

## Contexte

Les 17 et 18 novembre 2025, le McMaster Health Forum a ouvert un dialogue entre intervenants du secteur pour renforcer la capacité du secteur des soins de longue durée (SLD) de l'Ontario à protéger le bien-être des résidents pendant des éclosions de maladies infectieuses. Dix-huit participants (décrits dans

la figure ci-dessous) se sont penchés sur le problème, les éléments d'une approche potentiellement globale pour y faire face, les considérations relatives à la mise en œuvre et les prochaines étapes éventuelles pour les différents groupes d'intérêt. L'encadré 1 fournit un contexte supplémentaire au dialogue avec les parties prenantes.

## Renforcer 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

17 et 18 novembre 2025



## Encadré 1 : contexte au dialogue avec les parties prenantes

Les faits saillants du dialogue avec les parties prenantes étaient comme suit :

- 1) il traitait d'un problème auquel l'Ontario fait actuellement face;
- 2) il traite de plusieurs caractéristiques du problème, y compris (le cas échéant) son effet sur des groupes particuliers;
- 3) il traitait de trois éléments d'une approche potentiellement globale pour régler le problème de politique;
- 4) il s'inspirait d'une synthèse portant sur les données probantes préalablement diffusée qui mobilisait des données probantes tirées de recherches locales et mondiales sur le problème ainsi que des renseignements tirés d'un panel de citoyens portant sur le même ayant eu lieu en octobre 2025;
- 5) il s'inspirait d'une discussion sur la gamme complète de facteurs qui peuvent guider la façon d'aborder le problème et les éléments d'une approche pour le régler;
- 6) il a réuni de nombreuses parties qui seraient touchées par les décisions ultérieures liées au problème ou y participeraient;
- 7) il visait une représentation équitable des législateurs, intervenants et chercheurs;
- 8) il a fait appel à un animateur qui a alimenté les délibérations;
- 9) il a permis des délibérations franches et officieuses par le respect de la règle de Chatham House : « les participants sont libres d'utiliser les renseignements recueillis lors d'une réunion, mais ne doivent révéler ni l'identité, ni l'affiliation des allocutateurs, ni celle des autres participants. »;
- 10) il ne cherchait pas à obtenir le consensus (pour en venir à une entente sur les engagements à prendre relativement à une voie à suivre peut ne peut exclure l'identification des zones générales de l'entente et la compréhension des raisons et des effets de points de mécontentement particuliers. De même, les responsables du système de santé pour personnes âgées doivent généralement faire participer les représentants élus, les conseils d'administration et autres personnes aux engagements détaillés).

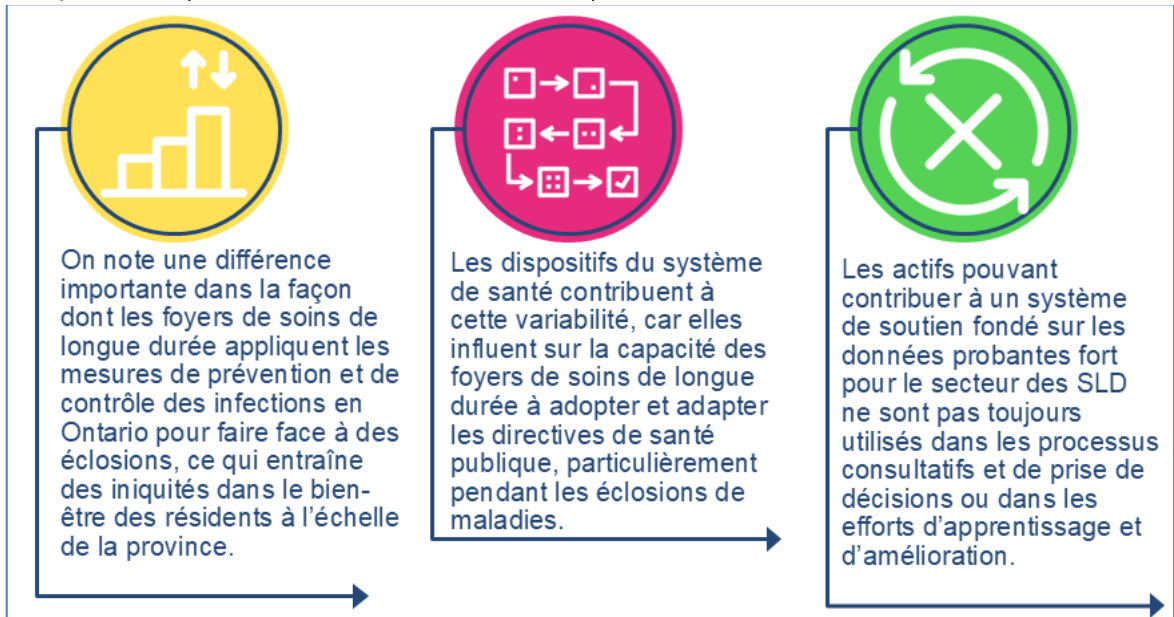
Les perspectives et expériences des participants et leurs connaissances tacites sont des éléments importants ayant alimenté le dialogue. Le dialogue a été conçu pour susciter les idées, idées qui ne peuvent surgir que lorsque les personnes qui seront touchées par les décisions ultérieures concernant le problème, ou qui y participeront, peuvent les prendre en concertation. Le dialogue avait également pour but de générer des actions de la part des participants et de ceux qui en examinent le résumé.

## Résumé des délibérations

Si la plupart des participants se sont dit d'accord avec les points soulevés dans la synthèse portant sur les données probantes, ils ont aussi surligné quatre dimensions supplémentaires du problème qui étaient importantes, sans avoir été traitées, notamment :

- 1) les transitions des résidents et les processus d'admission introduisent des dynamiques supplémentaires chez les intéressés (p. ex. Santé Ontario et travailleurs sociaux ainsi que les prestataires de soins issus de différents secteurs) et s'accompagnent de leurs propres décisions complexes en matière d'efforts de prévention et de contrôle des infections, notamment sur l'évaluation des risques d'infection aux résidents causée par les organismes produisant des carbapénèmes et les Enterobacteriaceae; gérer les stigmates associés à ces infections;
- 2) les dynamiques de genre doivent être reconnues dans la conversation, compte tenu de la grande proportion de femmes qui sont résidentes, employées de première ligne et soignantes dans les foyers de SLD;
- 3) il y a une forte prévalence de démence chez les résidents, ce qui dicte ce qui est localement faisable dans les foyers de SLD, selon l'interprétation, l'adoption et la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des infections prescrites;
- 4) il y a des déséquilibres de pouvoir entre les personnes prenant les décisions définitives sur les mesures de prévention et de contrôle des infections et celles qui doivent les respecter (sans être reconnues), ce qui nuit à l'établissement de relations et à la confiance dans les organismes du secteur des SLD.

Les participants ont aussi soulevé plusieurs problèmes liés aux trois aspects du problème décrit dans la synthèse portant sur les données probantes (résumés dans le visuel ci-dessous).



Lors de la discussion des cinq composantes du problème, les participants ont soulevé cinq problèmes qui contribuaient aux variations entre les foyers de SLD de l'Ontario, y compris :

- 1) la gestion des éclosions s'applique à plusieurs types d'infections, qui se chevauchent souvent à divers degrés dans des milieux différents, et s'inspirer d'une vaste gamme d'intervention, ce qui peut entraîner des problèmes de communication ou de mise en œuvre dans les foyers de SLD;
- 2) les incohérences entre les foyers de SLD peuvent se manifester de diverses façons complexes, qui influent sur la prévention et le contrôle des infections (p. ex. taux de roulement différents, capacité, connaissances et compétences variées pour l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections, aucun financement durable pour les carrefours de prévention et de contrôle des infections et un répertoire tournant d'inspecteurs du ministère);
- 3) des tensions persistantes sont associées à l'harmonisation des directives « noires et blanches », qui passe par la nécessité d'une adaptation contextuelle (et d'une variation dans les approches de prévention et de contrôle des infections) et une capacité insuffisante dans les foyers pour mener une « évaluation des risques », qui peut servir à concilier les directives et les besoins locaux.
- 4) en raison des changements démographiques, il devrait être encore plus difficile pour les décideurs d'être à la hauteur de la situation; la tendance étant à une augmentation du nombre d'Ontario devant vivre dans un foyer de

SLD, à un manque de lits pour répondre aux personnes dans le besoin et à la hausse de la complexité médicale chez les résidents (p. ex. plusieurs troubles chroniques ou un stade de démence avancé).



Lors des discussions entourant la deuxième composante du problème, les participants ont soulevé cinq problèmes liés à l'organisation du système de santé qui, à leurs yeux, revêtaient une importance particulière, y compris :

- 1) les lois et structures réglementaires en place dans le secteur des SLD sont conçues pour identifier les « pires » intervenants, qui s'éloignent des obligations de manière qui pourraient causer du tort; l'inconvénient étant qu'un accent trop fort est mis sur l'application des règlements et sur la création d'une « culture de la peur », où les exploitants des foyers s'efforcent de réduire leur propre responsabilité au lieu de trouver des moyens d'équilibrer les obligations avec les besoins des résidents et des familles;
- 2) les inspecteurs du gouvernement ne visitent pas toujours les mêmes foyers, ce qui entraîne une absence de continuité, de connaissances institutionnelles et de conscience contextuelle;
- 3) les engagements financiers du gouvernement sont irréguliers, ce qui crée une incertitude pour les organismes qui ont un important rôle à jouer (p. ex. carrefours de prévention et de contrôle des infections, que certains participants considèrent comme le maillon faible du système en raison du manque de clarté de leurs rôles) et pour les personnes occupant un poste important (p. ex. les responsables de la prévention et du contrôle des infections dans les foyers);
- 4) la présence d'un « conflit d'interprétation » découlant du grand nombre d'organisations et de personnes ayant des intérêts en jeu, ce qui entraîne des problèmes de communication et de confiance (p. ex. entre les ministères et les foyers; entre les responsables de la prévention et du contrôle des infections et les bureaux de santé publique);
- 5) la communication ne cesse d'être rompue entre les divers degrés du secteur (p. ex. entre le gouvernement et les bureaux de santé publique et les exploitants des foyers, entre les exploitants des foyers et leurs responsables de la prévention et du contrôle des infections, entre les professionnels de la santé travaillant dans des milieux différents).



Lors de la discussion de la troisième composante du problème, les participants ont soulevé trois problèmes généraux :

- 1) les discussions sur les données probantes, en tant qu'élément d'appui aux processus de conseil et de prise de décisions à tous les niveaux sectoriels, ne sont pas encore à la hauteur des attentes et ne sont souvent pas abordées d'une manière adaptée aux soins de longue durée (p. ex. accent mis sur les essais contrôlés à répartition aléatoire plutôt que sur les études à grande échelle menées auprès de la population et s'appuyant sur des données administratives, qui sont plus faciles à réaliser dans le domaine des soins de longue durée);
- 2) l'absence de soutien technique pour aider les personnes qui travaillent dans les foyers de SLD à mener des évaluations des risques les aidant à trouver l'équilibre entre les meilleures données probantes disponibles (et les pratiques exemplaires) et les besoins uniques des résidents;
- 3) malgré des efforts déployés auparavant (p. ex. les séances de discussion ouverte et d'autres efforts de sensibilisation communautaire pendant et après l'éclosion de SRAS en 2003 et en 2004), il n'y a aucun mécanisme en place pour soutenir une « boucle de rétroaction itérative », où les perspectives des résidents (et des familles et soignants) et des exploitants ou du personnel n'est foyer viennent alimenter les cycles d'apprentissage et d'amélioration.

## Résumé de la délibération entourant les éléments d'une approche potentiellement globale du problème



Lors des délibérations entourant les éléments présentés dans la synthèse portant sur les données probantes (voir le visuel ci-dessus), trois approches transversales prioritaires pour les participants se sont dégagées, y compris :

- 1) clarifier les rôles des nombreux acteurs participants aux efforts de prévention et de contrôle des infections en Ontario (particulièrement les carrefours de prévention et de contrôle des infections);
- 2) établir des relations en s'inspirant de l'expérience précédente au sein du secteur (de nombreux participants ont convenu que ce point était essentiel pour établir une culture de prévention et de contrôle des infections appuyée par des pratiques solides dans le secteur);
- 3) établir des principes qui peuvent servir à définir des attentes en matière de prise de décisions au sein du secteur et qui contribuent à l'établissement de relations, notamment :
  - tout ancrer dans le vécu des résidents, de leurs proches et de leurs soignants, et du personnel;
  - créer une culture de SLD dans la prévention et le contrôle des infections (plutôt qu'une culture de prévention et de contrôle des infections dans les SLD);
  - favoriser la clarté et la transparence autour de la législation, des règlements et des obligations;
  - apprendre et s'améliorer constamment, à l'aide des meilleurs renseignements disponibles, selon le contexte et la pratique, et des données probantes fondées sur les recherches.

Plusieurs participants ont affirmé que ces approches transversales se voulaient des précurseurs nécessaires aux éléments plus précis contenus dans la synthèse portant sur les données probantes. Cependant, pendant les délibérations, les participants ont fourni des renseignements complémentaires sur chacun des trois éléments. Un résumé est présenté ci-après.



Lors des discussions sur le premier élément, les participants ont noté deux efforts ciblés qui s'avèrent nécessaires pour aller de l'avant, y compris :

- 1) améliorer la communication entre les différents organismes et rôles individuels devant mettre l'information en commun dans le secteur;
- 2) créer et établir des principes (ancrés dans des cadres éthiques) à utiliser pour guider les efforts de mise en œuvre flexibles (au lieu de continuer à utiliser le cadre actuel et ses exigences rigides, difficiles à respecter pour certains foyers qui tentent de trouver le juste équilibre entre ces dernières et les besoins uniques des résidents).



Lors des discussions sur le deuxième élément, les participants ont avancé quatre mesures concrètes à mettre en application pour réaliser des progrès, notamment :

- 1) imposer des postes à temps plein pour les responsables de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de longue durée (et abandonner le système d'allocation des fonds et des effectifs pour ces postes clés en fonction de la taille de l'établissement);
- 2) renforcer les communications entre les exploitants des foyers de SLD et leurs responsables de la prévention et du contrôle des infections en ce qui a trait au financement gouvernemental afin d'accroître la transparence et d'améliorer la compréhension sur son utilisation pour améliorer la vie des résidents et du personnel;
- 3) créer des liens de confiance réciproques et constants entre les inspecteurs du ministère, les exploitants des foyers, les responsables de la prévention et du contrôle des infections, le personnel et les résidents;
- 4) ajuster les programmes de formation à l'intention du personnel et d'éducation à l'intention des professionnels de la santé pour s'assurer que les personnes qui travaillent dans les SLD ont les connaissances et les compétences nécessaires pour apporter une contribution significative aux processus de prise de décision et de conseils entourant la prévention et le contrôle des infections.



Lors des discussions sur le troisième élément, les participants ont traité des aspects généraux de la mise en place d'une culture d'apprentissage et d'amélioration dans le secteur des SLD (plutôt que sur la manière de renforcer plus particulièrement les capacités en matière de données probantes), en soulignant l'importance des cinq initiatives suivantes :

- 1) consigner et évaluer les pratiques efficaces mises en œuvre en Ontario et en tirer des enseignements pour instaurer une culture relationnelle solide en matière de prévention et de contrôle des infections, en s'appuyant sur les leçons du passé (p. ex. la commission Campbell et la création du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses à la suite de l'éclosion de SRAS), du passé récent (p. ex. la pandémie de COVID-19 et les efforts de la Table scientifique de l'Ontario) et du présent (p. ex. l'évaluation des exemples d'excellence dans la manière dont le modèle de carrefour de prévention et de contrôle des infections a permis de favoriser les liens et de renforcer les capacités, ainsi que les approches utilisées dans certaines régions pour mettre en commun les leçons apprises avant et après la saison des virus respiratoires);
- 2) réaliser une cartographie du réseau et des intervenants afin de faciliter le réseautage entre les acteurs qui peuvent jouer un rôle dans le soutien aux données probantes ainsi qu'aux cycles d'apprentissage et d'amélioration;

- 3) veiller à ce que les directives et le soutien aux données probantes tiennent compte des réalités des personnes qui vivent et travaillent dans les foyers (p. ex. en créant des ressources et des outils « concis » qui fournissent des pistes pour mieux répondre aux besoins des résidents atteints de démence à un stade avancé);
- 4) établir et favoriser une culture de la persuasion;
- 5) prioriser l'expérience vécue par les résidents (ainsi que leurs proches et leurs soignants) et le personnel des foyers de SLD dans tous les aspects de l'apprentissage et de l'amélioration.

## Résumé des délibérations sur les considérations relatives à la mise en œuvre



Lors des discussions sur les considérations relatives à la mise en œuvre, les participants ont mentionné des obstacles et des facilitateurs qui concordent avec ceux inclus dans la synthèse portant sur les données probantes (voir le visuel ci-dessus). Cependant, ils ont identifié six obstacles supplémentaires :

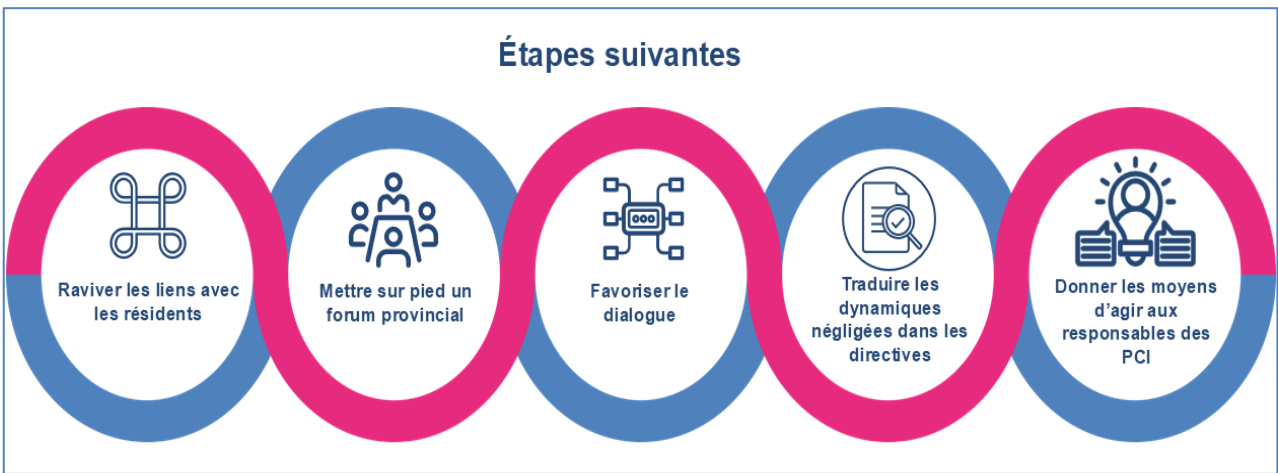
- 1) les intervenants principaux (notamment les médecins) et les organismes ayant un pouvoir décisionnel (tels que les organismes de la Couronne et les ministères principaux comme le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité) ne prennent pas toujours part à ces discussions;
- 2) ce secteur est pris dans un cadre opérationnel remontant à l'ère de la COVID-19 et axé sur l'application;
- 3) certains segments de la société sous-estiment les personnes âgées, et le problème peut ne pas être priorisé comme il le devrait en raison de l'âgisme;
- 4) la structure organisationnelle varie d'une région à l'autre et au sein même des régions (p. ex. ce ne sont pas tous les bureaux de santé publique qui disposent d'un personnel attiré à la prévention et au contrôle des infections), ce qui complexifie la mise en place d'une approche adaptée à tous les contextes et à tous les milieux;
- 5) si les résidents (leurs proches et les soignants) et le personnel ne sont pas les intéressés les plus importants, ils peuvent ne pas accepter les changements transformateurs s'ils croient qu'ils vont perturber leur vie quotidienne;
- 6) les foyers manquent de marge de manœuvre dans la façon dont ils allouent les fonds (p. ex. en raison du financement par lit, certains foyers ne sont pas en mesure d'embaucher un responsable de prévention et du contrôle des infections à temps plein).

Les participants ont également relevé quatre facilitateurs supplémentaires :

- 1) d'importantes sommes ont récemment été investies dans le secteur des SLD en Ontario, un secteur en phase de « reconstruction » jouissant de possibilités durables et transformatrices;
- 2) les foyers de SLD offrent la possibilité de créer des « salles de classe vivantes » pour aborder divers problèmes, ce qui peut se traduire par des améliorations dans le secteur, y compris en matière de prévention et de contrôle des infections;
- 3) les progrès réalisés dans la façon d'aborder la prévention et le contrôle des infections dans le secteur des soins de courte durée fournissent des perspectives pour assurer la réussite;
- 4) il y a des signes qui donnent à penser que les problèmes de dotation sont en voie de se stabiliser.

## Résumé des délibérations sur les prochaines étapes

Les participants au dialogue ont proposé plusieurs étapes, dont la majorité tombait sous l'un des cinq types de mesures suivants.



- 1) **Raffermir les liens avec les résidents** et leur famille et introduire des processus qui peuvent transmettre leur rétroaction (et celle du personnel) vers les législateurs gouvernementaux et autres responsables organisationnels et du système qui peuvent influencer le changement.
- 2) **mettre sur pied un forum provincial (ou régional)** dans le but de renforcer les liens, d'inspirer la confiance et de mettre en commun les leçons apprises par tous les partenaires visés au sein du système (y compris les représentants des résidents et des familles, du personnel responsable des SLD, des bureaux de santé publique, de Santé Ontario et d'autres organismes pertinents du gouvernement, y compris le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité), idéalement de façons liées aux priorités conjointes en matière de prévention et de contrôle des infections, comme la planification d'une saison épidémique, et tirant profit des interactions existantes (p. ex. rencontres mensuelles du carrefour de prévention et de contrôle des infections de la région du Grand Toronto, des réunions trimestrielles entre le ministère de la Santé, les carrefours de prévention et de contrôle des infections, et les communautés de pratique);
- 3) **favoriser le dialogue entre des initiatives parallèles** qui pourraient profiter mutuellement d'une pensée intégrative (p. ex. planification et développement de la prévention et du contrôle des infections avec le concours de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, et vice versa);
- 4) **traduire les dynamiques négligées dans les directives en matière de prévention et de contrôle des infections** données aux foyers de SLD (p. ex. la charge importante que représentent les résidents souffrant de démence et la proportion plus élevée de femmes qui travaillent et vivent dans ces milieux);
- 5) **donner aux responsables de la prévention et du contrôle des infections** dans les foyers les moyens d'être des leaders, des enseignants et des défenseurs, et uniformiser les compétences liées aux domaines principaux de la prévention et du contrôle des infections pour tout le personnel du secteur des soins de longue durée en Ontario.

Moat KA, Ali A, Dass R, Whitelaw H. Résumé du dialogue Renforcer 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. Hamilton : McMaster Health Forum; 17 et 18 novembre 2025.

Ce résumé du dialogue a été financé 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 dans le résumé du dialogue sont celles des auteurs et ne doivent pas être considérées comme représentant les opinions du bailleur de fonds ou de l'Université McMaster.

ISSN 1929-7955 (en ligne)



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