

## Contexte de la synthèse

Dans le système de santé de l'Ontario, le secteur des soins de longue durée (SLD) est unique. En effet, les centres d'hébergement et de soins de longue durée sont le lieu de résidence principal des résidents en plus d'être l'endroit où ils reçoivent des soins. Ce secteur est vaste et diversifié et compte près de 76 000 espaces réservés aux résidents dans 609 centres d'hébergement et de soins de longue durée agréés dans la province.(1) Ces résidences appartiennent à des organismes publics et privés; ces derniers comprennent des organisations à but lucratif et sans but lucratif.

Généralement, les résidents sont âgés et souffrent de problèmes de santé divers et ont des besoins physiques, mentaux et sociaux uniques au secteur. Selon les données de l'Ontario Long-Term Care Association, trois résidents sur quatre qui entrent dans des foyers de SLD ont au moins trois besoins médicaux (arthrite, maladie cardiovasculaire, démence, diabète, hypertension, etc.). La baisse de la réponse immunitaire associée au vieillissement, en général, jumelée à la présence de facteurs de comorbidité, rend les résidents des foyers de SLD particulièrement vulnérables aux éclosons de maladies infectieuses.(1) Même si le secteur a toujours été confronté à ce problème, de nombreux Ontariens n'en ont pris conscience que pendant la pandémie de COVID-19. Plus de 80 % des décès attribuables à la COVID-19 au cours de la première vague sont survenus dans les foyers de SLD du Canada. Selon les estimations pour l'Ontario, parmi les adultes de plus de 69 ans, ceux qui résidaient dans des foyers de SLD étaient 13 fois plus nombreux à décéder que ceux qui vivaient dans la collectivité.(2; 3)

Pour préserver la sécurité des résidents, du personnel et des visiteurs des foyers de SLD pendant les éclosons (y compris lors de pandémie), les efforts de prévention et de contrôle s'avèrent un outil important pour prévenir et limiter la transmission. En Ontario, cette situation a été dépeinte pendant la pandémie de COVID-19, tandis que les efforts de PCI utilisés dans les foyers, notamment le port du masque, les tests et le dépistage, ont été associés à une diminution de la propagation de la maladie chez les résidents et le personnel avant le déploiement massif des vaccins.(2) Après la pandémie, les mesures de PCI continuent d'être importantes pour une vaste gamme de maladies d'intérêt pour la santé publique et autres maladies infectieuses qui posent le plus grand risque aux résidents des foyers de SLD, comme les infections respiratoires (comme la COVID-19 et la grippe), la gastroentérite, le Clostridioides difficile (souvent appelé C. difficile), le Candida auris et le staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SDRM).

De nombreux intéressés ont un rôle à jouer dans la préservation de la sécurité des résidents et du personnel lors d'éclosons de maladies en concevant et mettant en œuvre mesures de PCI (voir la **figure 1**). Il s'agit, notamment, du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée, des organismes de la Couronne, comme Santé publique

## Synthèse portant sur les données probantes

### Renforcer la capacité du secteur des soins de longue durée de l'Ontario à protéger le bien-être des résidents pendant des éclosons de maladies infectieuses

17 et 18 novembre 2025

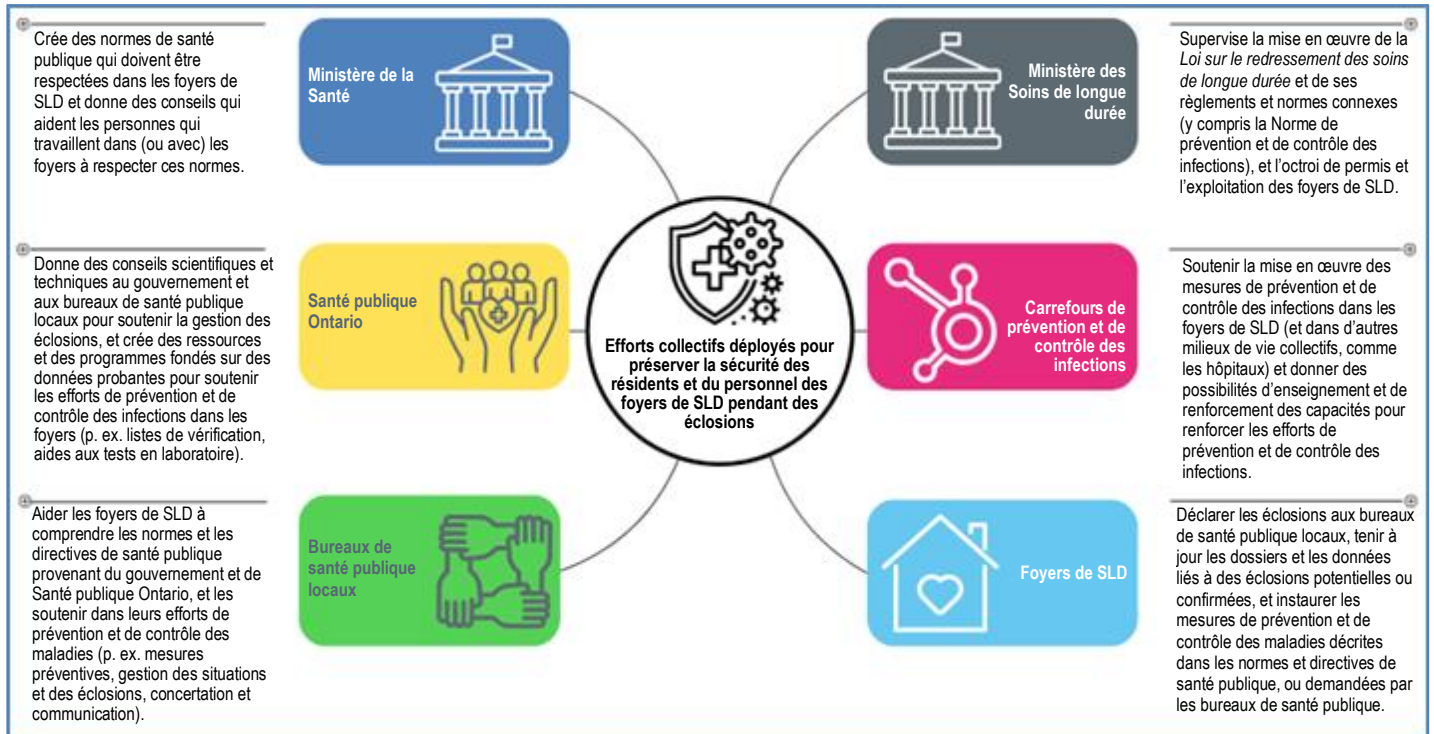
#### Encadré 1 : approche et documents justificatifs

Ce document a été préparé pour alimenter un dialogue avec les parties prenantes, et offre aux individus, en particulier ceux qui prennent part aux décisions relatives à un sujet, la possibilité de délibérer sur le problème et ses causes, les éléments d'une approche pour le résoudre, les aspects clés de la mise en œuvre de cette approche et les prochaines étapes pour les différents groupes d'intérêt. Un document distinct contient huit annexes :

1. le contexte et les méthodes utilisées pour préparer la synthèse portant sur les données probantes;
2. Annexe 3 : synthèses de données probantes pertinentes pour créer des soutiens plus forts à la mise en œuvre (élément 1)
3. études individuelles pertinentes pour créer des soutiens plus forts à la mise en œuvre (élément 1)
4. synthèses de données probantes pertinentes pour la cocreation de réponses concrètes aux éclosons de maladies (élément 2)
5. synthèses individuelles pertinentes pour la cocreation de réponses concrètes aux éclosons de maladies (élément 2)
6. synthèses de données probantes pertinentes pour renforcer la capacité pour soutenir les données probantes (élément 2)
7. études individuelles pertinentes pour renforcer la capacité de soutenir les données probantes (élément 3)
8. références.

Ontario, les bureaux de santé publique locaux, les carrefours de prévention et de contrôle des infections, les exploitants des foyers de SLD et le personnel, ainsi que les résidents, les soignants et leurs proches. Si la présence d'un si grand nombre d'organisations et de personnes ayant des intérêts personnels est une force en soi, elle peut également se transformer en défi au niveau de la coordination et de la mise en œuvre lorsque des efforts collectifs sont requis.

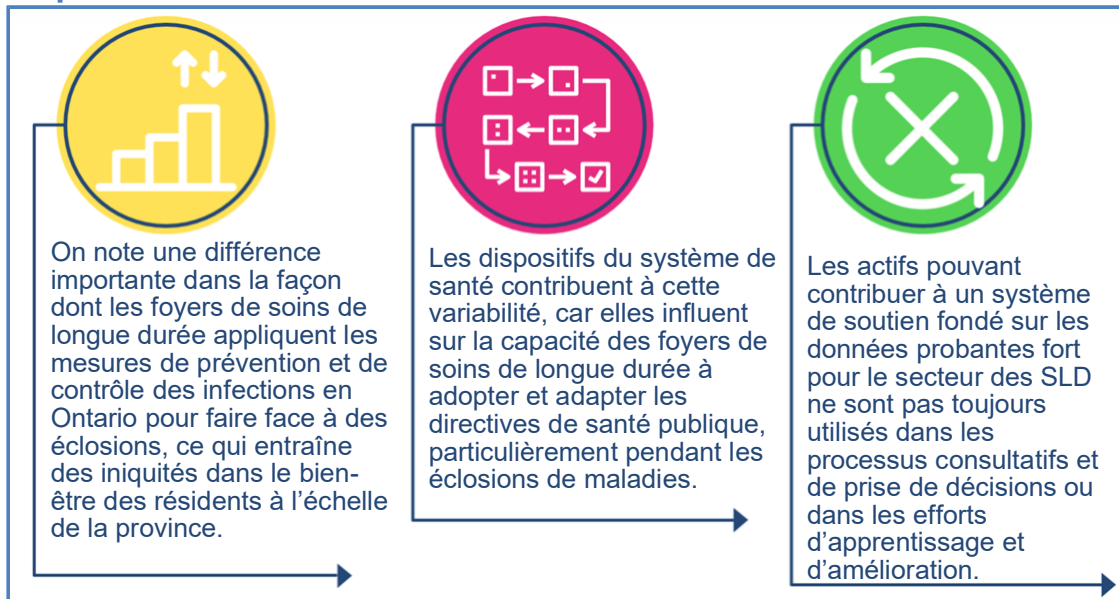
**Figure 1 : rôles des intéressés en Ontario dans les efforts collectifs pour préserver la sécurité des résidents des foyers de SLD et du personnel pendant des éclosions**



Cette synthèse portant sur les données probantes a été conçue pour alimenter un dialogue délibératif sur le renforcement de la capacité du secteur des soins de longue durée de l'Ontario à protéger le bien-être des résidents pendant des éclosions de maladies infectieuses. Elle repose sur les meilleures données probantes disponibles et des perspectives des répondants principaux pour clarifier les problèmes principaux, les éléments d'une approche potentiellement globale pour les résoudre et les considérations relatives à la mise en œuvre. Pour chaque section, nous présentons également des renseignements tirés d'un panel de citoyens sur le même sujet que nous avons convoqué avant le dialogue. La synthèse repose sur des études démontrant que, en Ontario, la mise en œuvre des mesures de santé publique prescrites variait d'un foyer de SLD à l'autre pendant la pandémie de COVID-19.(4; 5) De plus, elle reconnaissait deux enjeux principaux :

- 1) de nombreuses leçons ont été apprises, et plusieurs étapes positives ont été prises pour améliorer les SLD pendant la pandémie (p. ex. des lois qui forcent les foyers à adopter des cadres éthiques et à embaucher des chefs de la prévention et des contrôles), mais les possibilités devraient faire plus pour les résidents, leurs proches, les soignants et le personnel;
- 2) en période d'urgence, comme la pandémie de COVID-19, la prise de décisions diffère des « périodes normales » (c.-à-d. pendant une saison d'épidémie de maladies respiratoires typique), mais il y a des structures et des processus qui offrent un terrain d'entente pour les améliorations.

## Le problème



**On note une différence importante dans la façon dont les foyers de soins de longue durée appliquent les mesures de prévention et de contrôle des infections en Ontario pour faire face à des écloisions, ce qui entraîne des iniquités dans le bien-être des résidents à l'échelle de la province.**

Les [609 foyers de SLD agréés](#) qui exercent leurs activités dans les nombreuses communautés uniques de l'Ontario sont diversifiés. Dans ce contexte, il est raisonnable de s'attendre à constater des différences dans l'exploitation des foyers dans la province. Cependant, au moment de songer aux mesures de PCI et aux écloisions, certaines pratiques exemplaires pour prévenir ou freiner la propagation des infections auxquelles les résidents et le personnel sont exposés sont bien connues et, dans un monde idéal, mises en œuvre de façon semblable dans tous les milieux (comme l'énoncent les Normes de santé publique de l'Ontario et les listes de vérification de Santé publique Ontario).(6; 7)

Les études menées pendant la pandémie de COVID-19 ont démontré que ce n'était pas le cas : la mise en application des directives de la santé publique peut varier considérablement d'un foyer de SLD à l'autre.(4; 5) Par exemple, dans le sud-est de l'Ontario, les différences suivantes ont été constatées :

- les règles sur les visites entre résidents et leur famille et les soignants; des incohérences ont été observées dans les types de visites autorisées (p. ex. visites intérieures en personne, visites extérieures en personne, visites à la fenêtre, visites par téléconférence, visites téléphoniques);
- la structure des activités des résidents; des incohérences ont été constatées d'un foyer à l'autre dans l'autorisation des activités de groupes (ou seulement les activités individuelles).

Ces mêmes études ont aussi démontré que la santé et le bien-être des résidents (p. ex. état de santé instable, dépression, trouble cognitif, engagement social, comportements réactifs et utilisation d'antipsychotiques) variaient selon les stades de la pandémie, selon que les directives de la santé publique étaient en vigueur ou non.

Une analyse récente des données administratives de 201 des 609 foyers de SLD en Ontario, menée par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)<sup>i</sup>, révèle que l'opérationnalisation incohérente des exigences de distanciation physique pendant la COVID-19 (y compris les règles déterminant si les résidents peuvent participer à des activités sociales, manger ensemble et rendre visite à leurs proches) dans les foyers de SLD est liée à des niveaux différents d'isolement social, ce qui a un effet sur la santé des résidents. Plus particulièrement, l'analyse révèle que les résidents ayant le plus de liens sociaux les plus élevés :

- ont connu une baisse de 26 % de la mortalité (ceux ayant des expériences moyennes, une réduction de 32 %), comparativement à ceux ayant de faibles degrés de liens sociaux;
- avaient des taux d'hospitalisation plus faibles que les résidents ayant moins de liens sociaux;
- avaient des taux de visites à l'urgence moins élevés que les résidents ayant moins de liens sociaux.

Les conclusions de cette analyse menée récemment vont dans le sens d'études antérieures qui avaient démontré que les restrictions liées à la pandémie avaient eu un effet négatif sur les résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario ainsi que dans d'autres pays.(8-12)

Considérées ensemble, ces perspectives montrent qu'une mise en œuvre incohérente des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée risquait de créer des conditions de vie différentes (et potentiellement inévitables) susceptibles d'influer directement sur la santé et le bien-être des résidents. D'une part, les personnes vivant dans des foyers où les mesures prescrites et les recommandations sont strictement respectées courent probablement moins de risques de contracter une maladie infectieuse que celles vivant dans des foyers où ces mesures sont moins bien respectées. D'autre part, si certaines des mesures de PCI mises en place risquent d'avoir un effet négatif sur la santé mentale et le bien-être des résidents (p. ex. en limitant leurs relations sociales), ces mêmes résidents pourraient se sentir « moins bien » que leurs homologues vivant dans des foyers moins stricts et courir ainsi un risque accru de décès, d'hospitalisation et de visites à l'urgence.

Au moins **deux catégories de facteurs contextuels importants** peuvent contribuer à comprendre les variations observées dans les foyers de SLD de l'Ontario.

- 1) **Les exploitants des foyers sont diversifiés**; ils exercent leurs activités sous différents modèles de propriétés et de statut lucratif. Chacun sert une population unique dans de nombreuses collectivités de l'Ontario. Cette situation peut entraîner des différences dans :
  - les profils de risque au sein des collectivités (p. ex. les environnements urbains font face à des défis différents à des points différents d'une éclosion de maladie infectieuse que les environnements ruraux) et des foyers de SLD individuels (p. ex. les foyers comptant une plus forte concentration de résidents vivant avec plusieurs maladies chroniques);
  - la capacité d'interprétation et de mise en œuvre des directives de santé publique (ce qui peut s'avérer particulièrement difficile en période d'urgence de santé publique, lorsque les renseignements ne cessent de changer) et de prise de décisions concernant l'instauration ou l'annulation de différentes options découlant de politiques, particulièrement lorsque les directives laissent place à une certaine marge de manœuvre au niveau local.Des études sur l'Ontario pendant la pandémie de COVID-19 ont permis d'illustrer l'effet que cette diversité contextuelle peut avoir sur divers aspects, comme les taux de positivité (p. ex. plus élevés au centre de l'Ontario qu'au nord de l'Ontario, et dans les foyers privés à but lucratif par rapport aux foyers municipaux).<sup>(13)</sup>
- 2) **Les exploitants des foyers doivent trouver l'équilibre entre la réduction des risques de transmissions et d'autres aspects de la santé et du bien-être globaux des résidents.** Par exemple, le retrait d'effets personnels, comme les portraits des proches accrochés aux murs, pour faciliter le nettoyage peut faire plus de tort que de bien (p. ex. ne pas agir de façon à respecter le fait que ce sont les foyers des résidents), particulièrement en raison du fait que les profils de risque diffèrent entre les collectivités et les populations de résidents.



**Les dispositifs du système de santé contribuent à cette variabilité, car elles influent sur la capacité des foyers de soins de longue durée à adopter et adapter les directives de santé publique, particulièrement pendant les éclosions de maladies.**

Une vaste gamme de dispositifs financiers de gouvernance et de prestation qui façonnent le secteur des SLD font partie des facteurs qui contribuent au problème.

### *Dispositifs de gouvernance*

Il y a **trois facteurs de gouvernance principaux** à prendre en compte pour tenter de comprendre pourquoi l'application des mesures de prévention et de contrôle varie d'un foyer de SLD à l'autre lors d'éclosions de maladies infectieuses.

- 1) **Les cadres législatifs et réglementaires peuvent involontairement nuire à une mise en œuvre uniforme des mesures de PCI**, particulièrement lorsque les foyers de SLD exercent leurs activités dans des milieux différents et que leurs réalités sur le terrain sont différentes.
  - La *Loi sur la réouverture de l'Ontario, 2020* (désormais abrogée) restreignait le travail du personnel qu'à un seul foyer de SLD, ce qui a causé des pénuries de personnel dans certains milieux et des difficultés financières pour les travailleurs qui dépendaient de plus d'un emploi pour subvenir à leurs besoins.
  - La *Loi sur le redressement des soins de longue durée, 2021* a instauré des règles plus strictes pour l'octroi de permis, lesquelles devaient renforcer le respect des normes, mais peuvent contribuer à ce que certains foyers adoptent un esprit de « liste de vérification », où ils axent tous leurs efforts sur l'atteinte de cibles (comme un lavage des mains en tout temps), au lieu de créer des stratégies de PCI souples et adaptées au contexte. Cette situation peut s'avérer particulièrement problématique lorsque les mandats et les directives ont été conçus avec souplesse en tête.
- 2) **Les directives imposées d'en haut, par les décideurs centralisés, manquent parfois de clarté.** Les décisions associées aux mesures de prévention et de contrôle des infections prescrites pour les foyers de SLD découlent de quelques organismes principaux (c.-à-d., ministère de la Santé, ministère des Soins de longue durée, bureaux de santé publique), qui donnent des directives que les foyers de SLD peuvent trouver contradictoires ou floues. À cela s'ajoute le

fait que les directives et documents techniques à l'appui proviennent de Santé publique Ontario, tandis que les carrefours de prévention et de contrôle des infections offrent une autre couche de ressources et de renseignements complémentaires, visant à aider les foyers de SLD à respecter les directives. Les répondants principaux sont venus renforcer ce point en notant ce qui suit :

- les foyers de SLD peinaient à nommer une source claire de vérité, particulièrement pendant la pandémie;
- la mise à jour des listes de vérification comprises dans les documents d'orientation sur les Normes de santé publique de l'Ontario et les directives de Santé publique Ontario se faisaient parfois à des moments différents, ce qui causait une certaine confusion;
- la concertation entre le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée et les bureaux de santé publique pendant les éclosions était souvent réactive; de nouveaux canaux de communication se sont avérés nécessaires et ont mené à l'envoi de messages contradictoires.

De plus, les foyers de SLD peuvent avoir des préférences différentes en matière de directives, ce qui complexifie les choses : certains veulent des règles claires et prescriptives, particulièrement s'ils n'ont pas la capacité de les interpréter et de les planifier, alors que d'autres préfèrent une certaine souplesse leur permettant d'adopter les mesures de prévention et de contrôle des infections à leur contexte.

### 3) **Les différents modèles de propriété peuvent se traduire par des degrés divers de capacité financière et technique** pour mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle des infections.

- Bien souvent, les foyers appartenant à des entreprises disposent d'un soutien centralisé en matière de prévention et de contrôle des infections, qui peut offrir une aide technique dans tous les foyers (situation qui peut toutefois ralentir l'intervention locale, si l'on compare aux foyers autonomes).
- Les structures de gouvernance d'entreprise ajoutent des couches supplémentaires à la prise de décisions, ce qui peut causer une certaine confusion ou une certaine tension, particulièrement avec les bureaux de santé publique (qui font appliquer les prescriptions gouvernementales) et les carrefours de prévention et de contrôle des infections (qui soutiennent les foyers tout en appuyant l'autorité juridique).

Des études menées pendant la pandémie ont révélé l'influence que ces différences complexes pouvaient avoir sur la santé et le bien-être des résidents pendant une écloison; les foyers à but lucratif ayant connu un taux de décès par lit plus élevé, particulièrement dans les régions de fortes éclosions (comme Peel, Durham, Toronto et Ottawa). (14)

#### *Dispositifs financiers*

**Des aspects importants des dispositifs financiers** dans le secteur des SLD contribuent aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des directives de santé publique en Ontario.

- 1) **la rémunération du personnel est inférieure dans le secteur des SLD par rapport à d'autres secteurs**, ce qui peut nuire aux efforts de fidélisation du personnel (de première ligne et responsables de la prévention et du contrôle des infections), malgré le rôle de premier plan qu'il joue dans la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections pendant les éclosions de maladies infectieuses. À cela s'ajoute l'obligation pour de nombreux employés d'occuper plusieurs emplois pour subvenir à leurs besoins s'ils n'arrivent pas à obtenir un travail à temps plein, ce qui peut nuire au déploiement de certaines mesures de protection et de contrôle des infections (p. ex. l'obligation de travailler dans un seul foyer pour prévenir la propagation des maladies d'un milieu à l'autre). Ce point est lié au problème de ressources humaines susmentionné.
- 2) **Historiquement, en Ontario, le secteur des SLD a reçu un financement inférieur à celui d'autres secteurs**; il est donc difficile de créer et de maintenir une capacité similaire en matière de prévention et de contrôle des infections dans les foyers et, plus généralement, dans le secteur.

#### *Dispositifs de prestation*

**Trois aspects des dispositifs de prestation** dans le secteur des SLD contribuent également au problème.

- 1) **En raison de l'infrastructure des SLD, il peut s'avérer difficile d'adopter certaines mesures de prévention et de contrôle des infections.** Plus particulièrement, certains foyers de SLD (comme ceux qui se trouvent dans d'anciens bâtiments) ont plus de difficulté à se retourner et à répondre aux changements proposés aux mesures de prévention et de contrôle des infections lors de la diffusion des directives ou des orientations du gouvernement. Voici des exemples de changements difficiles à adopter dans certains foyers pendant la pandémie de COVID-19 :
  - il était plus difficile pour les foyers de petite taille disposant d'un espace intérieur ouvert restreint (p. ex. grandes salles communes, salles à manger ou atriums) d'accueillir les proches et les soignants, de servir les repas ou d'organiser des activités récréatives exigeant une distanciation physique;
  - les foyers conçus pour accueillir quatre résidents par chambre qui étaient au maximum de leur capacité n'étaient pas en mesure de déplacer les résidents pour respecter la recommandation de loger deux résidents par chambre.

2) **La planification des ressources humaines dans le domaine de la santé n'a rien de facile dans le secteur des SLD.** En particulier, le secteur se caractérise par les éléments suivants :

- un taux de roulement élevé;
- la difficulté à pourvoir les postes;
- l'épuisement professionnel.(15)

La pandémie est venue exacerber ces difficultés. Par exemple, le pourcentage de foyers du sud-est de l'Ontario où il manquait du personnel au moins 50 % du temps a augmenté entre avril 2020 et septembre-octobre 2021. Un niveau d'épuisement professionnel accru a également été observé sur la même période.(4; 5) Enfin, en raison du taux d'attrition constant du personnel et de la dépendance accrue aux « agences de placement » pour combler les manques, il est difficile de renforcer la capacité (p. ex. en améliorant les compétences du personnel) et de créer une culture correspondant aux pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections dans le secteur des SLD.

3) **Les foyers ne comptent pas toujours un responsable de la prévention et du contrôle des infections attiré possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour interpréter et mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle des infections,** ce qui est d'autant plus complexe lorsqu'elles changent, le cas échéant, pendant des éclosions. Plus particulièrement :

- les responsables de la prévention et du contrôle des infections n'ont pas toujours accès au soutien qui pourrait l'aider à l'intérieur du système (p. ex. certains n'ont pas de communication régulière ni de relations solides avec les carrefours de prévention et de contrôle des infections);
- Dans les foyers de SLD de l'Ontario, on note une différence importante dans les personnes embauchées pour pourvoir les postes de responsables de la prévention et du contrôle des infections : certains ont un spécialiste de la prévention et du contrôle des infections titulaires d'une maîtrise, ayant un intérêt marqué pour le domaine et possédant les connaissances et les compétences nécessaires pour tirer profit des données probantes en vue d'orienter la façon d'adopter et de mettre en œuvre les mesures de PCI, tandis que d'autres n'arrivent même pas à combler le poste.

Comme susmentionné, cette variation existe dans les différents types de modèles de propriété, les foyers autonomes ayant un accès limité à un soutien centralisé pour les aider à comprendre les directives, par rapport aux foyers appartenant à des entreprises.



**Les actifs pouvant contribuer à un système de soutien fondé sur les données probantes fort pour le secteur des SLD ne sont pas toujours utilisés dans les processus consultatifs et de prise de décisions ou dans les efforts d'apprentissage et d'amélioration.**

Il importe de donner aux législateurs gouvernementaux, aux responsables organisationnels et du système (y compris les exploitants de foyers de SLD), aux professionnels (y compris le personnel des foyers de SLD) et aux résidents les moyens d'utiliser les meilleures données (probantes et autres) possibles lors de la prise de décisions sur les mesures de PCI, particulièrement s'ils disposent d'une certaine marge de manœuvre quant à leur mise en œuvre. Cette vision du soutien fondé sur les données probantes, offert en temps réel et selon la demande, est difficile à établir dans n'importe quel secteur et d'autant plus dans celui des SLD, en partie en raison des motifs suivants :

- à tous les niveaux, les décideurs des SLD passent toujours rapidement d'une priorité (ou crise) à l'autre, sans disposer du temps ni des ressources nécessaires pour s'occuper des objectifs à long terme, comme établir des structures et des processus pour favoriser l'apprentissage et l'amélioration;
- bien souvent, les données probantes sur la prévention et le contrôle des infections proviennent des milieux hospitaliers; il n'y a pas suffisamment de soutien direct pour aider les décideurs à interpréter les données probantes en fonction de leurs milieux et les y adapter;
- comparativement aux autres secteurs, comme celui des soins de courte durée, le secteur des SLD n'a bien souvent pas la capacité suffisante pour prendre des décisions fondées sur les données probantes et n'a pas une culture forte qui mise sur l'importance du soutien fondé sur les données probantes.

S'il y a en Ontario bien des « actifs » en position de choix pour contribuer à un système de soutien fondé sur les données probantes fort (y compris Santé publique à l'échelle provinciale, les bureaux de santé publique locaux et les carrefours de prévention et de contrôle des infections à l'échelle de la collectivité, et les responsables de la prévention et du contrôle des infections dans les foyers), ceux-ci ne sont pas toujours reliés de manière à coordonner les flux de données probantes obtenues sur demande et en temps opportun. La mise en place de la [Science Table](#) et de ses résultats correspondants pendant la pandémie se veut un exemple du fonctionnement d'une telle coordination en Ontario. Cependant, cette approche ne cadrerait pas toujours avec les besoins des exploitants, du personnel ou des résidents des foyers de SLD (ou

ceux les aidant à respecter les mesures prescrites et à mettre en œuvre les pratiques exemplaires). De ce fait, il conviendrait de l'adapter.

### Perspectives clés des panels de citoyens sur le problème

| Thèmes sur le problème déterminés par les participants au panel de citoyens                      | Points de vue et exemples de citoyens   |
|--|---|
| <b>Manque de responsabilisation dans le secteur des SLD</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants ont mentionné le manque de responsabilisation pour la prévention et le contrôle des infections dans le secteur des SLD, qu'ils ont exprimé en relation avec plusieurs facteurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un trop grand nombre d'autorités décisionnaires ayant des rôles qui se chevauchent ou mal définis (particulièrement du point de vue des résidents, de leurs proches ou des soignants);</li> <li>○ un manque de coordination entre les paliers gouvernementaux (p. ex. provincial et municipal), et des processus de prises de décisions gouvernementales trop complexes qui peuvent dissuader les résidents (leurs proches et soignants) et le personnel de participer puisqu'ils sont perçus comme le principal destinataire descendant;</li> <li>○ un manque d'uniformité dans l'application des règles dans les foyers de SLD (certains participants l'association au problème de transparence dans le processus d'inspection) et un manque d'investissement de la part des résidents et du personnel dans leur élaboration et leur mise en œuvre.</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Manque de responsabilisation dans les foyers de SLD</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants ont soulevé plusieurs problèmes qui, selon eux, contribuent au manque de responsabilisation dans les foyers pour le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections prescrites, notamment :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ des inspections irrégulières et incohérentes, qui ne portent que sur la conformité, ce qui, selon plusieurs participants, contribue aux différences observées dans la qualité des soins;</li> <li>○ peu d'occasions pour les résidents, leurs proches et les soignants, et le personnel de donner leur rétroaction lors des inspections, ce qui veut dire que leurs expériences ne permettent pas d'apprendre ni d'améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des normes et prescriptions de santé publique.</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Incohérence dans la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs participants ont décrit les incohérences vécues dans l'utilisation des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de SLD, et ont donné des exemples précis portant sur l'équipement de protection personnelle (EPP) et les systèmes d'aération.</li> <li>• De plus, les participants ont indiqué qu'ils comprenaient que l'utilisation irrégulière des mesures de PCI (ou ses variations) dépendait de la géographie (c.-à-d. régions urbaines ou rurales) ou de facteurs associés au système de santé, comme la capacité de gestion, les niveaux de financement accordés aux foyers de SLD, la dotation en personnel (niveaux et formation) et l'infrastructure (taille de l'établissement).</li> </ul>  |
| <b>Difficultés de dotation en personnel dans les foyers de SLD</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreux participants ont laissé entendre que les pénuries de personnel qui perdurent dans le secteur des SLD contribuaient largement au problème et ont soulevé les problèmes suivants en tant que facteurs qui ont continué d'aggraver la situation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un recrutement qui donne la priorité aux mauvaises personnes, comme celles qui ne s'intéressent pas réellement à un travail dans le secteur des SLD et ceux qui ont suivi une formation accélérée et obtenu un permis d'exercice dans le cadre de processus visant à pourvoir les postes vacants (ce qui peut faire en sorte que le personnel n'est pas qualifié ou prêt à instaurer les mesures de prévention et de contrôle des infections);</li> <li>○ une intégration inadéquate ou l'absence de formations continues pour contribuer à un effectif qui sait s'adapter à l'évolution des mesures de prévention et de contrôle des infections;</li> <li>○ un salaire peu enviable pour les personnes qui travaillent dans le secteur des SLD, ce qui en force plus d'un à occuper plusieurs emplois, ce qui augmenté la charge de travail et le risque d'épuisement.</li> </ul> </li> <li>• La plupart des participants ont également traité des difficultés associées à l'épuisement professionnel persistant dont souffrent les employés des foyers de SLD (particulièrement depuis la pandémie de COVID-19). Ils ont fait remarqué que le personnel leur semble :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ constamment débordé, fatigué et épuisé sur le plan affectif;</li> </ul> </li> </ul> |

| Thèmes sur le problème déterminés par les participants au panel de citoyens    | Points de vue et exemples de citoyens   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ incapable de travailler de façon à offrir en tout temps des soins personnalisés et de haute qualité aux résidents (certains participants ont même déclaré que leurs êtres chers manquaient souvent de soins de base, comme le changement de sous-vêtements ou de produits d'incontinence et de bains, pendant les éclosions de maladie, ce qui pouvait entraîner des problèmes de santé secondaires).</li> <li>● Les participants ont affirmé que, en raison des pénuries et de l'épuisement du personnel, les familles étaient contraintes d'endosser davantage le rôle de soignant, ce qui leur causait de la détresse et de l'épuisement.</li> </ul>  |
| <b>Communication déficiente et de mauvaise qualité</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Les participants ont déclaré que les résidents, les proches et le personnel reçoivent souvent des renseignements contradictoires ou ambigus pendant des éclosions de maladie (particulièrement pendant des crises), ce qui peut créer de la confusion et vient miner la confiance. Au cours de la discussion, ils ont donné les exemples suivants de facteurs qui, selon eux, contribuent au problème : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ des messages provenant de sources diverses (p. ex. les familles et soignants, le personnel, les gestionnaires des foyers de SLD et le gouvernement dans les médias);</li> <li>○ peu d'occasions pour les résidents et leurs proches de discuter avec le personnel et le gestionnaire des mesures de prévention et de contrôle des infections prévues et instaurées et de leur effet sur les soins (une situation exacerbée par le manque de mises à jour ou l'insuffisance des détails qu'elles contiennent);</li> <li>○ l'absence de mécanismes pour s'assurer que les résidents, leurs proches et les soignants, ainsi que le personnel sont tenus au courant des dernières prescriptions;</li> <li>○ l'absence de mécanismes pour offrir aux résidents, à leurs proches et soignants, et au personnel des occasions de donner de la rétroaction (bien que certaines participants aient mentionné que les résidents, leurs proches et les soignants craignaient parfois de donner une rétroaction honnête, mais négative, par crainte d'une détérioration des soins);</li> <li>○ aucune mesure d'adaptation pour les résidents ayant des besoins particuliers en matière de communication (p. ex. autres modes de communication des messages aux personnes souffrant d'une déficience auditive ou visuelle);</li> <li>○ une couverture médiatique qui accentue la confusion et la méfiance, particulièrement lorsque les messages sont contradictoires avec les réalités vécues dans les foyers de SLD.</li> </ul> </li> <li>● Les participants ont également noté que la communication entre le personnel et les gestionnaires des foyers de SLD semblait inadéquate et fragmentée. Ils ont donné comme exemple le partage d'information irrégulier pendant les changements de quarts et un accès restreint aux dossiers communs.</li> </ul> |
| <b>Isolement accru et torts causés involontairement par les mesures de PCI</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● De nombreux participants ont exprimé leurs préoccupations concernant les nombreux inconvénients des mesures de prévention et de contrôle des infections pour les résidents, leur famille et les soignants. Ils ont largement soulevé l'isolement, la détresse émotionnelle et les préjudices plus vastes à la santé, comme la dépression et l'anxiété, en découlant (particulièrement pendant la pandémie de COVID-19). Parmi les plus grands défis relevés, notons : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les politiques de visite restrictives au titre desquelles les visites des membres de la famille (p. ex. un seul membre de la famille à la fois) étaient plus difficiles, qui ont contribué à la dépression, à l'anxiété et à la confusion de tous; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ quelques participants ont relevé que ces politiques ont également contribué au surmenage des soignants (p. ex. si un seul membre de la famille n'était autorisé à visiter les résidents, le fardeau de l'engagement reposait uniquement sur les épaules, même si d'autres membres de la famille voulaient aider) ainsi qu'à la culpabilité;</li> </ul> </li> <li>○ le port du masque qui rendait l'établissement de lien avec le personnel plus difficile (pusqu'il était impossible de voir leur visage) et rendait la communication plus difficile pour certains résidents (p. ex. les malentendants qui devaient lire sur les lèvres);</li> <li>○ les règles de distanciation sociale qui ont privé les résidents de contacts sociaux riches de sens (p. ex. conversation et toucher);</li> </ul> </li> </ul>  |

| Thèmes sur le problème déterminés par les participants au panel de citoyens  | Points de vue et exemples de citoyens  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ trop peu de soutien qui permettrait aux résidents d'apprendre à utiliser des technologies qui les aideraient à établir des liens avec leur famille dans le cadre de visites virtuelles (p. ex. leur enseigner à utiliser un iPad pour avoir des conversations sur FaceTime).</li> </ul>   |
| <b>Difficultés à trouver l'équilibre entre les mesures de prévention et de contrôle des infections et les questions éthiques</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Certains participants ont soulevé le fait que les mesures prises en réponse à la pandémie dans les foyers de SLD (et, plus généralement, le recours à des mesures plus rigoureuses en matière de prévention et de contrôle des infections) posaient bien souvent des problèmes éthiques, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ s'efforcer uniquement de freiner la propagation de la maladie sans respecter l'autonomie, la dignité et la qualité de vie des résidents (certains participants ont laissé entendre qu'il s'agissait d'un manque de respect envers les adultes plus âgés de la société « qui ont bâti le pays »);</li> <li>○ déployer les forces armées dans des milieux qui devraient être respectés en tant que demeures des résidents, leur offrant un endroit sûr et respectueux où recevoir les soins et le soutien nécessaires;</li> <li>○ un manque de transparence et de communications quant aux compromis envisagés au moment de créer et de mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de SLD (particulièrement pendant des crises, comme une pandémie et lorsque les mesures risquent grandement de nuire à l'autonomie, à la dignité et à la qualité de vie des résidents).</li> </ul> </li> <li>● De nombreux participants ont dit que, selon eux, ces préoccupations éthiques renforçaient probablement la méfiance et diminuaient la confiance en la capacité du système des SLD à protéger la sécurité et le bien-être des résidents.</li> </ul> |

## Éléments d'une approche potentiellement globale du problème

Trois éléments d'une approche potentiellement globale du problème ont été développés et affinés en consultation avec le comité de direction et les informateurs clés que nous avons interrogés au cours de l'élaboration de ce dossier.



### **Créer des soutiens plus forts à la mise en œuvre permettant aux foyers de SLD d'adopter les mesures et directives de prévention et de contrôle des infections prescrites**

En renforçant les soutiens à la mise en œuvre offerts aux exploitants des foyers de SLD, leur personnel et les résidents, il serait plus facile pour les foyers de SLD d'instaurer les mesures de prévention et de contrôle des infections prescrites pendant ces éclosions. Voici quelques-unes des composantes à intégrer dans cette approche :

- créer un cadre et des « manuels » à l'appui pour guider les foyers de SLD (et leurs responsables de la prévention et du contrôle des infections) tout au long du processus de mise en œuvre des normes, des directives et des pratiques exemplaires

liées à la prévention et au contrôle des infections dans les foyers de SLD, portant sur l'identification des obstacles et des facilitateurs et sur les moyens de les surmonter par l'adoption de stratégies fondées sur les données probantes;

- renforcer la participation des résidents et du personnel des foyers de SLD à la prise de décisions sur la mise en œuvre des mesures et directives prescrites en matière de prévention et de contrôle des infections, particulièrement lorsqu'ils jouissent d'une certaine latitude dans leur mise en œuvre;
- renforcer le lien entre les foyers de SLD (et leurs responsables de la prévention et du contrôle des infections) et les actifs du système qui ont le mandat d'offrir un accompagnement et du soin à la mise en œuvre technique, y compris les carrefours de prévention et de contrôle des infections et les bureaux de santé publique locaux (si les organisations diffèrent);
- favoriser le partage et l'apprentissage entre pairs au sein des foyers de SLD par la mise en place de réseaux régionaux, de groupes de travail ou d'une communauté de pratique.

Dans le cadre de nos recherches visant à trouver les meilleures données probantes disponibles, nous avons trouvé des documents démontrant l'importance de la participation des résidents, des proches et du personnel ainsi que d'une communication claire, comme moyen de mettre en œuvre les mesures de PCI. Voici certaines de nos conclusions :

- des briefings, des mises à jour par courriel et des caucus d'équipe réguliers peuvent aider les foyers de SLD à mettre les directives en pratique, (16-30) ce qui est appuyé par un leadership souple et réception; (16; 23)
- les proches des résidents ont également profité de mises à jour fréquentes sur la santé et le bien-être de leurs êtres chers (18-20; 25) et les faire participer à l'équipe de contrôle des infections pour les aider à préserver un accès à leurs êtres chers peut améliorer la mise en œuvre des mesures; (18; 19; 28; 31-33)
- la mise en place de protocoles et d'outils virtuels peut aider les foyers à réagir plus rapidement aux changements de PCI apportés pendant les éclosions, notamment lors de crises comme la pandémie de COVID-19; (17; 19; 20; 28)
- la coordination peut contribuer à la bonne mise en œuvre des directives (16; 21; 27; 29; 33-35) tout comme des rôles clairs et la disponibilité des outils et des ressources nécessaires; (16; 21; 27; 29; 33-35)
- certaines études ont relevé des façons de lever les obstacles à la mise en œuvre des mesures de PCI, comme les technologies numériques qui peuvent réduire l'isolement des résidents, (22-24; 29; 35) et la nécessité de veiller à ce que les soutiens offerts au sein du système correspondent aux réalités dans les foyers. (16; 17; 27; 31; 34; 35)

Consultez les annexes 2 et 3 pour en savoir plus sur chaque document.



## **Établir des structures et des processus pour favoriser la cocreation de réponses concrètes aux éclosions de maladies dans les foyers de SLD**

L'objectif de cet élément est de permettre aux résidents des foyers de SLD (leurs proches et leurs soignants) et le personnel de première ligne de façonner l'intervention de leur foyer face à une éclosion, particulièrement dans les domaines où les mesures prescrites et les directives du gouvernement offrent une certaine marge de manœuvre qui favorise la conception de solutions locales, adaptées au contexte. Comme c'est le cas pour l'élément 1, cet élément exigerait un renforcement des liens entre les foyers de SLD (et leurs responsables de la prévention et du contrôle des infections) et les soutiens offerts au sein du système, y compris les carrefours de prévention et de contrôle des infections et les bureaux de santé publique locaux (si les organisations diffèrent). Cet élément porterait également sur :

- la création de processus structurés *au sein des foyers de SLD* pour que les résidents, leurs proches et soignants, et le personnel aident à mieux comprendre les défis en temps réel, à mesure qu'ils se présentent, cocréent des interventions propres aux contextes pour faire face aux éclosions de maladies dans leurs foyers (équilibre entre les perspectives et expériences des résidents et du personnel et les meilleures données probantes et autres disponibles), conçoivent des stratégies de mise en œuvre des interventions choisies, et surveillent et évaluent ce qui fonctionne bien et ce mérite d'être amélioré;
- renforcer la capacité des foyers de SLD de favoriser la participation des résidents et du personnel et l'utilisation des données (probantes et autres) pour guider les processus décisionnels (p. ex. par la conception d'outils et de ressources);
- créer une version « simplifiée » de l'approche pour les situations d'urgence.

### **Sur quelles données probantes cette solution peut-elle reposer?**

Dans le cadre de nos recherches visant à trouver les meilleures données probantes disponibles sur cet élément, nous avons constaté que la participation des résidents, de leurs proches et du personnel et une communication claire dans le cadre des processus décisionnels étaient importantes pendant les éclosions. Voici certaines de nos conclusions :

- la communication au moyen de mises à jour régulières et les « caucus d'unités » ainsi que les occasions d'engagement bidirectionnel ont permis de clarifier les directives, de définir les attentes, de réduire la confusion et d'instaurer la confiance; (16; 36-43)
- il est important d'inclure les apprentissages tirés des expériences vécues des résidents, de leurs proches et du personnel dans les processus décisionnels pendant les éclosions et dans la planification future.(41-43) De même, il est tout aussi important de faire participer tous les intéressés du secteur des SLD au processus; (16; 41; 42; 44-49)
- des structures de gouvernance claires, un leadership interne, une supervision attentive aux besoins et un engagement plus fort des hauts responsables de la santé peuvent renforcer la responsabilisation; (43; 46; 48-52)
- il y a des façons d'atténuer les inconvénients des mesures de PCI (y compris l'isolement social, la détresse et la dégénérescence mentale) et de planifier en conséquence; il faut les prioriser dans l'intervention face à une éclosion; (16; 42; 47; 53-57)
- des considérations spéciales doivent être prises pour s'assurer que :
  - les besoins uniques des résidents ont bien été pensés, notamment ceux des personnes souffrant de démence (57-60) ou ayant besoin d'un soutien culturellement approprié; (40; 45; 53; 61; 62)
  - les réalités du système sont intégrées à la planification, notamment la construction des foyers ainsi que la planification et la fidélisation du personnel.(44; 48; 53; 55; 59; 63-65)

Consultez les annexes 4 et 5 pour en savoir plus sur chaque document.



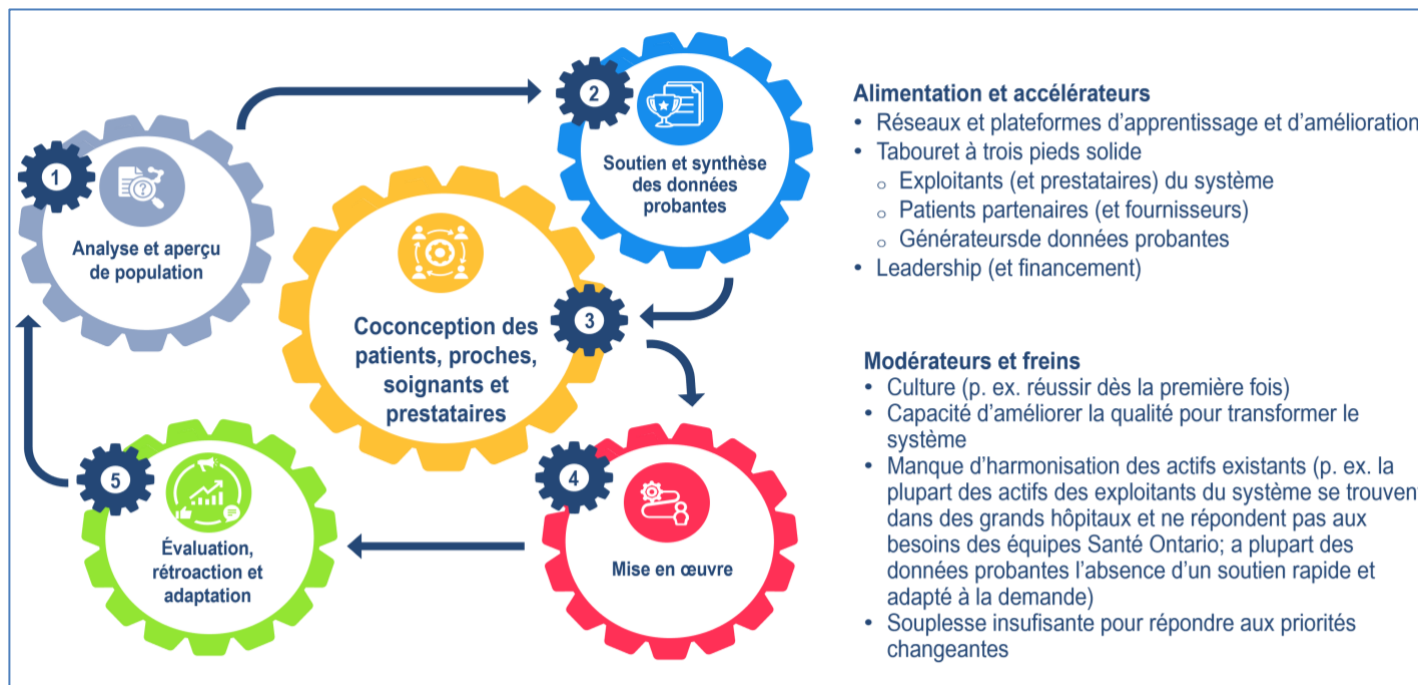
### **Renforcer la capacité des cycles d'apprentissage et d'amélioration, et de soutien fondé sur les données probantes dans le secteur des SLD.**

Cet élément créerait la base d'un « système fondé sur les données probantes » qui pourrait aider les décideurs à tous les niveaux du système de participer aux « cinq vitesses » d'un système de santé éducatif (voir la **figure 2**). Des cycles continus d'apprentissage et d'amélioration permettraient aux travailleurs et aux résidents des foyers de soins de longue durée (ainsi qu'aux nombreux organismes qui les soutiennent) d'utiliser les meilleures données (probantes et autres) disponibles pour cerner les problèmes, y compris, mais sans s'y limiter, les éclosions (dès leur apparition en temps réel), cocréer des solutions fondées sur des données probantes en tenant compte des contributions des résidents et du personnel de ces foyers, de mettre au point des stratégies de mise en œuvre et d'établir des méthodes solides de suivi et d'évaluation qui alimenteront le cycle suivant d'apprentissage et d'amélioration. Plus important encore, il permettrait de corriger rapidement les choses qui ne fonctionnent pas comme prévu ou de faire de l'approche la « nouvelle norme » en cas de réussite.

Parmi les composantes de cet élément, notons :

- recenser et mobiliser les « actifs » qui contribuent déjà à un système de soutien fondé sur les données probantes dans le secteur des SLD, notamment les organismes situés du « côté de la demande » (p. ex. les décideurs à tous les niveaux, y compris au sein du gouvernement, et les exploitants de foyers de soins de longue durée), ceux du « côté de l'offre » (p. ex. les chercheurs travaillant au sein d'unités engagées à fournir des données probantes en temps opportun et axées sur la demande, sous toutes les formes pouvant être utilisées dans la prise de décisions), et les « intermédiaires » qui aident à l'établissement de liens entre les producteurs et les utilisateurs grâce à des efforts tels que la coordination entre le côté de la demande et celui de l'offre (voir la **figure 3**);
- mettre en place des mécanismes d'examen rapide au sein des foyers de SLD afin de générer et de synthétiser en temps réel les données probantes émergentes, ce qui offre un moyen peu coûteux de cerner les problèmes, de guider les initiatives visant à améliorer la qualité et à actualiser les politiques, tout en renforçant les capacités locales en matière d'apprentissage continu; (66)
- créer des approches pour intégrer rapidement les meilleures données probantes aux processus décisionnels et de conseil dans les foyers de SLD et à tous les niveaux de la prise de décisions;
- favoriser la création et le maintien d'une culture axée sur l'utilisation de données probantes et de processus décisionnels centrés autour d'un apprentissage et d'une amélioration continus.

**Figure 2 :** Les « cinq vitesses » d'un système de santé éducatif



Source : Reid R., et al. (2024) Actioning the Learning Health System: An applied framework for integrating research into health systems. (67)

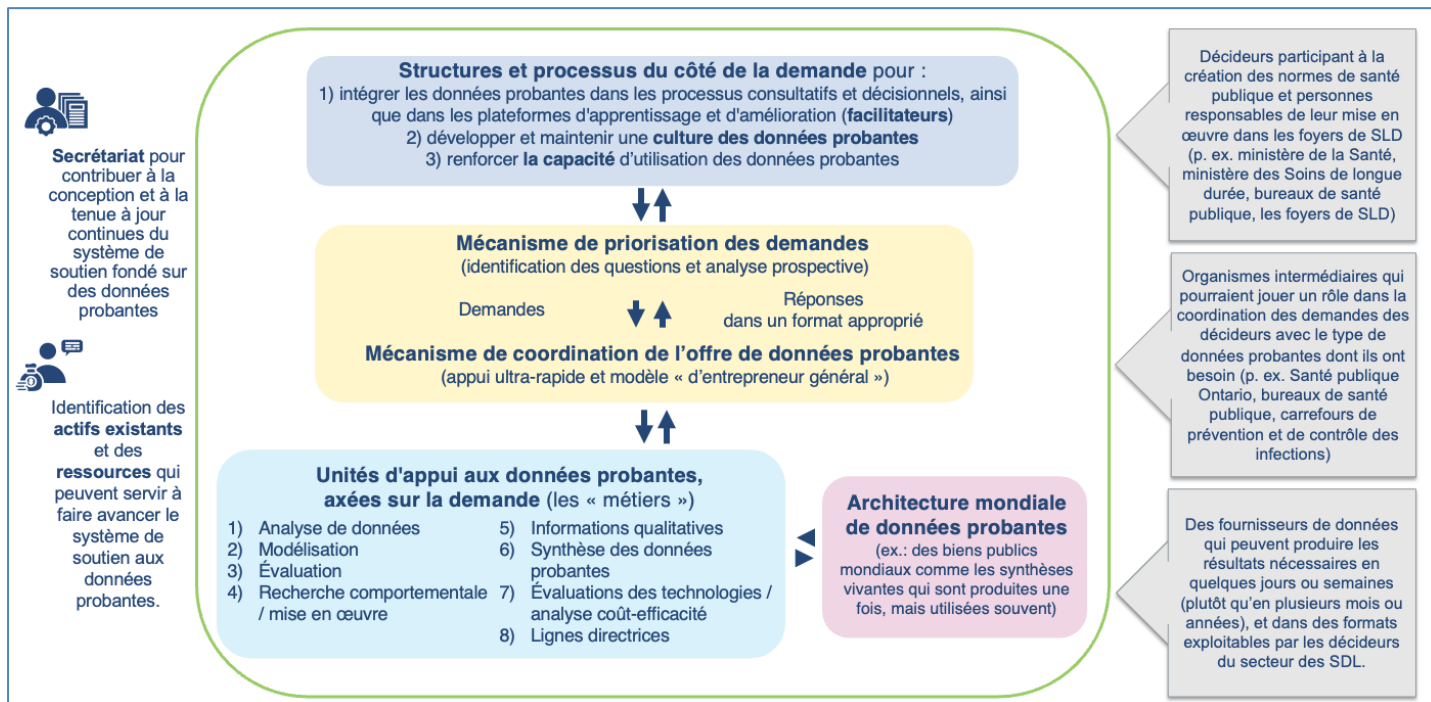
### Sur quelles données probantes cette solution peut-elle reposer?

Dans le cadre de nos recherches sur les données probantes concernant l'élément 3, nous avons découvert que les efforts nécessaires à l'amélioration de la production et de l'utilisation de données et des recherches sont un élément important du renforcement des SLD. Voici certaines des perspectives :

- il convient d'investir dans des recherches ciblées et dans la génération de connaissances tirées de diverses formes de données probantes; (15; 42; 47; 48; 56; 68; 69)
- il convient de renforcer la surveillance et la collecte des données; ce qui doit passer par des efforts divers (formation du personnel, outils numériques) pour améliorer la transparence et la responsabilisation; (15; 42; 48; 68; 70)
- dans de nombreux cas, les systèmes de surveillance étaient mal conçus; des données locales sur les infections associées aux systèmes de santé et sur la résistance aux antimicrobiens étaient souvent manquantes, ce qui rendait difficile toute comparaison entre les foyers ou le suivi des améliorations; (48)
- la pandémie a également démontré que la transmission asymptomatique était mal comprise, ce qui compliquait le contrôle des éclosions et soulignait la nécessité de compter sur des études plus rigoureuses et produites en temps opportun; (42; 56)
- des progrès ont été réalisés par l'intermédiaire d'initiatives comme Équipes en science de la mise en œuvre, qui ont mis à l'essai les interventions et contribué à des pratiques porteuses; toutefois, les données probantes révèlent que, sans financement à long terme, ces efforts risquent peut de susciter des changements durables; (42; 71)
- plusieurs examens donnaient à penser que les indicateurs partagés et les cadres communs s'avéraient utiles pour harmoniser les études, ce qui facilite les comparaisons et la prise de décisions uniformes dans tout le système de soins de santé; (56; 69; 72)
- les innovations numériques commencent à se montrer prometteuses, comme les tableaux de bord et les outils de suivi de la capacité testés en projets pilotes en Angleterre, qui amélioreraient la surveillance, les communications et la responsabilisation en temps réel. (42; 69)

Consultez les annexes 6 et 7 pour en savoir plus sur chaque document.

**Figure 3** : un système fondé sur les données probantes pour le système de SLD de l'Ontario



## Avis essentiels des citoyens sur les éléments d'une approche potentiellement

| Élément (selon la formulation dans le document d'information à l'intention des citoyens)   | Points de vue et exemples de citoyens  |
|--|--|
| <p><b>Élément 1 :</b> Aider les foyers de soins de longue durée à mettre en place les mesures de prévention et de contrôle des infections prescrites en tenant compte des idées des résidents et du personnel.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants ont insisté sur l'importance de contribuer à une mise en œuvre uniforme des mesures de PCI prescrites à l'échelle de la province. Au cours de la discussion, ils ont recommandé plusieurs approches à adopter pour arriver à cette fin. Parmi celles-ci, notons : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ une communication claire entre les décideurs et les résidents, leurs proches et soignants, et le personnel sur les mesures prescrites (par rapport à celles qu'il est possible d'adapter localement);</li> <li>○ des directives et des outils pour donner des conseils sur la façon dont les facteurs locaux (y compris les niveaux de risques, l'état de santé des résidents et les soins dont ils ont besoin) et liés au milieu (p. ex. rural ou urbain) peuvent être intégrés aux plans de mise en œuvre, ainsi que sur les compromis à envisager (p. ex. les dépenses à court terme qui pourraient offrir des avantages à long terme pour la santé et le bien-être des résidents et du personnel);</li> <li>○ des commissions ou des conseils consultatifs dans chaque foyer de SLD auxquels siègent des résidents, leurs proches et soignants, et des membres du personnel afin de guider l'interprétation et la mise en œuvre des mesures prescrites;</li> <li>○ des mécanismes visant à favoriser une rétroaction structurée et continue sur la mise en œuvre des mesures de PCI prescrites (p. ex. réunions d'information du matin, rencontres de changements de quarts, discussions pendant les repas ou inspections des foyers), de manière à responsabiliser les résidents et le personnel;</li> <li>○ des efforts doivent être faits pour garantir que ce mécanisme (p. ex. en tenant compte des différents besoins linguistiques ainsi que des déficiences auditives et visuelles).</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Élément 2 :</b> Donner aux résidents de foyers de soins de longue durée, leurs proches et le</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les participants au panel se sont dit fortement en faveur d'une plus grande participation des résidents, de leurs proches et du personnel à la planification de l'intervention en cas d'éclosions. Selon eux, cette participation devrait : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ survenir tôt, lorsque les éclosions éventuelles sont en cours de surveillance, pas après la prise de décisions;</li> </ul> </li> </ul>  |

| Élément (selon la formulation dans le document d'information à l'intention des citoyens)   | Points de vue et exemples de citoyens   |
|--|---|
| <p>personnel « une voix au chapitre » lors de la planification de l'intervention face à l'éclosion d'une maladie.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ découlée de commissions ou de conseils consultatifs permanents faisant participer les résidents, leurs proches et le personnel (et favorisant la gouvernance conjointe et une prise de décisions collaborative) lors de réunions ordinaires, comme des réunions du matin et des discussion entre personnel et résidents;</li> <li>○ comprendre des mécanismes qui favorisent une rétroaction sûre et confidentielle de la part des résidents et de leurs proches, qui pourront exprimer leurs préoccupations sans craindre de représailles (ou une détérioration de la qualité des soins), et qui prévoient une communication sur le traitement des préoccupations.</li> <li>● Dans le cadre de cet élément, de nombreux participants ont également exprimé l'importance de plusieurs principes (qui, bien souvent, recoupaient des thèmes principaux soulevés lors des discussions sur l'élément 1), notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ inclusivité (p. ex. s'assurer d'intégrer au processus différents besoins sociaux ou sanitaires ainsi que des perspectives diverses);</li> <li>○ transparence (p. ex. une communication sur les compromis envisagés);</li> <li>○ responsabilisation (p. ex. des mécanismes de rétroaction clairs sur la façon dont sont traités les défis soulevés par les résidents et leurs proches, et le personnel);</li> <li>○ marge de manœuvre (p. ex. « plusieurs » façons pour les résidents d'exprimer leurs points de vue);</li> <li>○ engagement à la collaboration, et apprentissage et amélioration continus.</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>Élément 3 :</b><br/>Renforcer la capacité de trouver et d'utiliser des données probantes pour prendre des décisions plus vastes dans le secteur des soins de longue durée.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tous les participants ont reconnu l'importance de l'apprentissage et de l'amélioration (p. ex. s'inspirer des leçons tirées des éclosions précédentes et faire de l'approche réussie la « nouvelle norme ») et de l'utilisation des meilleures données probantes lors de la prise de décisions sur les SLD. Les participants ont proposé plusieurs façons d'y arriver, dont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ créer des systèmes de suivi et de collecte de données centralisés (ou mettre à profit ceux existant) pour s'assurer que les résidents, les proches et le personnel puissent donner leurs perspectives sur les éléments mesurés et les cibles fixées;</li> <li>○ instaurer des processus pour rendre compte des progrès réalisés en toute transparence et d'une manière accessible aux résidents, leurs proches et le personnel;</li> <li>○ créer des « boucles de rétroaction » qui peuvent tenir compte de préférences diverses (un participant a proposé que les inspections servent à recueillir des commentaires structurés de la part des résidents et du personnel pour guider l'évolution des normes au fil du temps et la création des politiques futures);</li> <li>○ favoriser des possibilités d'apprentissage intersectorielles et interrégionales (p. ex. apprentissages auprès du secteur des soins de courte durée ou des soins à domicile, ou apprentissages d'autres provinces, territoires ou pays).</li> </ul> </li> </ul>   |

## Considérations relatives à la mise en œuvre

Dans la figure ci-dessous, nous nommons certains obstacles qui pourraient rendre difficile la mise en œuvre de ces éléments, ainsi que des éléments facilitateurs qui pourraient créer une dynamique favorable pour les faire progresser. Lorsqu'on leur a demandé ce qui, selon eux, constituait les obstacles les plus importants à la mise en œuvre, les participants au panel de citoyens ont indiqué qu'ils voyaient les ressources insuffisantes, les problèmes de dotation et le manque de volonté d'agir des gouvernements comme des enjeux importants. Lorsqu'on leur a demandé de parler des facilitateurs, les participants au panel ont indiqué que, selon eux, la présence d'un leadership motivé dans les foyers de SLD et l'engagement global de différents intéressés au sein de la province comme des facteurs importants pour faire avancer les éléments.

## Obstacles



Le secteur des soins de longue durée n'a pas les ressources ni la capacité nécessaires pour s'intéresser aux changements à apporter à l'échelle du système pour la mise en œuvre des mesures de protection et de contrôle des infections.



Les besoins des résidents demeureront diversifiés et complexes, une situation qui ne fera que se complexifier à mesure que la population de l'Ontario vieillira.



Les relations entre les spécialistes de la prévention et du contrôle des infections et les décideurs dans les foyers de soins de longue durée ne sont pas aussi fortes que dans d'autres secteurs.

## Animateurs



Les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée sont résilients et ont envie de s'exprimer lors des prochaines éclosions de maladies.



La pandémie de COVID-19 a démontré qu'une prise de décisions rapide et collaborative fondée sur les éléments probants était possible en Ontario.



L'Ontario a appris beaucoup sur la prévention et le contrôle des infections dans le secteur des soins de santé pendant la pandémie; elle a généré de nouvelles données probantes qui peuvent maintenant être exploitées.

## Références

1. Ontario Long Term Care Association. [The data: Long-term care in Ontario. 2025.](#)
2. Vilches TN, Nourbakhsh S, Zhang K, et al. Multifaceted strategies for the control of COVID-19 outbreaks in long-term care facilities in Ontario, Canada. *medRxiv* 2021; 148: 106564.
3. Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, McCreedy J, Tuite AR, Group tC-OM. Failing our most vulnerable: COVID-19 and long-term care facilities in Ontario. *medRxiv* 2020: 2020.04.14.20065557.
4. Donnelly C, Leger S, Rogers L, Johnson A, Slater M, editors. The impact of COVID-19 restrictions on long-term care residents and care partners in Ontario: A qualitative study. Montreal, QC: Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference; 2023.
5. Slater M, Johnson A, Donnelly C, editors. Rooting research in front line experience: A case study of a research program grown from collaboration. Montreal, QC: Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference; 2023.
6. Ontario Ministry of Health. Recommendations for outbreak prevention and control in institutions and congregate living settings, 2024. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2025.
7. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). IPAC checklist for long-term care and retirement homes. 2nd revision. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2025.
8. Mitchell LL, Albers EA, Birkeland RW, et al. Caring for a relative with dementia in long-term care during COVID-19. *J Am Med Dir Assoc* 2022; 23(3): 428-433.e1.
9. Huber A, Seifert A. Retrospective feelings of loneliness during the COVID-19 pandemic among residents of long-term care facilities. *Aging Health Res* 2022; 2(1): 100053.
10. Giebel C, de Boer B, Gabbay M, et al. "Because if I don't hold his hand then I might as well not be there": Experiences of Dutch and UK care home visiting during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr* 2023; 35(2): 107-116.
11. Lam MCH, Egan MY, Durocher E. Recommendations related to visitor and movement restrictions in long-term care and retirement homes in Ontario during the COVID-19 pandemic: Perspectives of residents, families, and staff. *Can J Aging* 2024: 1-9.

12. Arkkukangas M, Strömqvist Bååthe K, Ekholm A, Tonkonogi M. Short multicomponent group exercise intervention promotes long-term physical activity habits among community-dwelling older adults during COVID-19 restrictions: A cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(22): 15140.
13. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Crea-Arsenio M, Antonipillai V. COVID-19 excess mortality among long-term care residents in Ontario, Canada. *PLoS One* 2022;17(1): e0262807.
14. Alavinejad M, Tosato M, Bragazzi NL, McCarthy Z, Wu J, Bourouiba L. Markers of community outbreak and facility type for mitigation of COVID-19 in long-term care homes in Ontario, Canada: Insights and implications from a time-series analysis. *Ann Epidemiol* 2024; 90: 9-20.
15. Connelly DM, Garnett A, Snobelen N, et al. Resilience amongst Ontario registered practical nurses in long-term care homes during COVID-19: A grounded theory study. *J Adv Nurs* 2022; 78(12): 4221-4235.
16. Chamberlain SA, Warner G, Andrew MK, et al. With COVID comes complexity: Assessing the implementation of family visitation programs in long-term care. *Gerontologist* 2023; 63(3): 490-500.
17. Chu CH, Yee AV, Stamatopoulos V. "It's the worst thing I've ever been put through in my life": The trauma experienced by essential family caregivers of loved ones in long-term care during the COVID-19 pandemic in Canada. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2022; 17(1): 2075532.
18. Dupuis-Blanchard S, Maillet D, Thériault D, LeBlanc F, Bigonnesse C. "Be their advocate": Families' experience with a relative in LTC during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal on Ageing* 2021; 40(4): 628-638.
19. Ickert C, Stefaniuk R, Leask J. Experiences of long-term care and supportive living residents and families during the COVID-19 pandemic: "It's a lot different for us than it is for the average Joe." *Geriatric Nursing* 2021;42(6): 1547-1555.
20. Kortés-Miller K, Natale M, Wilson K, Stinchcombe A. The Perpetual Pivot: Understanding Care Partner Experiences in Ontario Long-Term Care Homes during the COVID-19 Pandemic. *Geriatrics (Basel)* 2023; 8(5): 90.
21. Cruise D, Sinden D, Jaana M. Older Adults' Quality of Life in Long-Term Care: A Cross-Sectional Comparison Before and During the COVID-19 Pandemic. *Can J Aging* 2023; 42(4): 744-753.
22. Smith CB, Wong KLY, To-Miles F, et al. Exploring experiences of loneliness among Canadian long-term care residents during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Int J Older People Nurs* 2023; 18(1): e12509.
23. Benzinger P, Wahl HW, Bauer JM, et al. Consequences of contact restrictions for long-term care residents during the first months of COVID-19 pandemic: a scoping review. *Eur J Ageing* 2023; 20(1): 39.
24. Beogo I, Sia D, Collin S, et al. Strengthening social capital to address isolation and loneliness in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: Systematic Review of research on information and communication technologies. *JMIR Aging* 2023; 6: e46753.
25. Mulla RT, Hirdes JP, Kroetsch B, McAiney C, Heckman GA. Consequences of loneliness/isolation and visitation restrictions on the mood of long-term care residents without severe dementia pre-COVID-19 and during COVID-19: a scoping review. *BMJ Open* 2025; 15(3): e090522.
26. Yue JL, Yan W, Sun YK, et al. Mental health services for infectious disease outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Psychol Med* 2020; 50(15): 2498-2513.
27. Mason M, Im B, Basseal JM, Zimmerman PA. Moral distress among infection prevention and control professionals: A scoping review. *Infect Dis Health* 2025; 30(2): 152-161.
28. Fernandes Agreli H, Murphy M, Creedon S, et al. Patient involvement in the implementation of infection prevention and control guidelines and associated interventions: A scoping review. *BMJ Open* 2019; 9(3): e025824.
29. Lemaire C, Humbert C, Sueur C, Racin C. Use of digital technologies to maintain older adults' social ties during Visitation restrictions in long-term care facilities: Scoping review. *JMIR Aging* 2023; 6: e38593.
30. Rice S, Carr K, Sobiesuo P, et al. Economic evaluations of interventions to prevent and control health-care-associated infections: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2023; 23(7): e228-e239.

31. Chu CH, Yee AV, Stamatopoulos V. "We've all lost so much": The long-term care home experiences of essential family caregivers during COVID-19. *Can J Aging* 2023; 42(2): 284-296.
32. Cooke HA, Wu SA, Bourbonnais A, Baumbusch J. Disruptions in relational continuity: The impact of pandemic public health measures on families in long-term care. *J Fam Nurs* 2023; 29(1): 6-17.
33. Hindmarch W, McGhan G, Flemons K, McCaughey D. COVID-19 and long-term care: The essential role of family caregivers. *Can Geriatr J* 2021; 24(3): 195-199.
34. Kirkham J, Shorey CL, Iaboni A, et al. Staff perceptions of the consequences of COVID-19 on quality of dementia care for residents in Ontario long-term care homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2022; 37(6): 10.1002/gps.5725.
35. Brown KA, Buchan SA, Chan AK, et al. Association between delayed outbreak identification and SARS-CoV-2 infection and mortality among long-term care home residents, Ontario, Canada, March to November 2020: a cohort study. *Euro Surveill* 2024; 29(41): 2300719.
36. Ryan RE, Silke C, Parkhill A, et al. Communication to promote and support physical distancing for COVID-19 prevention and control. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 10(10): Cd015144.
37. Sadjadi M, Mörschel KS, Petticrew M. Social distancing measures: barriers to their implementation and how they can be overcome – A systematic review. *Eur J Public Health* 2021; 31(6): 1249-1258.
38. Yau B, Vijn R, Prairie J, McKee G, Schwandt M. Lived experiences of frontline workers and leaders during COVID-19 outbreaks in long-term care: A qualitative study. *Am J Infect Control* 2021; 49(8): 978-984.
39. Murti M, Goetz M, Saunders A, et al. Investigation of a severe SARS-CoV-2 outbreak in a long-term care home early in the pandemic. *Cmaj* 2021; 193(19): E681-e688.
40. Zhang XS, Charland K, Quach C, Nguyen QD, Zinszer K. Institutional, therapeutic, and individual factors associated with 30-day mortality after COVID-19 diagnosis in Canadian long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc* 2022; 70(11): 3210-3220.
41. Jones A, Watts AG, Khan SU, et al. Impact of a public policy restricting staff mobility between nursing homes in Ontario, Canada during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22(3): 494-497.
42. Collingridge Moore D, Garner A, Cotterell N, Harding AJE, Preston N. Long term care facilities in England during the COVID-19 pandemic-a scoping review of guidelines, policy and recommendations. *BMC Geriatr* 2024; 24(1): 394.
43. Drost A, Alam MI, Boamah S, Kralj B, Costa A, Sweetman A. Multiple jobholding and part-time work among nurses in long-term care homes compared to other healthcare sectors: Evidence from Ontario. *Health Policy* 2023; 130: 104713.
44. Siu HY, Kristof L, Elston D, Hafid A, Mather F. A cross-sectional survey assessing the preparedness of the long-term care sector to respond to the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *BMC Geriatr* 2020; 20(1): 421.
45. Murmann M, Reed AC, Scott M, et al. Exploring COVID-19 education to support vaccine confidence amongst the general adult population with special considerations for healthcare and long-term care staff: A scoping review. *Campbell Syst Rev* 2023; 19(3): e1352.
46. Cox MB, McGregor MJ, Poss J, Harrington C. The association of facility ownership with COVID-19 outbreaks in long-term care homes in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2023; 11(2): E267-e273.
47. Hung L, Yang SC, Guo E, et al. Staff experience of a Canadian long-term care home during a COVID-19 outbreak: A qualitative study. *BMC nursing* 2022; 21(1): 45.
48. Vicentini C, Libero G, Cugudda E, Gardois P, Zotti CM, Bert F. Barriers to the implementation of antimicrobial stewardship programmes in long-term care facilities: A scoping review. *J Antimicrob Chemother* 2024; 79(8): 1748-1761.
49. Sonpar A, Hundal CO, Totté JEE, et al. Multimodal strategies for the implementation of infection prevention and control interventions-update of a systematic review for the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the facility level. *Clin Microbiol Infect* 2025; 31(6): 948-957.
50. Collins RL, Williams EM, Moser AL, Varughese JM, Robert B. The role of the medical director in Ontario long-term care homes: Impact of COVID-19. *J Am Med Dir Assoc* 2022; 23(9): 1603-1607.

51. Downar J, Boese K, Lalumiere G, et al. A clinical response team providing support to long-term care homes with COVID-19 outbreaks in eastern Ontario – A cohort study. *Can Geriatr J* 2022;25(2): 171–174.
52. Christenson EC, Cronk R, Atkinson H, et al. Evidence Map and Systematic Review of Disinfection Efficacy on Environmental Surfaces in Healthcare Facilities. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(21): 11100.
53. Bush M, Bennett CM, Hutchinson A, Bouchoucha SL. Post implementation quarantine recommendations that support preparedness: A systematic review and quarantine implementation capability framework. *Infect Dis Health* 2024; 29(3): 152-171.
54. Zhang J, Yu Y, Petrovic M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and corresponding control measures on long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2023; 52(1): afac308.
55. Leece P, Whelan M, Costa AP, et al. Nursing home crowding and its association with outbreak-associated respiratory infection in Ontario, Canada before the COVID-19 pandemic (2014-19): A retrospective cohort study. *Lancet Healthy Longev* 2023; 4(3): e107-e114.
56. Tchouaket EN, Kruglova K, Létourneau J, et al. Factors influencing long-term care facility performance during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *BMC Health Serv Res* 2024; 24(1): 901.
57. Wang L, Ma H, Yiu KCY, et al. Heterogeneity in testing, diagnosis and outcome in SARS-CoV-2 infection across outbreak settings in the Greater Toronto Area, Canada: An observational study. *CMAJ Open* 2020; 8(4): E627-e636.
58. Karimi-Dehkordi M, Hanson HM, Silvius J, Wagg A. Drivers of COVID-19 outcomes in long-term care facilities using multi-level analysis: A systematic review. *Healthcare (Basel)* 2024; 12(7): 807.
59. Tsang CC, Hoalroyd-Leduc JM, Ewa V, Conly JM, Leslie MM, Leal JR. Barriers and facilitators to the use of personal protective equipment in long-term care: a qualitative study. *J Hosp Infect* 2025; 162: 212-222.
60. Costa AP, Manis DR, Jones A, et al. Risk factors for outbreaks of SARS-CoV-2 infection at retirement homes in Ontario, Canada: a population-level cohort study. *Cmaj* 2021; 193(19): E672-e680.
61. Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *Cmaj* 2020; 192(33): E946-e955.
62. Maddah N, Verma A, Almashmoum M, Ainsworth J. Effectiveness of public health digital surveillance systems for infectious disease prevention and control at mass gatherings: Systematic review. *J Med Internet Res* 2023; 25: e44649.
63. Benbow WB. COVID-19 in long-term care: The built environment impact on infection control. *Herd* 2022; 15(4): 287-298.
64. Frazer K, Mitchell L, Stokes D, Lacey E, Crowley E, Kelleher CC. A rapid systematic review of measures to protect older people in long-term care facilities from COVID-19. *BMJ Open* 2021; 11(10): e047012.
65. Konetzka RT, White EM, Pralea A, Grabowski DC, Mor V. A systematic review of long-term care facility characteristics associated with COVID-19 outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(10): 2766-2777.
66. Petrucha RRA, Hansen EG, Ironside LD, et al. Addressing the long-term care crisis: Identifying opportunities for improvement using rapid reviews. *Can Geriatr J* 2022; 25(1): 79-87.
67. Reid RJ, Wodchis WP, Kuluski K, et al. Actioning the learning health system: An applied framework for integrating research into health systems. *SSM – Health Systems* 2024; 2: 100010.
68. Boamah SA, Weldrick R, Yous ML, et al. “Picturing a way forward”: Strategies to manage the effects of COVID-19-related isolation on long-term care residents and their informal caregivers. *Gerontologist* 2024; 64(1): gnad035.
69. Palacios-Ceña D, Fernández-Peña R, Ortega-López A, et al. Long-term care facilities and nursing homes during the first wave of the COVID-19 pandemic: A scoping review of the perspectives of professionals, families and residents. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19): 10099.
70. Bourbonnais A, Lachance G, Baumbusch J, Hsu A, Daneau S, Macaulay S. At the epicentre of the COVID-19 pandemic in Canada: Experiences and recommendations of family care partners of an older person living in a long-term care home. *Can J Aging* 2024; 43(2): 244-256.

69. Palacios-Ceña D, Fernández-Peña R, Ortega-López A, et al. Long-term care facilities and nursing homes during the first wave of the COVID-19 pandemic: A scoping review of the perspectives of professionals, families and residents. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19): 10099.
70. Bourbonnais A, Lachance G, Baumbusch J, Hsu A, Daneau S, Macaulay S. At the epicentre of the COVID-19 pandemic in Canada: Experiences and recommendations of family care partners of an older person living in a long-term care home. *Can J Aging* 2024; 43(2): 244-256.
71. Beogo I, Bationo NJ, Sia D, et al. COVID-19 pandemic or chaos time management: First-line worker shortage – a qualitative study in three Canadian provinces. *BMC Geriatr* 2022; 22(1): 727.
72. Boamah SA, Weldrick R, Havaei F, Irshad A, Hutchinson A. Experiences of healthcare workers in long-term care during COVID-19: A scoping review. *J Appl Gerontol* 2023; 42(5): 1118-1136.

Moat K, Ali A, Dass R, Whitelaw H. Synthèse portant sur les données probantes : Renforcer la capacité du secteur des soins de longue durée de l'Ontario à protéger le bien-être des résidents pendant des éclosons de maladies infectieuses. Hamilton : McMaster Health Forum, 17 et 18 novembre 2025.

Nous remercions les membres du comité directeur et les évaluateurs (Brian Beck, Rhonda Collins, Andrea Grunier) pour leurs commentaires sur les versions précédentes de la synthèse.

Cette synthèse portant sur les données probantes a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) par le biais d'une subvention à l'Institut des services et des politiques de la santé de l'Université Queen's. Le McMaster Health Forum bénéficie du soutien financier et en nature de l'université McMaster. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne doivent pas être considérées comme représentant les opinions du bailleur de fonds ou de l'Université McMaster.

ISSN 1929-7998 (en ligne)



Ce travail est sous licence internationale [Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).

<sup>i</sup> Ce projet a été approuvé par le Research Ethics Board de l'Université Queen's. L'étude a été soutenue par l'ICES, qui reçoit une subvention annuelle du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée. Elle a également reçu un financement des IRSC. Dans ce document ont été utilisées des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux MO de Statistique Canada, qui repose sur des données sous licence de la Société canadienne des postes ou des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux du ministère de la Santé de l'Ontario, qui contient des données copiées sous licence de la ©Société canadienne des postes et de Statistique Canada. Ce document ne constitue pas une recommandation de la part de Statistique Canada. Nous tenons à remercier IQVIA Solutions Canada, qui nous a permis d'utiliser son fichier d'information sur les médicaments. Toute distribution, publication ou autre utilisation du contenu doit comprendre un avis écrit que le Ontario Community Health Profiles Partnership est la source du contenu et doit comprendre la mention suivante : « Nous remercions le Toronto Community Health Profiles Partnership de nous avoir donné accès à l'indice de marginalisation ontarien ». Ce document repose en partie sur des données ou des renseignements compilés et fournis par l'ICES et le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario. Les analyses, conclusions, opinions et déclaration présentées aux présentes n'engagent que les auteurs et non les sources de financement ou des données; on ne doit donc pas conclure à leur aval officiel.