps problématiques dans la collectivité, notamment le manque de logements adéquats, le surpeuplement, la vulnérabilité des populations, les barrières linguistiques, l'inclusion sociale et les défis liés à la santé mentale et à la consommation de substances. La réponse a nécessité une intervention rapide et coordonnée en matière de santé publique qui a mis à profit les relations existantes ainsi que les atouts de la collectivité et ses partenariats. Les entrevues nous ont appris que, pour compléter une solide réponse communautaire, la Saskatchewan Health Authority avait recruté une équipe à l'échelle de la province. Ses membres ont reçu une formation appropriée sur les EPI et sur la prévention et le contrôle des infections pour être à même d'aider les fournisseurs de soins de santé et les partenaires locaux.

De même, nous avons appris que l'accès facile à des conseils d'experts est particulièrement important lorsque les collectivités ont des besoins qui dépassent les capacités locales. Par exemple, [InfoPoint](#) est une nouvelle initiative de partage de l'information élaborée par l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations (AGSPN) à l'intention des gestionnaires de la santé des Premières Nations. InfoPoint offre 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. Les assemblées générales virtuelles organisées chaque semaine par l'AGSPN offrent également une occasion d'apprendre des expériences d'autres collectivités, y compris en ce qui concerne la préparation et l'intervention en cas de pandémie pour soutenir les aînés des collectivités des Premières Nations.

Les répondants soulignent que toutes les collectivités doivent réfléchir à la façon dont elles pourraient avoir à gérer des éclosions de grippe et de COVID-19 simultanées. Il est important de noter que, compte tenu de l'expérience acquise lors de la première vague, chaque ESLD et chaque résidence pour personnes âgées (en milieu rural ou urbain) devrait avoir une idée claire des ressources vers lesquelles se tourner pour obtenir de l'aide en cas d'éclosion. Cette information devra être formulée clairement et de façon officielle pour la collectivité avant la prochaine vague.

Réponse en cas de pandémie et planification de l'intervention – gestion de la capacité de mobilisation provinciale, territoriale et régionale

Les personnes interrogées affirment toutes qu'il est essentiel de disposer de plans d'urgence clairs pour les ESLD (et probablement pour toutes les résidences collectives pour adultes) en prévision de l'automne. Ces plans doivent être officiels, clairs et publics, et tenir compte des capacités actuelles (p. ex., peu d'exploitants d'établissements peuvent maîtriser une éclosion à grande échelle sans aide extérieure). Comme nous l'ont appris les entrevues, un certain nombre d'établissements ont atteint un point critique de mars à mai 2020, à partir duquel il ne leur a plus été possible de redresser la situation en s'appuyant sur leurs seules ressources. Une capacité de mobilisation et des équipes d'intervention prêtes à prêter assistance devraient être organisées à l'avance et coordonnées par des comités régionaux, provinciaux et territoriaux compétents. D'après les répondants, les autorités régionales, provinciales ou territoriales et les comités provinciaux ou territoriaux dotés de pouvoirs ministériels délégués semblent être autant de modèles efficaces une fois créés et organisés, même si le temps de démarrage s'est révélé généralement plus long lorsque les fonctions étaient cloisonnées et en absence de systèmes régionaux clairs déjà en place.

Une grande partie des provinces de l'Ouest et de l'Atlantique sont organisées en systèmes de santé régionaux, où les hôpitaux de soins de courte durée et les ESLD sont liés à l'échelle régionale, provinciale ou territoriale. Bien qu'il existe des différences notables d'une administration à l'autre, la réponse dans toutes les provinces régionalisées a généralement consisté à basculer vers un modèle d'équipe d'intervention dirigé par un hôpital ou par la région (mais souvent fourni par un hôpital de soins de courte durée). En général, le service de santé publique a été intégré à l'intervention opérationnelle au bout d'un certain temps, ou faisait déjà partie de la gouvernance régionale. Dans chacune de ces administrations, une intervention régionale de concert avec le service de santé publique semble maintenant être la norme. On nous a parlé des systèmes régionaux pour organiser le stockage d'EPI, gérer la capacité d'appoint et planifier divers scénarios à mesure qu'apparaissent les futures vagues.

Ailleurs, un certain nombre de partenaires de soins de courte durée et de soins de santé primaires sont intervenus en mobilisant du personnel et des ressources pour redresser la situation dans les établissements locaux sujets à des éclosions. Nous avons appris que les équipes d'intervention efficaces avaient des IA et M.D. chevronnés à leur tête, suffisamment de membres pour améliorer la situation de façon significative, l'EPI nécessaire ainsi qu'une bonne connaissance des procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections. Leur arrivée a eu tendance à stabiliser immédiatement la situation et a souvent réduit le facteur de peur qui menait à l'absentéisme du personnel. Plusieurs répondants ont dit avoir le sentiment que « quelqu'un était là pour moi ».

Dans un certain nombre de cas, les efforts d'intervention semblent avoir pris forme à l'échelle locale avant d'être officialisés à l'échelle régionale ou provinciale. Par exemple, un hôpital communautaire a commencé à fournir des masques aux établissements avant la fin mars et a conseillé le port universel du masque dans la collectivité, une mesure qui n'était pas encore appuyée par les autorités sanitaires à l'époque. Les équipes ont répondu à 11 éclosions, dont quatre étaient toujours actives à la fin mai. Elles ont également élaboré un tableau de bord qu'elles utilisent quotidiennement pour surveiller les ESLD et les résidences pour personnes âgées de la collectivité.

Dans les situations où les hôpitaux ont réagi rapidement dans la communauté, les personnes interrogées ont indiqué que leur action semblait avoir été motivée par des relations antérieures établies grâce à des efforts de collaboration communautaire menés partout au pays. En Ontario, par exemple, ces relations reposaient souvent sur les équipes de Santé Ontario, qui avaient entamé des discussions avant 2020, mais qui sont maintenant sollicitées pour organiser la réponse. De même, les partenariats qui étaient en place avant la pandémie se sont révélés être l'un des principaux acteurs de la réponse à la COVID-19 pour certains établissements. Selon les répondants, le renforcement de ces relations devrait faire partie de la préparation à la seconde vague.

Les répondants ont également mentionné un autre groupe d'équipes d'intervention qui existait déjà et semble avoir connu un certain succès dans quelques réseaux plus grands et mieux dotés, par l'intermédiaire d'organismes de soins à domicile. Il semble que des dizaines d'ESLD et de résidences de services aient fait l'objet de ce type d'intervention. Cela était particulièrement vrai au début de la pandémie. Les personnes interrogées ont fait remarquer qu'il serait important de déterminer si les réseaux de grande taille devraient avoir leurs propres structures et leurs propres responsabilités en ce qui a trait à l'intervention. Cette question reste à éclaircir, car les personnes à qui nous avons parlé ont indiqué que plusieurs petits exploitants (à but lucratif et sans but lucratif) n'avaient pas les ressources nécessaires pour faire face à la pression d'une éclosion.

Selon les répondants, chaque ESLD et résidence pour personnes âgées (en fait, tous les services de résidence collective pour adultes) devrait avoir une idée claire des ressources vers lesquelles se tourner pour obtenir de l'aide en cas d'écllosion. Cette information devra être formulée clairement et de façon officielle pour la collectivité avant la prochaine vague. Tous s'entendent pour dire qu'il faut créer et tester une équipe d'appoint officielle avec un encadrement professionnel, des EPI, de la formation sur la prévention et le contrôle des infections et des ressources, dans toutes les collectivités du Canada, et ce, avant la saison automnale de la grippe.

Les personnes interrogées affirment également que le gouvernement du Canada devrait continuer de soutenir les autres administrations lors de la deuxième vague. Cette tâche est actuellement assumée par les Forces armées canadiennes et les Rangers. Par ailleurs, la question reste ouverte quant à la façon d'organiser cette capacité nationale de mobilisation, compte tenu de l'éventail de ministères concernés et d'approches disponibles.

Chaîne d'approvisionnement et stocks régionaux et provinciaux d'EPI (et autres fournitures essentielles)

Il s'agissait d'un problème majeur au début de la pandémie, mais les personnes interrogées ont indiqué qu'il avait été essentiellement résolu pour les hôpitaux de soins de courte durée, les ESLD et les résidences pour personnes âgées en date de juin 2020. Elles ont toutefois précisé qu'il n'est pas encore entièrement réglé pour les cabinets de médecins, les fournisseurs de services sociaux et les organismes de soins à domicile. Toujours d'après les répondants, la constitution de réserves provinciales, territoriales et régionales et la gestion centralisée de la chaîne d'approvisionnement constitueraient des pratiques exemplaires. C'est ce qui a été fait en Alberta, en Nouvelle-Écosse et dans d'autres administrations au début de la pandémie. Dans les grandes provinces, les répondants étaient d'avis qu'il fallait constituer des réserves provinciales, territoriales et régionales pour maintenir des niveaux équivalents gérables et réduire les coûts. Des efforts d'associations considérables ont également été déployés dans le secteur, aussi bien par les entreprises individuelles que par les résidences pour personnes âgées membres de l'alliance CAPES (Canadian Alliance to Protect and Equip Seniors Living).

Il existe un manque manifeste de confiance entre les participants du système à cet égard, un problème qui, selon les répondants, reste à résoudre au moyen de lignes directrices plus claires et d'une transparence des processus et des niveaux d'approvisionnement. La centralisation des stocks d'EPI d'appoint devrait réduire la quantité excédentaire de fournitures d'urgence à stocker pour l'ensemble du système. Telle était la conclusion de plusieurs rapports après le SRAS. Elle semble logique, car la multiplication de stocks individuels dans un grand nombre d'entrepôts peut se solder par l'expiration de l'équipement et des coûts de réapprovisionnement supplémentaires. Toutefois, dans la pratique, la centralisation exige des participants d'avoir confiance dans le système et dans sa chaîne d'approvisionnement. Les personnes interrogées font remarquer qu'après les derniers mois, il faudra travailler à rétablir la confiance. D'ici là, des associations locales et sectorielles continueront d'administrer leurs propres stocks pour des raisons de sécurité. Ce comportement ne relève pas du simple égoïsme : il découle des leçons tirées de l'expérience et d'une simple question de prudence pour faire face à des circonstances particulièrement délicates. De nombreux intervenants du système ont dépensé beaucoup de ressources pour s'assurer de ne plus jamais subir de pénuries comme celles de mars et d'avril.

Il convient de noter qu'une importante campagne de financement bénévole et philanthropique a constitué une mesure provisoire cruciale pour combler les carences d'EPI dans de nombreuses administrations. Les répondants insistent sur le fait qu'il s'agit de l'un des nombreux domaines où les actions des citoyens et des cliniciens ont joué un rôle fondamental dans la réponse à la pandémie. Il nous a toutefois été dit qu'il s'agissait aussi d'un autre facteur d'injustice entre ceux qui ont plus de ressources en matière de marketing et de philanthropie, et ceux qui n'en ont pas tant ou n'ont pas d'aussi bonnes relations.

Professionnels de la santé : gestion du nombre de personnes qui se rendent dans les établissements

Les personnes interrogées affirment toutes que le contrôle des infections est devenu un levier majeur pour forcer l'amélioration de l'organisation et de l'établissement des horaires des professionnels de la santé qui se rendent dans l'établissement. L'administrateur en santé provincial de la Colombie-Britannique a pris des décisions relativement rapides à cet égard. Dès mars, la province a pris le contrôle de la gestion du personnel des résidences pour personnes âgées du Lower Mainland pour une période de six mois. Le personnel ne pouvait travailler qu'à un seul établissement, et la rémunération et les conditions de travail ont également été adaptées en conséquence. Des mesures ont aussi été prises à l'échelle locale. Par exemple, une résidence pour personnes âgées de la région de Hamilton, en Ontario, qui avait déjà vu passer six organismes et 38 travailleurs différents en une seule journée pour fournir des soins à domicile financés par le gouvernement, a été en mesure de regrouper ses services en un seul organisme ne comptant que huit professionnels de la santé. Toutefois, il convient de noter qu'en Ontario, le regroupement des services à domicile a fait l'objet d'une simple recommandation non contraignante. Par conséquent, il nous a été dit que dans bon nombre des 770 résidences pour personnes âgées de la province, la circulation de personnes est plus importante que le niveau optimal pour la prévention et le contrôle des infections. Les personnes interrogées suggèrent que la meilleure pratique pour contrôler les infections et assurer la continuité du personnel serait de limiter davantage le nombre de professionnels de la santé qui interviennent dans un même établissement (personnel soignant et autres personnes qui fournissent des services aux résidents, même s'ils sont payés par d'autres). Certains répondants soutiennent que le directeur général d'un établissement devrait avoir le droit et la responsabilité de limiter le nombre de travailleurs et de regrouper les contrats à des fins de contrôle des infections. Plus précisément, il devrait avoir le pouvoir d'affecter les dépenses aux emplois des membres du personnel existant ou d'imposer des limites aux organismes lorsqu'il juge que cette mesure est dans l'intérêt de la prévention et du contrôle des infections à l'établissement, en prévision de la prochaine vague. La cohérence et le regroupement des rôles sont également considérés comme un facteur de satisfaction au travail pour les professionnels de la santé lorsqu'ils sont mis en œuvre correctement. Par conséquent, en plus des avantages en matière de contrôle des infections, ils peuvent renforcer les relations de travail entre les organismes, les établissements et le personnel soignant.

De nombreuses personnes interrogées laissent entendre qu'il y aurait lieu à l'avenir de mettre en place des contrôles officiels et d'inscrire à un registre toutes les personnes qui entrent dans les établissements. La direction de chaque établissement devrait aussi mettre en œuvre un plan d'action pour réduire au minimum le nombre total d'intervenants et le temps de travail, tout en veillant à satisfaire les besoins des résidents. Ces mesures seraient complétées par la remise d'EPI à toutes les personnes qui entrent dans l'établissement, avec une formation adéquate et l'obligation de le porter. Trois systèmes de suivi ont été mentionnés comme étant d'un usage largement répandu. Il semble que cela faciliterait également le traçage des contacts en prévision de futures vagues de COVID-19.

Renforcer le leadership clinique et réorganiser les soins pour mieux contrôler les infections et intervenir en cas de pandémie

Un solide leadership clinique est perçu comme un facteur clé pour répondre aux éclosions et les empêcher de devenir des flambées majeures. Il est également considéré comme un levier sous-utilisé pour mieux organiser les soins aux résidents. De nombreux répondants demandent qu'une revue du mode de nomination des directeurs médicaux et de leur relation avec leurs partenaires locaux de soins de santé (p. ex., hôpital de soins de courte durée ou région sanitaire) soit envisagée et beaucoup plus approfondie. De plus, les personnes interrogées soulignent que de nombreux services sociaux et de santé pour les résidents se sont vus restreints en raison des restrictions imposées aux fournisseurs de soins entrant dans les établissements et aux résidents qui en sortent pour recevoir des soins de l'extérieur. Elles parlent de la nécessité de restituer ces services aux résidents d'une manière coordonnée tenant compte de la réduction globale des méfaits.

Quelques principes précis sont suggérés :

- Un ou plusieurs directeurs médicaux par établissement de soins de longue durée (avec remplaçant) pour le contrôle des infections et l'intervention.
- Il doit être clairement établi que le directeur médical ou un remplaçant approprié sera présent sur place en présence d'une éclosion pour fournir un leadership clinique. Si cela pose une difficulté, il faut prévoir d'autres dispositions appropriées pour assurer un leadership clinique lors d'une pandémie.
- Le remplaçant doit être un directeur médical accrédité par le même hôpital de soins de courte durée ou la même région régionale de la santé.
- Un chef du personnel médical (ou autre personne ou rôle désigné au préalable) de l'hôpital ou de la région régionale de la santé doit trouver le leadership clinique nécessaire s'il est incapable de mener la réponse à la pandémie.
- Chaque résident devrait avoir un accès continu à de solides soins de santé primaires.
- Il doit y avoir concentration des services spécialisés dans la mesure du possible, avec un plan complet de transition des services vers une prestation virtuelle, également dans la mesure du possible, lorsque des restrictions aux fins de contrôle des infections sont en vigueur. Le regroupement des services spécialisés, actuellement répartis entre plusieurs hôpitaux et cliniques, aurait pour but de renforcer les liens entre un établissement donné et le personnel clinique de l'hôpital de tutelle et de l'unité de soins ambulatoires connexes.
- Des plans de soins centrés sur la personne à jour pour tous les résidents et un soutien à la mise en œuvre des éléments clés des soins centrés sur la personne (p. ex., intégration d'une démarche palliative dans les soins) sont nécessaires.
- Il faut adopter une stratégie de gestion sept jours sur sept pour assurer un soutien continu et la présence d'un pouvoir décisionnel sur place.

Proches aidants : trouver l'équilibre

Une politique générale d'interdiction des visiteurs a été instaurée au début de la pandémie afin de réduire le risque d'éclosion. Admettant qu'il s'agissait d'une décision compréhensible vu les circonstances, les répondants soulignent les difficultés inattendues imposées aux résidents de mars à juin 2020, ainsi que la détresse morale ressentie par les professionnels de la santé. Des faits probants s'accumulent sur le fait que la présence de proches aidants désignés par le patient comme partenaires de soins est bénéfique pour les soins, l'expérience, la sécurité et l'évolution de l'état de santé.

L'interdit de visite frappant les membres de la famille et les amis était presque universel dans de nombreuses administrations, à quelques exceptions près, par exemple en situation de fin de vie. Les répondants parlent des difficultés et des souffrances que cette situation causait aux résidents et à leurs familles : solitude, séparation, sentiment de culpabilité. Il nous a été dit que les dommages collatéraux découlant des politiques de restriction des visites pendant la pandémie de COVID-19, y compris dans les établissements qui n'ont pas connu d'éclosion, étaient considérables.

Cette approche a également entraîné la disparition soudaine des soins et du soutien offerts sans rémunération par ces personnes. Plusieurs répondants mentionnent le rôle essentiel des proches aidants partenaires en tant que membres « cachés » de l'équipe de soins. L'opinion était partagée sur ce rôle reconnu et important d'« aidant caché ». Certains estiment qu'il constituait une façon déplacée pour l'établissement de se décharger de ses responsabilités; d'autres y voient un soutien améliorant la qualité de vie, particulièrement pour les personnes atteintes de démence à un stade avancé ou celles qui ne parlent pas la même langue que leurs fournisseurs de soins rémunérés. Les membres de la famille qui sont partenaires de soins indiquent qu'il ne leur était pas rare de consacrer vingt heures par semaine à l'amélioration de la qualité de vie de leur proche. Le retrait d'un tel soutien peut se révéler dévastateur pour les résidents et accroître d'autant plus la pression sur un personnel déjà surmené.

Bon nombre d'entre eux ont également mentionné la boucle informelle de contrôle de la qualité et de rétroaction liée à la participation active des membres de la famille aux soins d'un résident. Afin d'atténuer certaines des restrictions en place, de nombreux établissements ont mis en œuvre des stratégies de communication avec les conseils de famille, les familles et les partenaires de soins afin d'accroître la transparence. À cette fin, un ESLD est même allé jusqu'à offrir un emploi rémunéré à cinq proches aidants pour leur donner droit à une formation sur la prévention et le contrôle des infections et à des EPI, et leur permettre de continuer de venir aider tous les résidents du foyer. Certains établissements ont acheté des tablettes au début de mars afin que les résidents puissent interagir virtuellement avec leur famille et leurs partenaires de soins. La Nouvelle-Écosse a équipé tous ses ESLD à la fin mai. D'autres ont mis en œuvre un programme de visites à la fenêtre et ont autorisé les visites aux personnes en fin de vie, mais on nous rapporte que ces pratiques varient d'un établissement à l'autre et que la technologie est elle-même une source de complications. Les opinions divergent également quant à l'avenir des politiques à cet égard. Si certaines administrations réévaluent leurs politiques initiales, au moins un établissement avec lequel nous avons discuté a déclaré ne pas même imaginer pouvoir revenir à une politique de porte ouverte pour les visiteurs. En outre, même dans les provinces et territoires qui ont entamé la réouverture en appliquant une politique de visiteur unique (p. ex., la Saskatchewan), on nous signale que certains établissements interdisent encore l'accès aux partenaires de soins.

Il n'y a pas de réponse simple à cette question délicate; toutefois, même les personnes qui considéraient l'interdiction globale comme une réponse appropriée au début de la première vague hésitent aujourd'hui à suggérer que son maintien pendant l'hiver 2020 serait favorable à la santé et au bien-être des résidents. Elles remarquent que les résidents des établissements de soins de longue durée ont le droit de vivre leur vie aussi pleinement que possible. La durée moyenne du séjour étant de 20 à 24 mois, selon une récente publication sur la durée du séjour dans les foyers de soins de trois régions canadiennes, les personnes que nous avons interrogées sont fortement d'avis que l'on ne peut pas séparer les résidents de leur famille pendant une année complète.

La FCASS a récemment abordé cette question avec un groupe consultatif sur la réponse rapide. Même si ce groupe ciblait le contexte hospitalier, une grande partie de ses conseils pourraient s'appliquer à l'ensemble du système de santé. Le groupe consultatif a défini les sept prochaines étapes de réintégration des proches aidants en tant que partenaires de soins pendant la pandémie :

- Établir des fondations pour les soins en partenariat entre le patient et sa famille
- Revoir les politiques sur la présence des familles avec la participation des patients, membres de la famille et proches aidants partenaires

- Faire la différence entre les proches aidants qui sont des partenaires de soins essentiels et les visiteurs
- Se pencher sur les besoins des personnes exposées à certains risques sans la présence de proches aidants désignés comme partenaires de soins essentiels
- Adopter une approche globale et équilibrée d'évaluation des risques
- Mettre en place un processus d'appel rapide
- Augmenter la quantité de données probantes pouvant orienter les décisions relatives à la présence de proches aidants

Des personnes interrogées estiment que cette démarche doit être définie comme priorité stratégique immédiate par les administrations dès le début de l'été.

Réorganisation des soins spécialisés et chroniques pour les résidents

Les répondants font remarquer que très peu d'établissements ont jusqu'ici coordonné les visites ou les plans de soins externes de leurs résidents, et que peu l'ont fait de façon proactive dans le contexte de la pandémie. Conformément aux protocoles actuels, beaucoup de soins ont été reportés. Certains sont passés en mode virtuel : téléphone, vidéo ou communication asynchrone. Par exemple, le Nouveau-Brunswick a fourni des tablettes pour permettre la prestation de soins virtuels aux résidents par les médecins.

Les personnes interrogées reconnaissent que le maintien des soins et des services autres que ceux liés à la COVID-19 est important pour la santé et la qualité de vie des résidents, même si la plupart ne leur accordent pas la priorité à ce jour. Cela dit, certaines personnes travaillent avec leurs fournisseurs canadiens de logiciels de planification des horaires (p. ex., PointClickCare) pour analyser le volume de visites de spécialistes pour tous les résidents et tenter de coordonner ces plans et dossiers avec l'hôpital local de soins de courte durée. Comme pour l'organisation des arrivées de professionnels de la santé, des répondants affirment que les établissements doivent évaluer les sorties des résidents aux fins de diagnostic et de traitement du point de vue de la prévention et du contrôle des infections, et se montrer plus proactifs dans la coordination du lieu et des modalités des soins externes afin de réduire les risques. Certains sont d'avis que la gestion active par l'administrateur donne à l'établissement la possibilité de servir les résidents de façon plus efficace et plus sécuritaire. Voici quelques possibilités envisagées par les personnes interrogées :

- regroupement des services de spécialité dans un seul hôpital et un seul personnel médical;
- Visites virtuelles pour le suivi périodique par un spécialiste, les inspections postopératoires des plaies et d'autres services de contrôle :
 - recours éventuel à un infirmier autorisé, à un infirmier auxiliaire ou à un préposé aux bénéficiaires sur place pour participer à l'examen physique;
- cliniques sur place pour les spécialités à volume élevé (cardiologie, ophtalmologie, soins palliatifs et autres) et autres services courants comme les injections oculaires, en faisant éventuellement appel à des prestataires différents (p. ex., infirmier praticien, ambulancier paramédical ou optométriste) pour fournir les soins ou en faciliter l'accès;
- intégration d'une démarche palliative dans les soins, y compris la planification préalable des soins;
- visites ambulatoires dans des locaux stériles en tant qu'option valable dans le cas d'un hôpital général assez grand pour avoir cette capacité.

Il s'agira d'un champ d'investigation important pour le reste de l'année 2020, alors que nous cherchons des moyens d'offrir des services médicaux aux résidents des ESLD sans exposer les personnes âgées à un risque inacceptable d'infection iatrogène par la COVID-19. Par exemple, des répondants citent des éclosions dans des centres régionaux de dialyse comme un exemple de ce type de risque. Il a également été mentionné que notre système de santé avait été un vecteur majeur de la maladie lors de la première vague de la pandémie. Il nous faut donc maintenant prendre des mesures pour contrôler les infections iatrogènes lors d'une éventuelle deuxième vague de COVID-19.

Étendre les soins à domicile – à court terme

Le Canada affiche l'un des taux les plus élevés de soins aux aînés en établissement dans le monde occidental.⁹ Les répondants ont indiqué que de solides options de soins à domicile (au-delà des soins à domicile traditionnels offerts aujourd'hui dans de nombreuses régions du pays) pourraient contribuer à alléger la pression sur les hôpitaux et les ESLD pendant la pandémie. Il peut s'agir d'un soutien aux personnes en attente d'un lit de soins de longue durée à l'hôpital, aux personnes qui vivent dans des chambres partagées en ESLD, où le contrôle des infections est très difficile, et aux personnes qui peuvent recevoir des services à domicile, même ceux habituellement offerts en établissement (p. ex., dialyse, chimiothérapie et ventilation mécanique). Les répondants ont remarqué qu'il faudrait pour cela adapter les modèles de soins et le financement aux besoins médicaux, fonctionnels et sociaux du résident. Par exemple, le graphique ci-dessous (reproduit avec l'aimable autorisation de Saint Elizabeth [SE] Healthcare⁵) présente trois parcours optionnels offerts aux familles et aux organismes qui gèrent une liste d'attente d'ESLD, en milieu urbain comme rural.

Parcours du programme de solutions de remplacement aux foyers de SLD

Le domicile est l'objectif premier. Les clients et les familles qui répondent aux principaux critères choisissent le parcours qu'ils préfèrent.



Foyers de SLD à domicile

- ✓ Transfert vers une équipe de soins communautaires – à domicile
- ✓ Choix parmi 4 programmes de services, adaptés à l'ensemble des besoins médicaux et psychosociaux afin d'offrir des soins axés sur le fonctionnement
- ✓ Supervision et gestion des soins par un IA par voie virtuelle
- ✓ Lien facile avec un IP ou un médecin, dans la communauté ou par voie virtuelle
- ✓ Plateforme Eliz pour les proches aidants

Chez SE Health :
Programme à domicile et pour les ANS



Foyers de SLD temporaires

- ✓ Transfert vers un site temporaire, sans cas de COVID-19, dans la région du foyer de SLD
- ✓ Milieu semblable au domicile – hôtel ou maison de retraite offrant certains services et ayant une capacité d'accueil
- ✓ Ou : aréna de la région, centre communautaire, églises
- ✓ 1 IA/1 inf. aux. aut./3 préposés pour 32 lits
- ✓ Dépistage quotidien; EPI et mesures de désinfection, visites restreintes
- ✓ Dépistage accru

Chez SE Health :
Centres de transition



Modèle flexible

- ✓ Exemple : fins de semaine à domicile; jours de semaine au foyer de SLD temporaire
- ✓ Transferts surveillés de près

Chez SE Health :
Programmes de répit

PROVISOIRE ET CONFIDENTIEL. CONÇU À DES FINS DE DISCUSSION.

Courriel : SEFutures@SEHC.com

5. Nous avons inclus un exemple propre à SE Healthcare, avec la permission de l'organisme. Plusieurs autres organismes de soins à domicile offrent des services équivalents. L'inclusion de ce graphique n'a pas pour but de signifier notre appui à un organisme en particulier, mais simplement d'illustrer concrètement les mesures qui sont prises.

Subventions salariales, formation et autres formes d'aide

Les répondants soulignent que les conditions de travail influent sur la qualité des soins. Ils signalent un certain nombre de problèmes complexes présents de longue date, dont certains nécessiteront un certain temps pour trouver une solution. Ces problèmes vont des salaires et avantages sociaux à la formation, en passant par des mesures de soutien en santé mentale.

Dans le secteur des ESLD et des services à domicile, le taux de roulement est élevé parmi les aides-soignants, les aidants et travailleurs sociaux, les préposés aux bénéficiaires et les préposés aux services de soins à la personne. De même, les membres du personnel infirmier ne sont généralement pas à parité salariale avec leurs homologues hospitaliers, hormis dans quelques administrations, notamment la Saskatchewan. Plusieurs (comme l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario et le Québec) ont procédé à une hausse globale des salaires ou ont offert des primes de risque au personnel de première ligne pendant la pandémie. L'Alberta a limité la prime salariale aux soins continus (en excluant donc les soins à domicile). Par ailleurs, des travailleurs rémunérés à l'acte ont bénéficié des subventions salariales du gouvernement fédéral, y compris les employés des agences de soins à domicile, qui ont perdu une part importante de leur revenu pendant la pandémie. La réponse la plus complète a été celle de la Colombie-Britannique, qui a pris à sa charge les contrats d'emploi de tout le personnel des ESLD pendant la pandémie.¹⁰ La répartition des compétences parmi les professionnels de la santé a également changé. Par exemple, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse poursuivent l'expansion d'une main-d'œuvre technologique en services médicaux d'urgence de niveau intermédiaire, qui se situe à un niveau de rémunération entre les préposés aux bénéficiaires et les IA.

Outre les hausses salariales, des efforts ont été déployés pour accroître le nombre de professionnels de la santé disponibles ou développer leurs compétences. Par exemple, le Québec a annoncé un plan pour un programme éducatif novateur visant à former 10 000 nouveaux aides-soignants en leur offrant le remboursement complet des frais de scolarité et des dépenses (soit 22 000 \$ par étudiant) pour toutes leurs années d'études. Dans certaines provinces et certains territoires, des ressources de formation continue ont également été créées pour soutenir les praticiens qui débutent dans le domaine des soins aux personnes âgées ou dans les ESLD. Des programmes d'aide en matière de santé psychologique et de sécurité des professionnels de la santé ont également été instaurés.

Bon nombre de ces programmes ont actuellement une durée limitée. Les répondants font remarquer qu'il sera important de réfléchir aux prochaines étapes, y compris à la question de savoir si les mesures temporaires sont appelées à se poursuivre ou à devenir permanentes. Ils soulignent également des enjeux à long terme comme la parité salariale, l'accréditation et la professionnalisation de la main-d'œuvre, la formation continue et l'emploi à temps plein.

NOTES DE FIN

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, ON : ICIS; 2020; consulté le 25 juin 2020 : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
2. Ibid.
3. Hager M, Woo A. How the coronavirus took North Vancouver's Lynn Valley Care Centre; publié le 21 mars 2020; <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-the-coronavirus-took-north-vancouvers-lynn-valley-care-centre/>.
4. Comas-Herrera et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Itccovid.org; 21 mai 2020. Consulté le 21 mai 2020 au <https://itccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7.pdf>.
5. 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, ON : ICIS; 2020; consulté le 25 juin 2020 : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
6. Shanifa Nasser, Lucas Powers, CBC News and The Canadian Press. Ford faces blowback after military report reveals 'horrific' conditions at Ontario long-term care homes; publié le 26 mai 2020. Consulté au : <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-coronavirus-ontario-update-may-26-1.5584665>.
7. National Institute of Aging Long-Term Care COVID-19 Tracker, conçu par un partenariat entre le National Institute of Aging de l'Université Ryerson, Empower Health et le groupe de travail NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker Open Data; consulté le 7 juillet, 2020 au <https://ltc-covid19-tracker.ca/>.
8. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Long Term Care Systemic Failings: Two Decades of Staffing and Funding Recommendations. Publié le 5 juin 2020. Consulté au : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_LTC_System_Failings_June_2020_1.pdf.
9. Institut C.D.Howe Institute. Paying for the Boomers: Long-Term Care and Intergenerational Equity. Communiqué # 415; Septembre 2014. Consulté au : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_415.pdf.
10. Kathleen Harris, Ashley Burke. The long-term care crisis: How B.C. controlled COVID-19 while Ontario, Quebec face disaster; publié le 28 mai 2020. Consulté au : <https://www.cbc.ca/news/politics/long-term-care-crisis-covid19-pandemic-1.5589097>.

BIBLIOGRAPHIE

- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Long Term Care Systemic Failings: Two Decades of Staffing and Funding Recommendations. Publié le 5 juin 2020. Consulté au : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_LTC_System_Failings_June_2020_1.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. L'AIC somme les gouvernements à réorganiser les soins de longue durée afin de corriger les vulnérabilités. Publié le 27 mai 2020. Consulté au : <https://cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiqués-de-presse/2020/aiic-enjoint-les-gouvernements-a-reorganiser-les-soins-de-longue-duree-afin-de-corriger-les-vulnerabilites>.
- Brown et al. Association Between Nursing Home Crowding and COVID-19 Infection and Mortality in Ontario, Canada. 23 juin 2020. Consulté au : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.23.20137729v1.full.pdf>.
- Comas-Herrera et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Itccovid.org; 21 mai 2020. Consulté le 21 mai 2020 au <https://itccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7.pdf>.
- Estabrooks et al., We must act now to prevent a second wave of long-term care deaths. Globe and Mail. Publié le 10 juin 2020. Consulté au : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-we-must-act-now-to-prevent-a-second-wave-of-long-term-care-deaths/>.
- Estabrooks CA, Straus S, Flood, CM, Keefe J, Armstrong P, Donner G, Boscart V, Ducharme F, Silvius J, Wolfson M. Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. La Société royale du Canada. Juin 2020. Consulté au : https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_FR_0.pdf.
- Groupe consultatif d'experts sur la réponse rapide COVID-19. 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. 8 juillet 2020. Consulté au : https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/bt-re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-covid-19-f.pdf?sfvrsn=5b3d8f3d_2.
- Hager M, Woo A. How the coronavirus took North Vancouver's Lynn Valley Care Centre; publié le 21 mars 2020; <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-the-coronavirus-took-north-vancouver-lynn-valley-care-centre/>.
- Hoben et al. Nursing Home Length of Stay in 3 Canadian Health Regions: Temporal Trends, Jurisdictional Differences, and Associated Factors. J Am Med Dir Association. 2019 Sep; 20(9):1121-1128. doi: 10.1016/j.jamda.2019.01.144. Epub 14 mars 2019.
- Hsu et al. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes—ongoing challenges and policy responses. Itccovid.org; publié le 10 mai 2020. Consulté au : https://itccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-country-reports_Canada_Hsu-et-al_May-10-2020-2.pdf.
- 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, ON : ICIS; 2020; consulté le 25 juin 2020 : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
- Institut C.D.Howe Institute. COVID-19 Crisis Public Health and Emergency Measures Working Group. Communiqué # 4: A Tale of Two Epidemics: Why Seniors' Care in Canada was So Hard Hit; publié le 2 juin 2020. Consulté au : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/communiqués/mixed/CWGR_2020_0602.pdf.
- Institut C.D.Howe Institute. Paying for the Boomers: Long-Term Care and Intergenerational Equity. Communiqué # 415; Septembre 2014. Consulté au : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_415.pdf.
- Kathleen Harris, Ashley Burke. The long-term care crisis: How B.C. controlled COVID-19 while Ontario, Quebec face disaster; publié le 28 mai 2020. Consulté au : <https://www.cbc.ca/news/politics/long-term-care-crisis-covid19-pandemic-1.5589097>.
- National Institute of Aging Long-Term Care COVID-19 Tracker, conçu par un partenariat entre le National Institute of Aging de l'Université Ryerson, Empower Health et le groupe de travail NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker Open Data; consulté le 7 juillet 2020 au <https://ltc-covid19-tracker.ca/>.

Rozon M, Brophy E. The time to fix long-term care in Canada is now. The Conference Board of Canada. Publié le 24 juin 2020. Consulté au : <https://www.conferenceboard.ca/insights/blogs/the-time-to-fix-long-term-care-in-canada-is-now>.

Shanifa Nasser, Lucas Powers, CBC News and The Canadian Press. Ford faces blowback after military report reveals 'horrific' conditions at Ontario long-term care homes; publié le 26 mai 2020. Consulté au : <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-coronavirus-ontario-update-may-26-1.5584665>.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE D'ENTREVUES : 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

1. Zayna Khayat, stratégeste prospective, SE Health
2. Dennis Kendel, conseiller du secteur de la santé
3. Cathy Hecimovich, PDG de l'Ontario Retirement Communities Association (ORCA)
4. John Yip, président et chef de la direction, Kensington Health
5. Azi Boloorch, vice-présidente, Innovation, données et projets stratégiques, Revera Inc.
6. Janet Davidson, OC, conseillère en soins de santé
7. Janet Daglish, directrice nationale, Développement des affaires et relations gouvernementales, Soins de santé Bayshore
8. Leighton McDonald, chef de la direction et directeur général, Closing the Gap Healthcare
9. Michael Guerriere, chef de la direction et directeur général, Extendicare
10. Stacey Daub, vice-présidente, Stratégie, intégration et santé numérique, Hôpital général de North York
11. Kieran Moore, médecin hygiéniste, et Laurie Conway, infirmière en prévention et en contrôle des infections, KFL&A Public Health
12. Karen Chan, Sous-ministre adjointe, Soins continus, Gouvernement du Yukon
13. Mark Rochon, associé, KPMG Global Healthcare Center of Excellence
14. John Bethel, chef national des soins de santé, Ernst & Young
15. Erik Sande, président, Services de santé Medavie
16. Adrian Schauer, fondateur et chef de la direction, AlayaCare Home Health Software
17. Jacques Ricard, médecin-conseil, MSSS, responsable provincial démarche OPUS-AP
18. Entrevue collective avec des représentants de Santé Canada – Direction générale de la politique stratégique :
 - Kendal Weber, Sous-ministre adjointe
 - Abby Hoffman, Sous-ministre adjointe
 - Marcel Saulnier, Sous-ministre adjoint associé
 - Sharon Harper, directrice générale (par intérim)
19. William Charnetski, vice-président directeur, Solutions du système de santé et affaires gouvernementales, PointClickCare
20. Colin Busby, directeur de recherche, IRPP
21. Petrina McGrath, directrice générale, Qualité et sécurité, Autorité sanitaire de la Saskatchewan
22. Mike Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada
23. Brendan Carr, président et directeur général de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
24. John Flood, président, Penumbra Press (patient partenaire)
25. Andrew MacDougall, directeur provincial, Soins de longue durée, Santé Î.-P.-É
26. Jennifer Thornhill-Verma, membre de la communauté, Conseil d'administration de Bruyère
27. Leslee Thompson, PDG, Agrément Canada et Organisation de normes en santé (HSO)
28. Réunion avec l'équipe de la Saskatchewan Health Authority :
 - Dalene Newton, directrice générale, Soins continus, Saskatoon
 - Lisa Major, directrice générale, Soins continus, Nord-Est
 - Debbie Sinnett, directrice générale, Soins continus, Regina
 - Suzanne Mahaffey, directrice générale, Soins de santé primaires, Saskatoon
 - Jennifer Hamel, directrice, Soins continus, zone urbaine de Saskatoon
 - Bernene Cohen, ludothérapeute/gestionnaire de cas
 - Christina Denysek, Directeur exécutif, Soins continus, Santé rurale intégrée
29. Discussion de groupe avec les patients partenaires :
 - Dave Fasano, proche aidant, Conseil consultatif des patients et des familles de l'Ontario
 - Miriam Walker, proche aidante
 - Susan Mills, proche aidante
 - Jim Hutchinson, proche aidant et proche ressource, SHA

30. Sarah Downey, présidente-directrice générale et Wolf Klassen, vice-président, Soutien aux programmes, Hôpital Michael Garron
31. Samir Sinha, directeur du service de gériatrie, système de santé Sinaï et Réseau universitaire de santé; directeur du programme de recherche sur les politiques, Institut du vieillissement

En plus de ces entrevues téléphoniques, nous remercions les autres experts de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec qui ont fourni des commentaires écrits sur la version provisoire de ce rapport.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTREVUE DE LA FCASS SUR LA COVID-19 DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Le présent guide d'entrevue vise à susciter une discussion rapide sur trois sujets clés liés aux personnes âgées ayant des besoins importants en matière de santé ou de services sociaux, en particulier celles qui vivent en collectivité :

- Facteurs ayant contribué aux éclosions actuelles** : Que s'est-il passé et pourquoi? Quels sont les principaux enjeux à aborder au cours des trois à six prochains mois?
 - **Infrastructures et installations** : La conception des établissements en a-t-elle rendu certains plus vulnérables ou moins susceptibles de faire face à la pandémie de COVID-19?
 - **Gestion et contrôle des infections** : Dans quelle mesure la gestion (y compris la gestion des effectifs) et les pratiques et politiques en matière de contrôle des infections ont-elles contribué aux éclosions?
 - **Enjeux systémiques** : Quels enjeux systémiques et stratégiques ont contribué à l'échec de la réponse à la pandémie? Taille, intégration au système de santé, modèle de propriété, niveaux de financement.
 - **Réponses aux éclosions** : Comparaison des bonnes et des mauvaises réponses aux éclosions et au contrôle des infections. Quelles sont les pratiques exemplaires?
- Pratiques exemplaires en réponse à la pandémie de COVID-19**
 - **Déclaration des cas et surveillance** : Existe-t-il un engagement visant à déclarer ouvertement les cas d'éclosion et les données connexes? Les tests de dépistage sont-ils disponibles rapidement? Comment amélioreriez-vous la déclaration des cas et la surveillance?
 - **Réponse aux éclosions** : Qui est l'intervenant responsable? Quelle approche devrait être adoptée et quelles ressources mobilisées?
 - **Disponibilité de l'EPI et du personnel** : Où et comment la capacité de mobilisation devrait-elle être organisée et les fournitures stockées? À quoi devraient ressembler les efforts de mobilisation dans les mois à venir? Comment pouvons-nous améliorer les conditions de travail et le maintien en poste du personnel?
 - **Soins axés sur la personne** : Comment les aînés, les familles et les autres partenaires de soins ainsi que le personnel de première ligne ont-ils été mobilisés pour répondre à la situation? Comment devraient-ils l'être? Comment répond-on aux principaux besoins des aînés (p. ex., cognitifs, palliatifs)?
- Organisation des soins autres que ceux liés à la COVID-19 jusqu'à la fin de 2020 (et au-delà)**
 - **Évaluation et organisation** : De nombreuses personnes âgées reçoivent régulièrement des soins à l'extérieur de leur résidence (p. ex., des soins spécialisés pour des maladies chroniques ou des soins de podologie). Qui devrait organiser ces soins de manière à réduire les contacts physiques (p. ex., pendant la fermeture des établissements)?
 - **Organisation des soins** : Les fournisseurs de soins externes (p. ex., les spécialistes) et les établissements sont-ils en mesure de fournir ces services : en toute sécurité dans les bureaux et les installations des fournisseurs de soins; virtuellement (avec le soutien ou non d'un préposé aux bénéficiaires, d'un infirmier auxiliaire ou d'un autre aidant); en toute sécurité dans les établissements pour personnes âgées?
 - **Pratiques exemplaires** : Comment les soins ambulatoires peuvent-ils être mieux organisés pour les établissements de soins collectifs pour personnes âgées durant les éclosions? Quels sont les établissements qui adoptent la bonne approche? Comment s'y prennent-ils?

Ces entrevues rapides visent à éclairer le travail de la FCASS et d'autres partenaires à court et à moyen terme, notamment en les aidant à cerner les pratiques exemplaires et à les partager avec les provinces et les territoires. Si vous souhaitez ajouter quelque chose, n'hésitez pas à nous le signaler. À l'heure actuelle, nous nous concentrons sur les mesures prises lors de l'année en cours pour traverser cette période difficile, et non sur les grands enjeux à long terme comme les niveaux de financement, les structures de responsabilité et l'organisation du système de santé. Cela dit, il ne fait aucun doute que ces points seront abordés tôt ou tard, car ils constituent des considérations importantes pour décider des mesures à long terme que devront prendre un éventail de partenaires.

N'hésitez pas à nous envoyer tout document de référence que vous jugez pertinent. S'ils sont confidentiels ou exclusifs, veuillez le préciser.

ANNEXE 3 : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE KINGSTON, FRONTENAC, LENNOX ET ADDINGTON (KFLA) - LISTE DE VÉRIFICATION RELATIVE À LA COVID-19 POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Date de la visite :	
Nom de l'établissement ou du cabinet :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Nom de la personne-ressource :	
Adresse de courriel :	
Nom de l'inspecteur en santé publique :	

L'objectif de cette liste de vérification est de préparer le personnel des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées à détecter et à gérer les cas soupçonnés de COVID-19.

Entrée(s) principale(s) – Visiteurs	Oui	Non	Ressources et remarques
1. Des affiches gouvernementales sont installées aux entrées.			Fournir les affiches. Elles peuvent aussi être téléchargées sur le site Web du Bureau de santé publique du KFLA.
2. Du désinfectant pour les mains à base d'alcool (60 à 90 % d'alcool), des mouchoirs et des masques d'intervention sont offerts à la réception.			
3. À leur arrivée, tous les visiteurs doivent répondre à la question suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous de la fièvre, de la toux ou de la difficulté à respirer? Si oui, on leur demande de partir et de revenir seulement lorsque leurs symptômes ont disparu. • S'ils n'ont aucun symptôme, on leur pose les questions suivantes : • Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours? • Avez-vous été en contact étroit avec une personne qui a passé un test de dépistage de la COVID-19? • Avez-vous été en contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé à l'extérieur du Canada? Si la réponse à l'une ou l'autre des questions est « oui », on demande aux visiteurs de partir et de revenir seulement 14 jours après le contact. On leur conseille de communiquer avec leur prestataire de soins de santé ou Télésanté Ontario.			Les régions touchées sont mises à jour quotidiennement.

Aire(s) de soins – Résidents	Oui	Non	Ressources et remarques
<p>4. Une vérification des symptômes respiratoires et de l'exposition potentielle à la COVID-19 des nouveaux résidents est effectuée au moment de leur admission.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posez les quatre questions de vérification ci-dessus. 			
<p>5. Les résidents font l'objet d'une surveillance quotidienne afin de déceler leurs symptômes respiratoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un registre central de suivi est tenu. 			
<p>6. Les résidents atteints d'une maladie respiratoire aiguë ou ayant de la fièvre sont immédiatement isolés en prenant des précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts.</p> <ul style="list-style-type: none"> • On aide les visiteurs à utiliser l'équipement de protection individuelle (EPI) (le même que le personnel). 			Pratiques de base et précautions supplémentaires de Santé publique Ontario.
Aire(s) de soins – Résidents	Oui	Non	Ressources et remarques
<p>7. Du désinfectant pour les mains à base d'alcool est offert au point d'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des distributrices murales, de table ou autoportantes se trouvent immédiatement à l'intérieur ou à l'extérieur des chambres des résidents. 			
<p>8. De l'équipement de protection individuelle (EPI) est offert au point d'intervention pour les résidents devant faire l'objet de précautions supplémentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'EPI comprend des chemises, des gants, des masques d'intervention et des lunettes de protection jetables. • Une poubelle et du désinfectant pour les mains à base d'alcool se trouvent immédiatement à l'extérieur de la pièce. 			
<p>9. De l'EPI est offert près du point d'intervention pour tous les résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel n'a pas à marcher très loin pour accéder à l'EPI. 			
Employés	Oui	Non	Ressources et remarques
<p>10. Les employés sont capables d'expliquer comment retirer l'EPI correctement.</p>			Vidéo sur le retrait de l'EPI (1 minute)
<p>11. Les employés sont capables d'indiquer quoi faire en cas de symptômes respiratoires ou de fièvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec le service de santé au travail de l'établissement. • Rester en arrêt de travail jusqu'à ce que la période de symptômes aigus soit passée et au moins 24 heures après que la fièvre se soit dissipée sans antipyrétiques (p. ex. Tylenol, Advil). 			
<p>12. Les employés sont capables d'indiquer ce qu'ils doivent faire s'ils reviennent de l'extérieur du Canada ou s'ils ont été exposés à une personne qui a passé un test de dépistage de la COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec le service de santé au travail de l'établissement. • Communiquer avec leur prestataire de soins de santé ou Télésanté Ontario au 1 866 797-0000, ou avec le Bureau de santé publique de KFL&A au 613 549-1232. 			
Employés	Oui	Non	Ressources et remarques

<p>13. Des affiches sont installées aux entrées du personnel et dans la salle de repos du personnel pour leur rappeler de surveiller leur propre état de santé et de rester à la maison s'ils sont malades.</p>		<p>Les directives d'autosurveillance relative à la COVID-19 se trouvent à cette adresse.</p>
<p>14. Les employés sont capables de nommer au moins deux sources de renseignements fiables sur la COVID-19.</p>		<p>Bureau de santé publique du KFLA / Centre d'appels sur la COVID-19 du Bureau de santé publique du KFLA : 613 549-1232, puis faites le 4. Site Web du ministère de la Santé de l'Ontario pour les prestataires de soins de santé. Santé publique Ontario / ASPC</p>
<p>15. Tout cas soupçonné de COVID-19 chez les résidents ou les employés est signalé au Bureau de santé publique du KFLA.</p>		<p>Pendant les heures d'ouverture : Centre d'appels sur la COVID-19 : 613 549-1232, puis suivez les instructions et appuyez sur le 4 Après les heures d'ouverture : 613 549-1232, puis suivez les instructions pour parler au gestionnaire sur appel</p>

ANNEXE 4 : LISTE DE VÉRIFICATION RELATIVE À LA COVID-19 POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Les listes de vérification suivantes sont tirées du [Document d'orientation sur l'éclosion de COVID-19 à l'intention des foyers de soins de longue durée \(FSLD\) du ministère de la Santé de l'Ontario, 15 avril 2020.](#)

ADMINISTRATION

- Des mandataires spéciaux sont désignés pour tous les résidents.
- Des directives préalables ont été examinées pour chaque résident.
- Des directives médicales claires concernant l'ordonnance de non-réanimation et l'assistance respiratoire figurent au dossier de chaque résident.
- Les employés et les résidents sont tenus au courant de la situation relative à la COVID-19.
- Un protocole a été établi pour communiquer toute éclosion de COVID-19, s'il y a lieu, aux parties prenantes.
 - Une liste de parties prenantes a été établie (p. ex. employés, résidents, familles, membres de la collectivité).
 - Une ébauche de message à l'intention des parties prenantes est accessible.
 - Les plateformes de communication ont été choisies (p. ex., médias sociaux, listes de diffusion de courriels, médias).
 - Une ou plusieurs personnes au sein de la résidence sont prêtes à répondre aux demandes des médias.
- La salle à manger et les zones d'activités ont été reconfigurées pour assurer l'éloignement physique.
- Le nettoyage des surfaces est passé à deux fois par jour pour les surfaces de contact à fréquence élevée.
- Un protocole a été établi pour gérer les pénuries de personnel.
 - La résidence a demandé que des inspecteurs du ministère y soient affectés pour agir à titre de personnel de soutien.
- Un protocole a été établi pour gérer les cas d'employés exposés à la COVID-19.
- Il y a une pièce ou une zone désignée s'il y a un cas de COVID-19.
- Il y a un espace supplémentaire désigné s'il y a deux cas de COVID-19 ou plus.

VISITEURS

- La résidence n'accepte pas les visiteurs, sauf les visiteurs essentiels.
 - Un visiteur essentiel est une personne qui fournit des services de soutien essentiels (p. ex., livraison de nourriture, entretien et autres soins de santé) ou une personne qui visite un résident très malade ou aux soins palliatifs.
 - Une affiche est installée à chaque entrée.
- Les entrées sont contrôlées (p. ex., une personne ne peut entrer que si quelqu'un lui permet d'entrer).
 - À l'entrée, des questions de vérification sont posées aux visiteurs essentiels et leur température est prise.
 - Les premiers répondants des services d'urgence sont autorisés à entrer dans la résidence sans vérification.
 - Les visiteurs essentiels qui obtiennent un résultat positif ou qui présentent des symptômes sont refusés.
 - Les visiteurs essentiels reçoivent la directive de ne visiter qu'une seule personne.
 - Les visiteurs essentiels portent un masque lorsqu'ils visitent un résident qui n'est pas atteint de la COVID-19.
 - Les visiteurs essentiels d'un résident devant faire l'objet de précautions supplémentaires relatives à la COVID-19 ou à d'autres maladies reçoivent de l'aide pour enfiler et retirer correctement l'EPI approprié.
 - Un hébergement est prévu pour les visiteurs essentiels.
 - Les livraisons de nourriture et de produits sont reçues dans une zone désignée, et le personnel de livraison est soumis à une vérification.

EMPLOYÉS

- Des questions de vérification sont posées aux employés qui entrent dans l'immeuble et leur température est prise.
- La température des employés est prise une deuxième fois chaque jour.
- Les employés qui obtiennent un résultat positif ou qui présentent des symptômes sont renvoyés chez eux et font l'objet d'un suivi par le personnel du service de santé au travail de la résidence.
 - Les employés qui présentent des symptômes de maladie respiratoire aiguë sont dirigés vers un centre d'évaluation de la COVID-19 afin de passer un test et reçoivent la directive de s'isoler.
 - Les employés qui ont voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours reçoivent la directive de s'isoler.
 - Les employés qui ont des liens avec un cas de COVID-19 reçoivent la directive de s'isoler.
 - Les employés qui ont été en contact avec une personne souffrant d'une maladie respiratoire aiguë ayant voyagé à l'extérieur du Canada reçoivent la directive de s'isoler.
- Les employés restent à 2 mètres des autres employés, des visiteurs et des résidents dans la mesure du possible.
- Les employés confirment qu'ils procèdent à une autosurveillance des symptômes tous les jours.
- Les employés sont en mesure de dire ce qu'ils doivent faire s'ils commencent à présenter des symptômes à la maison.
 - S'isoler.
 - Demander une évaluation et un dépistage de la COVID-19.
 - Consulter un médecin par téléphone ou appeler une ambulance, au besoin.
 - Aviser leur service de santé au travail.
- Les employés sont en mesure de dire ce qu'ils doivent faire si des symptômes apparaissent lorsqu'ils sont au travail.
 - Porter immédiatement un masque chirurgical et aviser le gestionnaire.
- Il y a suffisamment d'EPI à utiliser à la résidence pour une période d'un mois.
 - Les stocks d'EPI sont déclarés quotidiennement au ministère de la Santé.
- Les employés ont reçu une formation sur l'utilisation de l'EPI portant notamment sur ce qui suit :
 - Évaluation des risques au point d'intervention
 - Emplacement des réserves d'EPI
 - Enfilage
 - Retrait
- Les employés sont capables d'expliquer la méthode adéquate pour enfiler et retirer l'EPI complet.
- Les employés qui travaillent à la résidence ont accepté de ne pas travailler ailleurs.

DÉPISTAGE

- La résidence dispose d'au moins quatre trousse de dépistage respiratoire qui ne sont pas expirées.
- Chaque résident ou employé symptomatique est soumis à un test de dépistage de la COVID-19.
 - Cela comprend les résidents décédés qui présentaient des symptômes, mais qui n'avaient pas passé de test.
- Le bureau de santé publique est avisé de tout cas soupçonné de COVID-19, y compris toute personne soumise à un test.
- Un numéro d'éclosion émis par le bureau de santé publique est indiqué dans toute demande de test de dépistage de la COVID-19.

RÉSIDENTS

- Les résidents font l'objet d'une vérification des symptômes deux fois par jour, y compris la prise de la température.
 - Les résidents qui présentent des symptômes de la COVID-19, y compris de légers symptômes respiratoires, sont placés dans une chambre individuelle, si possible, en prenant des précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts, et passent un test de dépistage de la COVID-19.
- Tous les nouveaux résidents admis font l'objet d'une vérification et de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts pendant 14 jours.
- Tous les résidents réadmis qui ont passé plus de 24 heures à l'extérieur de la résidence font l'objet d'une vérification et de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts pendant 14 jours.
- Les rendez-vous non essentiels ont été reportés ou annulés.
- Les résidents ne sont pas autorisés à quitter la résidence pour une absence de courte durée.
- Les résidents qui sortent de la résidence sont avisés qu'ils doivent demeurer sur le terrain de la résidence et maintenir une distance avec les autres.
- Les résidents maintiennent une distance physique de 2 mètres avec les autres résidents et les employés, dans la mesure du possible.
- Dans la mesure du possible, les traitements au nébuliseur ont été remplacés par des inhalateurs à doses multiples.
- L'utilisation des appareils CPAP a été interrompue dans la mesure du possible.
- Des protocoles ont été établis pour limiter la propagation des gouttelettes dans l'air durant toute procédure médicale produisant des aérosols (p. ex. nébuliseurs, CPAP, etc.)
 - La porte de la chambre du résident demeure fermée.
 - Le nombre d'employés dans la salle est réduit au minimum.
 - Toute personne qui entre dans la pièce porte un masque N95.

ÉCLOSION

- Les gestionnaires reconnaissent qu'un cas de COVID-19 parmi les résidents ou les employés constitue une éclosion.
 - Le bureau de santé publique est immédiatement avisé d'un cas de COVID-19 soupçonné ou confirmé.
 - Tous les résidents et les employés symptomatiques subissent un test de dépistage de la COVID-19 pendant une éclosion.
- Les résidents dont le résultat au test de dépistage de la COVID-19 est positif sont placés dans une chambre individuelle, si possible, et font l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts.
 - Le bureau de santé publique est consulté pour déterminer les personnes qui ont eu un contact étroit et qui peuvent avoir été exposées.
 - Les résidents qui ont eu un contact étroit avec la personne atteinte font l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition.
 - Les employés qui ont eu un contact étroit avec la personne atteinte sans EPI sont retirés du milieu de travail et s'isolent pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition. Si l'employé est essentiel au maintien des activités, il peut continuer à travailler s'il porte de l'EPI et se soumet à des vérifications fréquentes des symptômes pendant 14 jours.
 - Les employés qui ont eu un contact étroit avec la personne atteinte pendant qu'ils portaient de l'EPI procèdent à une autosurveillance pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition.
- Les employés qui obtiennent un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 sont retirés du milieu de travail et s'isolent jusqu'à ce que le bureau de santé publique les autorise à retourner au travail.
 - Le bureau de santé publique est consulté pour déterminer les personnes qui ont eu un contact étroit et qui peuvent avoir été exposées.
 - Les résidents qui ont eu un contact étroit avec la personne atteinte font l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition.
 - Les employés qui ont eu un contact étroit avec la personne atteinte sont retirés du milieu de travail et s'isolent pendant les 14 jours suivant leur dernière exposition.
- Les mesures de contrôle énumérées dans la liste des mesures en cas d'éclosion de maladie respiratoire, ainsi que des mesures supplémentaires relatives à la COVID-19, sont mises en place comme suit :
- Les admissions sont reportées jusqu'à ce que l'éclosion soit maîtrisée.
- Les réadmissions sont reportées, y compris les personnes prises en charge par des membres de la famille.
- Les résidents qui doivent quitter la résidence pour faire une visite externe reçoivent un masque et font l'objet d'une vérification à leur retour.
- Toutes les activités communautaires, tous les rassemblements et toutes les activités non essentielles sont suspendus.
- Tous les repas sont mis dans des plateaux et servis dans les chambres des résidents.
- Les animaux de compagnie qui demeurent dans la résidence sont évalués par un vétérinaire et logés ailleurs.
- Les résidents sont séparés physiquement dans trois zones :
 - 1 : Cas positifs de COVID-19 confirmés en laboratoire.
 - 2 : Cas qui présentent des symptômes de maladie respiratoire aiguë avant la confirmation du laboratoire.
 - 3 : Résidents asymptomatiques.

- Les unités ou les petites résidences où il est impossible d'isoler les résidents les uns des autres sont considérées comme une seule unité où tous les résidents sont pris en charge comme s'ils étaient infectés et où les employés prennent des précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts avec tous les résidents, et lorsqu'ils se trouvent dans la région touchée.
- Les employés sont affectés aux résidents symptomatiques ou aux résidents asymptomatiques.
- Les gestionnaires communiquent avec le bureau de santé publique, le ministère du Travail, le ministère des Soins de longue durée ou l'Ontario Long Term Care Association, et avec les hôpitaux locaux, au besoin.

ANNEXE 5 : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE KINGSTON, FRONTENAC, LENNOX ET ADDINGTON (KFLA) - LISTE DE VÉRIFICATION RELATIVE À LA COVID-19 POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

La liste de vérification suivante est tirée du [Document d'orientation sur l'écllosion de COVID-19 à l'intention des foyers de soins de longue durée \(FSLD\) du ministère de la Santé de l'Ontario, 15 avril 2020.](#)

Date :	Établissement :
Infirmière en santé publique :	Inspecteur en santé publique :

		Oui	Non	S. O.	Remarques
Entrée et aires communes					
1	L'infirmière ou l'inspecteur en santé publique est soumis à une vérification des symptômes et des contacts à l'entrée, y compris la prise de la température.				
2	L'infirmière ou l'inspecteur en santé publique reçoit la directive de porter un masque aux fins de contrôle des sources.				
3	Tous les employés portent des masques d'intervention, sauf lorsqu'ils sont en pause.				
	Une distance physique est maintenue aux endroits suivants :				
4	Salle de télévision				
5	Salle à manger				
6	Salon du personnel ou salle de repos				
Aires de soins					
7	Un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) ou un infirmier auxiliaire (IA) est affecté aux résidents symptomatiques ou aux résidents asymptomatiques (c.-à-d. regroupement en cohorte des employés).				
8	Un PSSP/IA a travaillé seulement dans la même unité durant les trois derniers quarts, et non dans d'autres unités				
	Pour les interventions médicales générant des aérosols, les employés portent des masques N95 testés et ajustés, et la porte de la chambre est fermée.				
9	CPAP				
10	Nébuliseurs				
11	Aspiration ouverte d'une trachéostomie				
12	Les employés se lavent les mains pendant 15 secondes lorsqu'ils entrent dans la chambre et lorsqu'ils en sortent :				
	Possibilité 1				
	Possibilité 2				
	Possibilité 3				
	Possibilité 4				
	Possibilité 5				

		Oui	Non	S. O.	Remarques
Aires de soins					
	Possibilité 6				
	Possibilité 7				
	Possibilité 8				
	Possibilité 9				
	Possibilité 10				
Résident asymptomatique					
13	Un résident symptomatique fait l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts.				
14	Le résident symptomatique a passé un test de dépistage de la COVID-19.				
15	Le bureau de santé publique de KFL&A a été avisé du cas soupçonné.				
16	Tout compagnon de chambre d'un résident symptomatique fait l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts.				
17	Ce compagnon de chambre a passé un test de dépistage de la COVID-19.				
Utilisation de l'EPI par les employés					
	À l'entrée de la chambre d'une personne qui fait l'objet de précautions pour éviter les gouttelettes et les contacts, l'équipement suivant est offert :				
18	Gants				
19	Chemises				
20	Masques d'intervention				
21	Visière ou lunettes de protection				
22	Désinfectant pour les mains à base d'alcool				
23	Poubelle pour retirer l'équipement				
24	Bac de recyclage pour les masques				
25	Affiche présentant les directives pour retirer l'équipement				
26	Les employés expliquent correctement la méthode pour retirer l'équipement.				
	Employé 1				
	Employé 2				
	Employé 3				
27	Les lunettes de protection et les masques usagés sont conservés dans des sacs jaunes séparés, scellés et marqués de la date aux fins de reconditionnement.				

		Oui	Non	S. O.	Remarques
Utilisation prolongée					
28	Les employés portent le même EPI lors de plusieurs rencontres avec différents résidents.				Énumérez les articles qui font l'objet d'une utilisation prolongée :
29	L'EPI est remplacé lorsqu'on passe d'un résident symptomatique à un résident asymptomatique, et vice versa.				
30	L'EPI est retiré avant de sortir de la zone de soins aux patients (p. ex. pour aller en pause ou se rendre dans une zone « propre »).				
31	L'EPI est remplacé s'il est endommagé, souillé ou mouillé.				
Re-Use					
32	Les employés retirent et remettent l'EPI.				Énumérez les articles réutilisés :
33	L'EPI est remplacé lorsqu'on passe d'un résident symptomatique à un résident asymptomatique, et vice versa.				
34	L'EPI est retiré avant de sortir de la zone de soins aux résidents (p. ex. pour aller en pause ou se rendre dans une zone « propre »).				
35	L'EPI est remplacé s'il est endommagé, souillé ou mouillé.				
36	L'EPI est retiré sans contamination personnelle.				
37	L'EPI est rangé sans contaminer la surface intérieure propre.				
38	L'EPI est remis sans contamination personnelle.				

ANNEXE 6 : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE KINGSTON, FRONTENAC, LENNOX ET ADDINGTON (KFLA) EXERCICE DE SIMULATION

Journée de préparation aux éclosions de grippe – 16 août 2019

9 h	Introduction, saison de la grippe en Australie, objectifs de préparation
9 h 20	Capacité de surveillance et surveillance en temps réel
9 h 30 à 12 h	Scénarios de préparation aux éclosions (SECTEURS) - Tables rondes, présentations et rétroaction
12 h à 13 h	Dîner et réseautage
13 h à 14 h	Pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections
14 h à 16 h	Mesures prises durant les périodes de pointe de la grippe (RÉGIONS) - Tables rondes, présentations et rétroaction
16 h	Mot de la fin et prochaines étapes