



**CanCOVID**

COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE

CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

## **Prévention et contrôle des infections (PCI) par la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée dans deux pays de l'OCDE, les Pays-Bas et le Danemark : Meilleures pratiques, mise en œuvre, conformité**

---

Ont contribué à cette note d'enjeux : Karen S. Palmer, Rosa Stalteri, Clémence Ongolo Zogo, Sarah Carbone, Nathan M. Stall, Peter Jüni, Susan Law

**19 octobre 2021**

## Résumé exécutif

Cette note d'enjeux résume notre compréhension des « meilleures pratiques » en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) par la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) dans deux pays de l'OCDE reconnus comme étant très performants dans ce domaine : les Pays-Bas et le Danemark.

Notre analyse nous a conduits à une définition inclusive des mesures de PCI. Nous avons pris en compte les politiques, les procédures et les pratiques du système de santé, du système social et du système de soins de longue durée qui ont un impact sur la prévention des infections dans les ÉSLD (et pas seulement les pratiques PCI généralement considérées par la discipline clinique/médicale du contrôle des maladies infectieuses). En ce sens, nous avons considéré le PCI davantage comme un concept que comme un ensemble particulier de pratiques cliniques prédéfinies. Nous décrivons comment ces « meilleures pratiques » systémiques en matière de PCI ont été mises en œuvre en premier lieu (c'est-à-dire les soutiens, les outils, les politiques ayant permis leur adoption) et comment la conformité continue au fil du temps a été rendue possible. Dans notre analyse, les points à considérer pour le Canada s'inspirent à la fois de la littérature publiée et de nos consultations auprès d'experts.

## Question

Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ayant mis en œuvre les meilleures pratiques/normes en matière de la prévention et du contrôle des infections par la COVID-19 dans les ÉSLD :

1. Quelles sont les 3 à 5 meilleures pratiques en matière de PCI ?
2. Comment ces meilleures pratiques en matière de PCI ont-elles été mises en œuvre (c'est-à-dire quels soutiens / outils / méthodes ont été utilisés pour encourager leur adoption) ?
3. Quelles mesures ont été mises en place pour assurer la conformité aux mesures de PCI au fil du temps afin de répondre aux attentes en matière de performance (c'est-à-dire quelles mesures / systèmes / processus ont permis d'accroître l'adhésion aux meilleures pratiques/normes)?

La principale leçon à tirer des Pays-Bas et du Danemark est que nous récoltons ce que nous semons. En d'autres termes, les systèmes sont parfaitement conçus pour obtenir les résultats qu'ils obtiennent<sup>1</sup>. L'investissement dans la conception (et la refonte) des systèmes de santé, de services sociaux et de soins de longue durée est crucial, car les conséquences futures, telles que les pandémies, en dépendent inévitablement.

Au moment où la pandémie de COVID-19 s'est déclarée, les Pays-Bas et le Danemark disposaient déjà de systèmes de soins de santé et de services sociaux solides, dans lesquels les soins de longue durée (SLD) étaient bien intégrés. Leurs systèmes de soins de longue durée respectifs étaient relativement bien dotés en ressources grâce à des investissements publics de longue date, rendus possibles par des cultures qui non seulement valorisent les personnes âgées, mais ont également choisi d'investir les fonds publics dans leur bien-être. En d'autres termes, les Pays-Bas et le Danemark sont des États-providence universels dotés d'une forte capacité étatique et d'un degré élevé de confiance politique, deux facteurs systémiques et culturels qui ont permis la mise en œuvre de politiques tant avant que pendant la pandémie.

Les mesures traditionnelles de PCI telles qu'envisagées par la discipline clinique/médicale du contrôle des maladies infectieuses reposent sur les fondations solides des systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée solidement conçus et intégrés que l'on trouve aux Pays-Bas et au Danemark : on peut mentionner à ce égard un programme de PCI intégré, un ratio approprié de personnel de PCI, la surveillance, l'utilisation de pratiques de routine et de précautions supplémentaires, le retraitement établi, le nettoyage de l'environnement, le programme d'hygiène des mains, les normes d'infrastructure, un soutien microbiologique efficace pour accéder aux tests dans des délais appropriés, et un système de chauffage, ventilation et climatisation (CVC) efficace. Ainsi, les « meilleures pratiques » en matière de

PCI dans ces deux pays sont en fait des caractéristiques clés intégrées à la conception de leurs systèmes de soins de santé, de services sociaux et de soins de longue durée préexistants, plutôt que des « solutions ponctuelles » utilisées uniquement pendant la pandémie. Selon notre analyse, ces caractéristiques clés du système constituent en fait la « meilleure pratique » en matière de PCI dans ces pays.

Tout au long de ce rapport, nous décrivons les principales caractéristiques des systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée (qui sous-tendent les mesures plus traditionnelles de PCI) qui ont permis au Danemark et aux Pays-Bas d'atteindre des taux d'infection par la COVID-19 relativement faibles dans leurs établissements de SLD.

### **Résumé des « meilleures pratiques » en matière de PCI aux Pays-Bas (voir le profil du pays ci-dessous pour de plus amples informations) :**

- Confinement « intelligent » des visiteurs
- Investissement du gouvernement dans la communication publique fondée sur la science comportementale
- Système d'ÉSLD bien financé
- Personnel d'ÉSLD relativement bien rémunéré
- « Cohorte de soins infirmiers » et « cohorte d'infirmières »
- Attribution centralisée des équipements de protection individuelle (ÉPI) via un nouveau consortium national unique.

### **Résumé des « meilleures pratiques » en matière de PCI au Danemark (voir le profil du pays ci-dessous pour de plus amples informations) :**

- Attention politique et large soutien public accordés au secteur des ÉSLD
- Soins à domicile désinstitutionnalisés pour les personnes âgées
- Des « domiciles » individuels (c'est-à-dire des chambres individuelles) avec des espaces de vie semblables à ceux d'un foyer dans toutes les maisons de soins modernes
- Professionnalisation du secteur des SLD et conditions de travail décentes
- Systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée hautement intégrés
- Taux élevés de vaccination contre la COVID-19 parmi le personnel et les résidents des maisons de soins infirmiers et de revaccination (c'est-à-dire rappels et troisième dose), sans obligation de vaccination en raison d'une forte volonté commune
- Indemnités de maladie pour le personnel des SLD et les professionnels de la santé
- Adaptation locale des politiques relatives aux visiteurs

Ce rapport comporte plusieurs limites, principalement en raison des délais rapides de sa production :

- Il existe peu d'études publiées et il n'existe aucun examen des « meilleures pratiques » ou des aides à l'adoption ou des stratégies visant à favoriser l'adhésion au fil du temps.
- Nous avons recueilli des données probantes et perspectives du « monde réel » auprès d'informateurs clés sélectionnés, qui peuvent ne pas représenter tous les points de vue et expériences.

## Introduction

Cette note d'enjeux décrit 1) les « meilleures pratiques » en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) dans certains pays de l'OCDE; 2) les mesures de soutien qui permettent l'adoption des meilleures pratiques ; 3) les étapes qui favorisent la conformité continue aux meilleures pratiques au fil du temps ; et 4) les points à considérer pour le Canada.

Notre analyse nous a conduits à une définition inclusive des mesures de PCI. Nous avons pris en compte les politiques, les procédures et les pratiques du système de santé, du système social et du système de soins de longue durée qui contribuent à prévenir les infections dans les établissements de soins de longue durée (plutôt que les seules pratiques de PCI généralement prises en compte par la discipline clinique / médicale du contrôle des maladies infectieuses). Nous décrivons comment ces « meilleures pratiques » de conception de systèmes de soins intensifs de prévention des infections ont été mises en œuvre en premier lieu (c'est-à-dire les soutiens, les outils et les politiques qui ont permis leur adoption) et comment la conformité continue au fil du temps a été rendue possible.

La prévention et le contrôle continus des infections par le SRAS-CoV-2 dans les établissements de soins de longue durée ont constitué un problème redoutable tout au long de la pandémie. Ce problème a été le plus extrême lors de la première vague, au moment où la COVID-19 a fait son apparition en Ontario et au Québec au printemps 2020. La réponse du Canada dans les établissements de soins de longue durée a été qualifiée d'« inégale et moins robuste pour un système déjà caractérisé comme étant mal doté en personnel et mal financé à sa base »<sup>2</sup>. Parmi les 12 pays de l'OCDE, le Canada se distingue par le ratio de mortalité le plus élevé entre les résidents des foyers de SLD et les personnes âgées vivant dans la communauté (73,7 contre 25,5 pour la moyenne des 12 pays de l'OCDE). Les décès de résidents de foyers de SLD au Canada représentaient un pourcentage élevé de l'ensemble des décès (78,4 % contre 47,3 % pour la moyenne des 12 pays de l'OCDE), tel que mesuré en juillet 2020<sup>2</sup>. Nous avons beaucoup appris depuis le début de la pandémie : cependant, la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les foyers de SLD demeurent toujours d'actualité.

Nous nous sommes concentrés sur ce que nous avons appris sur les « meilleures pratiques » en matière de prévention et de contrôle des infections dans le cadre de l'enquête COVID-19. Cependant, nous examinons également l'état des mesures de prévention et de contrôle des infections de manière plus générale, au-delà de la COVID-19. La pandémie de COVID-19 a révélé des faiblesses dans la gestion d'un virus respiratoire, mais elle a également révélé des lacunes en matière de PCI plus généralement dans ce contexte unique où l'âge et la multi-morbidité de nombreux résidents augmentent leur vulnérabilité.

Ce qui constitue les « meilleures pratiques » dépend dans une certaine mesure des facteurs contextuels, notamment des valeurs, normes et attentes culturelles. Les « meilleures » pratiques sont optimisées pour un lieu et un moment particuliers et ne peuvent pas nécessairement être bien transférées d'une culture vers une autre<sup>3</sup>. La notion même de ce qui peut être considéré comme « meilleur » dans un pays peut ne pas être perçue de la même façon dans un autre pays. L'on peut s'inspirer de *l'intention* derrière une pratique, sans toutefois transférer la pratique elle-même d'une culture vers une autre. Cela ne signifie pas que nous ne pouvons pas apprendre des autres pays : cela veut dire plutôt qu'une fois identifiées, les « meilleures pratiques » doivent être adaptées et affinées en tenant compte de la culture et du contexte du Canada.

Il n'existe pas de définition unique au Canada, et encore moins dans le monde, de ce qui constitue un « établissement de soins de longue durée »<sup>1</sup>. Selon Santé Canada, ces établissements fournissent des

---

<sup>1</sup> Par exemple : « Au Canada, les foyers de soins de longue durée sont des établissements qui offrent un soutien fonctionnel 24 heures sur 24 aux personnes fragiles, qui ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et qui souffrent souvent de multimorbidité. Dans les provinces et territoires, ces établissements peuvent être appelés foyers

soins à des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, mais qui ont besoin d'une supervision, de soins infirmiers et de soins personnels de façon continue, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. (Communication personnelle, Santé Canada, 16 septembre 2021). Cela comprend les services de santé professionnels et d'autres services comme les repas, la lessive et l'entretien ménager<sup>5</sup>. Les ÉSLD ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé, car la Loi ne s'applique pas aux établissements qui fournissent des « services de soins intermédiaires en maison de repos ou des services de soins résidentiels pour adultes »<sup>6</sup>. Par conséquent, il n'y a pas d'uniformité au Canada dans l'appellation accordée aux établissements, et encore moins dans les pays de l'OCDE (par exemple, maison de soins infirmiers, établissement de soins personnels, établissement de soins résidentiels, résidence assistée, établissement de soins infirmiers spécialisés). Cela rend évidemment difficile l'analyse comparative. Dans le cadre de cette note d'enjeux, nous avons adopté une approche inclusive, tout en tenant compte des données disponibles portant sur nos résultats d'intérêt dans tous les établissements de soins collectifs, définis au sens large.

## Méthodes

Lors de nos discussions préliminaires avec les experts canadiens, il est apparu clairement que nous devons nous concentrer sur deux pays considérés comme étant très performants dans ce domaine parmi tous les comparateurs de l'OCDE : les Pays-Bas et le Danemark. Nous avons utilisé une approche à méthodes mixtes pour produire ce résumé intégré. Tout d'abord, nous avons mené des entretiens téléphoniques approfondis, individuels et semi-structurés avec des informateurs clés du secteur des ÉSLD, tant au Canada qu'à l'étranger. (Guide d'entretien, annexe 1 et Consultations, annexe 2). Nous avons enregistré et transcrit la plupart des entretiens, les complétant ensuite par des notes manuscrites prises pendant les entretiens. Deuxièmement, dans le cadre de notre analyse des données probantes, nous avons effectué des recherches dans plusieurs bases de données. Nos sources et notre stratégie de recherche sont décrites à l'annexe 3. Compte tenu du temps disponible, nous avons utilisé une approche hiérarchique à la recherche de données. Ainsi, nous avons donné la priorité aux synthèses de données, aux examens intégratifs/narratifs, aux lignes directrices et aux examens systématiques. Lorsque ceux-ci n'étaient pas disponibles, nous avons pris en compte certaines études uniques (qualitatives et quantitatives) que nous avons jugées crédibles. Nous avons parcouru manuellement les listes de références des sources sélectionnées. Troisièmement, nous avons utilisé Google pour effectuer des recherches dans la littérature grise (rapports, documentation politique, livres blancs et documents gouvernementaux) ; nous avons évalué ces sources de manière critique, cette évaluation se penchant également sur l'autorité et l'objectivité de leurs auteurs<sup>7</sup>.

## Limites

Ce rapport comporte plusieurs limites, principalement dues à la rapidité des délais. La plus importante limite est le fait qu'au cours des 18 mois qui se sont écoulés depuis que l'OMS a déclaré la pandémie le 11 mars 2020, et bien que l'on ait beaucoup appris sur la prise en charge intégrée des maladies infectieuses dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) spécifiques au SRAS-COV-2, relativement peu d'articles ont été publiés dans des revues à comité de lecture sur les « meilleures pratiques » en matière de prise en charge intégrée des maladies infectieuses dans les ÉSLD, sur la manière de mettre en œuvre de ces pratiques ou encore sur la manière d'assurer une adhésion continue.

---

de soins de longue durée (en Ontario, en Saskatchewan, en Colombie-Britannique et au Yukon), maisons de soins infirmiers (en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick), foyers de soins personnels (à Terre-Neuve-et-Labrador et au Manitoba), établissements de soins de longue durée (à Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Colombie-Britannique et Territoires du Nord-Ouest), établissements de soins résidentiels (en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique), foyers de soins spéciaux (au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan), établissements de soins continus (dans les Territoires du Nord-Ouest) ou centres de soins continus (au Nunavut). Au Québec, ils sont connus sous le nom de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) »<sup>4</sup>.

C'est pourquoi nous nous sommes également appuyés sur des données du « monde réel » recueillies auprès d'informateurs clés sélectionnés, qui ne représentent pas nécessairement tous les points de vue et toutes les expériences dans le pays concerné. En outre, étant donné le court délai d'exécution, il ne s'agissait pas d'une revue systématique ; par conséquent, certaines données probantes peuvent avoir été omises. Bien que plusieurs personnes de l'équipe de CanCOVID aient contribué à la sélection des études, un seul examinateur expérimenté a passé les études au crible sans vérification par un second examinateur. Parmi les procédures de validation effectuées, l'on peut noter la triangulation pour corroborer ou préciser les résultats, la recherche de preuves discordantes et la vérification des membres auprès des informateurs clés.

Malgré ces limites, nous sommes confiants dans la crédibilité des sources que nous avons consultées. À ce titre, bien que nous recommandions une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, nous estimons qu'il est raisonnable d'accorder du poids à ces derniers lors de l'élaboration de politiques en matière de PCI dans les établissements de soins de longue durée.

## Résultats

Les données probantes provenant de deux pays de l'OCDE – les Pays-Bas et le Danemark – nous éclairent sur leurs « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les ÉSLD, sur les aides à l'adoption qui ont permis la mise en œuvre de ces pratiques et sur les mécanismes en place pour favoriser l'adhésion au fil du temps. Ces pratiques sont décrites ici par pays, les points clés étant récapitulés ci-après dans le tableau 1.

## Profils des pays

### Pays-Bas

#### Description du système de soins de longue durée

Les Pays-Bas ont été le premier pays d'Europe à introduire une assurance maladie sociale obligatoire pour les ÉSLD en 1968. Guidée par la législation nationale, la couverture des ÉSLD est assurée et organisée par le gouvernement néerlandais, alors que les autorités locales et les municipalités sont responsables de la prestation des services de SLD dans les institutions, les maisons de repos, les foyers résidentiels et les communautés par le biais des soins infirmiers à domicile. Des bureaux de soins régionaux indépendants (dans 32 régions de soins) passent des contrats avec les prestataires de soins de longue durée en établissement dans leur région. Les soins sociaux sont payés et organisés par les municipalités<sup>8</sup>. Les Pays-Bas sont l'un des pays de l'OCDE qui dépensent le plus pour les soins de longue durée, soit 20 milliards d'euros en 2017<sup>9</sup> les dépenses publiques à ce titre représentant 3,7 % du PIB (2017), contre 1,3 % du PIB au Canada<sup>10</sup>. Selon les données comparatives de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mai 2020, les résidents des établissements de soins de longue durée représentaient 15 % de tous les décès déclarés liés à la COVID-19 aux Pays-Bas, contre 81 % au Canada<sup>11</sup>. Selon nos informateurs clés, la mortalité néerlandaise de 15 % pourrait être sous-déclarée en raison des tests limités dans le secteur des soins de longue durée lors de la première vague de la pandémie.

En 2015, après près de deux décennies de discussions politiques et de rapports<sup>8</sup>, des réformes des soins de longue durée – une refonte majeure – ont été mises en œuvre afin de réduire les dépenses et de promouvoir/soutenir un meilleur « vieillissement sur place »<sup>12</sup>. Par le biais de trois actes législatifs clés, les soins de longue durée ont été radicalement réorientés.

Le principe de base de cette réforme décentralisatrice est de fournir des soins au niveau « local autant que possible ; régional si nécessaire »<sup>13</sup>. Premièrement, le lieu des soins a été modifié de telle sorte que davantage de soins sont désormais dispensés à domicile (de préférence par des soignants « informels ») et moins en institution. Deuxièmement, les soins ont été décentralisés, les municipalités assumant à leur tour la responsabilité des soins sociaux (initialement avec un budget réduit, en partant du principe que les

soins organisés localement seraient plus efficaces). Cette réforme n'a pas été sans susciter des controverses au départ, étant donné les économies substantielles attendues. L'insatisfaction et les préoccupations soulevées au départ quant à la qualité des soins ont entraîné de nouveaux investissements dans les soins de longue durée<sup>14</sup>. Troisièmement, les assureurs en matière de santé ont repris la responsabilité de la contractualisation des soins infirmiers communautaires, les infirmières de district jouant un rôle clé dans l'intégration des différents aspects des soins et de l'assistance. Les frontières entre les trois régimes ne sont pas toujours très nettes, ce qui a entraîné des problèmes de coordination et des possibilités de transfert de coûts d'un régime à l'autre<sup>15</sup>.

La législation nationale sous-tend l'écosystème néerlandais des soins de longue durée par le biais de ces trois lois :

1. Loi sur les soins de longue durée
  - Également connue sous le nom de Wlz, cette loi nationale couvre les personnes les plus vulnérables qui nécessitent des soins supervisés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans des établissements de soins de longue durée ou à domicile. Ces services sont financés à la fois par une assurance maladie obligatoire pour les soins de longue durée, avec un prélèvement de 9,65 % sur tous les contribuables jusqu'à un montant maximum par an, et par des tickets modérateurs basés sur les revenus / moyens financiers de chacun<sup>13</sup>. Les normes sont fixées au niveau national.
2. Loi sur le soutien social
  - Également connue sous le nom de Wmo, cette loi est conçue pour les personnes qui ont besoin d'une certaine aide – comme des services de repas et de transport, un financement pour adapter les domiciles, des soins de jour communautaires – mais qui n'ont pas besoin de ou ne sont pas admissibles à des soins relevant de la Loi sur les soins de longue durée ; ces services sont financés par des taxes et des copaiements fondés sur les revenus / les moyens financiers de chacun.
3. Loi sur l'assurance maladie
  - Promulguée en 2006, cette loi couvre les soins de santé directs, les activités de la vie quotidienne et les soins personnels par le biais de polices d'assurance maladie obligatoires proposées par 23 coopératives privées à but non lucratif concurrentes (« concurrence dirigée ») et est financée par les charges sociales, les impôts généraux, les primes communautaires et les tickets modérateurs.
  - Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, un tiers d'entre elles font appel aux services de la Loi sur les soins de longue durée et un tiers ceux de la Loi sur le soutien sociale. Dans le cadre de ces trois lois, les personnes ont la possibilité de recevoir des soins « en nature » ou elles peuvent (avec autorisation) opter pour un budget personnel afin d'organiser leurs propres soins / soutien<sup>16</sup>. En 2016, environ 14 200 détenteurs de budget personnel ont reçu chacun environ 20 000 € par an <sup>9</sup> (30 000 \$ CAN au taux de change de septembre 2021).

Depuis 2015, des efforts ont été déployés pour réduire le nombre de personnes vivant dans ce que les Néerlandais appellent des « maisons de soins », idéalement au cours de la dernière ou des deux dernières années de vie, afin d'investir plutôt dans les soins infirmiers communautaires et d'autres services gériatriques en vue de permettre aux personnes de vivre chez elles plus longtemps. La pression accrue exercée pendant la pandémie sur les aidants non rémunérés, tels que la famille et les amis, a suscité des questions sur l'opportunité d'une option intermédiaire entre la vie à domicile et l'hébergement dans un établissement de soins de longue durée.

Pendant la pandémie, le secteur des maisons de soins a suivi les directives annoncées par l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM). Le RIVM a réuni une équipe nationale de gestion des épidémies qui conseille le Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (VWS). Le gouvernement néerlandais décide en dernier ressort des mesures à mettre en œuvre, chaque province et région exécutant ces mesures sous la supervision de l'autorité sanitaire régionale<sup>17</sup>.

## Les Pays-Bas : Meilleures pratiques en matière de PCI dans les ÉSLD

- (1) Confinement « intelligent » des visiteurs
  - a. Au cours de la première vague de la pandémie, le gouvernement national a annoncé des mesures nationales visant à prévenir la propagation du SRAS-CoV-2, notamment l'interdiction des visites familiales dans les établissements de soins de longue durée<sup>17</sup>. Lors de la « panique » initiale, les politiques visant ostensiblement la sécurité et la préservation de la vie ont pris le dessus. Le gouvernement néerlandais a ensuite testé divers projets pilotes, ouvrant prudemment les maisons de soins à un visiteur par jour ; cela n'a pas entraîné de nouvelles infections<sup>18</sup>.
  - b. Lors de la deuxième vague, qui a débuté en juin 2020, et dans une « démonstration de responsabilité démocratique »<sup>19</sup>, le gouvernement néerlandais a répondu à la pression intense exercée par les résidents, les proches et le personnel pour que les maisons de soins restent ouvertes aux visiteurs et que les maisons de soins locales décident de leurs propres règles de visite. En effet, un engagement a été pris de ne plus jamais imposer une interdiction nationale des visites dans les maisons de soins infirmiers, inscrit légalement par le biais de la Loi sur les mesures temporaires en matière de COVID-19 adoptée en octobre 2020.
  - c. Une inspection centralisée des soins de santé surveille la façon dont les maisons de soins infirmiers exercent leur liberté pour s'assurer que les politiques de visite ne sont ni trop indulgentes ni trop strictes. Cette approche est conforme à la valeur néerlandaise profondément ancrée du bien-être et de la qualité de vie (par rapport à la seule longévité), valeur mettant l'accent sur le point de vue de l'individu concerné, et comprenant ainsi l'autonomie, les relations privilégiées avec d'autres personnes et le sens accordé à la vie<sup>20</sup>. Elle est également conforme à la valeur néerlandaise de la recherche du consensus dans la prise de décisions. Bien que cela ait pu (ou non) compromettre le PCI, la tension entre la limitation de la transmission du SRAS-CoV-2 et le respect des souhaits des résidents des foyers de soins de longue durée et de leurs familles en matière de qualité de vie a conduit à l'adoption de politiques de visite plus souples et adaptées, autorisant les visiteurs en nombre limité, avec traçage des contacts si nécessaire.
- (2) Investissement dans les communications fondées sur la science comportementale
  - a. Reconnaissant que presque toutes les politiques sont liées à des changements de comportement, le gouvernement néerlandais a créé une équipe en matière de COVID-19 chargée de comprendre le comportement dans son contexte et de concevoir des communications et des politiques ancrées dans la science du comportement<sup>21</sup>. Cette démarche allait dans le sens de la reconnaissance par l'OMS du rôle important de la science comportementale dans la lutte contre les pandémies.
- (3) Un système d'ÉSLD bien financé
  - a. Les Pays-Bas sont l'un des pays qui dépensent le plus en matière d'ÉSLD, 27 % des dépenses totales en santé étant consacrées aux soins de longue durée, ce qui représente plus que deux fois la moyenne de l'UE<sup>12</sup>. Les maisons de soins sont principalement des établissements à but non lucratif (88 %), alors les établissements à but lucratif (12 %) y jouent un rôle mineur. L'existence d'un système d'ÉSLD solide a permis de mettre en place de bonnes pratiques en matière de PCI.
- (4) Un personnel bien rémunéré dans les ÉSLD
  - a. Le personnel soignant des établissements de soins de longue durée néerlandais est bien rémunéré. En effet, cette pratique prédate la pandémie<sup>22</sup>; L'emploi dans les établissements de soins de longue durée est apprécié. Récemment, le Parlement néerlandais a débattu avec acharnement de l'opportunité de rémunérer davantage le personnel soignant. Le 22 septembre 2021, le gouvernement néerlandais a engagé 675 millions d'euros supplémentaires (près de 1 milliard de dollars canadiens) pour augmenter de 1,5 % les salaires du personnel de santé<sup>23</sup>.
  - b. Pour faire face aux pénuries de personnel qui existaient avant la pandémie, mais qui ont été exacerbées par celle-ci, les établissements ont fait appel à des étudiants, des stagiaires, des retraités et des infirmières militaires. Lorsque certains services de soins personnels ont été



- annulés (par exemple, coiffure, manucure, physiothérapie), ces employés ont été affectés à d'autres tâches afin de fournir des soins aux patients à la place.
- c. Une vaste plate-forme informatique, appelée « Extra Hands for Healthcare » (Des mains supplémentaires pour les soins de santé), a été lancée pour mettre en relation le personnel de santé et les prestataires qui en ont besoin<sup>24</sup>.
- (5) « Cohorte de soins infirmiers » et « cohorte d'infirmières »
- a. La « cohorte de soins infirmiers » (c'est-à-dire les résidents regroupés et isolés ensemble) a été utilisée à la fois lorsque les patients étaient infectés, mais aussi à titre préventif si aucun résident n'était infecté, mais que le risque d'infection était élevé en raison, par exemple, de taux d'infection élevés dans la région.
- i. L'isolement des résidents infectés par le SRAS-CoV-2 dans des chambres individuelles n'était pas idéal. L'on a parfois eu recours à cet isolement pendant les premiers mois de la pandémie, mais il était difficile pour certains résidents d'y adhérer, en particulier ceux atteints de démence et nécessitant des soins psychogériatriques, qui erraient ou ne pouvaient pas être amenés à rester dans leur chambre ou à maintenir la distanciation physique. Au lieu d'isoler les résidents dans des chambres individuelles, la « cohorte des soins infirmiers » semblait être une meilleure option.
- b. La cohorte d'infirmières (c'est-à-dire des infirmières désignées pour travailler avec des résidents infectés) a également été utilisée lorsque cela était possible en raison du manque de personnel.
- c. Les résidents des maisons de soins vivent (le plus souvent) dans des chambres individuelles au sein de services. Si la structure de l'édifice le permettait, les salles étaient divisées en unités aussi petites que possible (certaines ne comptant que trois résidents par unité) afin de permettre des soins infirmiers en cohorte. Cela a eu pour effet de soutenir la prévention et le contrôle des infections tout en permettant aux résidents de se rassembler pour des activités au sein des unités.
- d. Les établissements de soins de longue durée ont collaboré au niveau régional en transportant les patients infectés vers des unités, des centres ou des maisons désignés dans la lutte contre la COVID-19.
- (6) Attribution centralisée des équipements de protection individuelle (ÉPI) via un nouveau consortium national unique
- a. Suite à une pénurie d'ÉPI au début de la pandémie, le gouvernement néerlandais a lancé un nouveau mécanisme d'attribution centralisée d'ÉPI afin d'en améliorer la distribution non seulement dans les hôpitaux, mais dans les établissements de soins de longue durée également.

## **Les Pays-Bas : Stratégies visant à soutenir l'adoption des « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les établissements de soins de longue durée**

- (1) Collaboration préexistante entre les établissements de soins de longue durée
- a. Les ÉSLD ont travaillé ensemble par le biais de réseaux régionaux préexistants qui ont organisé des réunions sur la collaboration régionale ou partagé des rapports pour apprendre les uns des autres. Il y a également eu une collaboration avec GGD-GHOR Nederland, l'association représentant les services régionaux de santé publique (GGD) et la préparation et la planification régionales des urgences médicales (GHOR).
- (2) Équipes d'intervention contre les épidémies dans les ÉSLD
- a. Lors de la première vague, les équipes d'intervention en PCI préexistantes dans chaque organisme de soins de longue durée (chaque organisme possédant plusieurs maisons de soins infirmiers) sont devenues des équipes d'intervention spécialisées dans la lutte contre la COVID-19.
- (3) Une combinaison de pouvoir réglementaire strict exercé par le gouvernement et de pouvoirs discrétionnaires accordés aux professionnels des soins de longue durée pour prendre certaines décisions

- a. Le gouvernement néerlandais a permis l'adoption de PCI en imposant parfois des mesures réglementaires strictes et en autorisant parfois les professionnels spécialisés dans les soins de longue durée à adapter les règles et normes traditionnelles aux contextes locaux.

### **Les Pays-Bas : Stratégies visant à favoriser l'adhésion permanente aux « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les ÉSLD**

- (1) Élaboration et mise en œuvre de lignes directrices et de protocoles de « meilleures pratiques » pour soutenir la prévention et le contrôle des infections
  - a. Par exemple, Verenso, l'Association néerlandaise des médecins de soins aux personnes âgées, a élaboré et met régulièrement à jour des directives, qui sont diffusées et mises en œuvre dans la plupart des maisons de soins par l'équipe de crise interne<sup>17</sup>.
- (2) À l'avenir, l'adhésion à la prévention et au contrôle des infections pourrait être rendue possible en repensant la conception architecturale des établissements de soins de longue durée. Les futurs établissements/résidences de SLD, conçus conjointement avec les personnes âgées, les familles et les soignants, intégreront les meilleures pratiques en matière de PCI, ce qui peut être facilité, par exemple, par la construction d'édifices plus petits et des sous-unités à l'intérieur des édifices, chacun disposant de sa propre entrée afin de faciliter la segmentation pendant une pandémie, et par des améliorations de la ventilation<sup>25</sup>.

## **Danemark**

### **Description du système de soins de longue durée**

Les soins de longue durée font partie intégrante du système de soins de santé danois, conformément au principe d'universalité du modèle nordique de service public. Le système danois de soins de longue durée se caractérise par un niveau élevé de décentralisation, rendu possible par la législation. En effet, la législation nationale fixe un cadre général et des normes pour la prestation de services, alors que 98 municipalités au sein de cinq régions administratives sont responsables des politiques de soins de longue durée, y compris de l'établissement des critères d'éligibilité/de droit et de la prestation/réglementation de la prestation de services<sup>26</sup>. Ainsi, bien que décentralisés, les soins sont également très intégratifs. Les soins sont principalement gratuits au point de service et financés par la fiscalité générale. Au Danemark, les dépenses publiques consacrées aux SLD représentaient 2,5 % du PIB, dépassées seulement par les Pays-Bas (3,7 % en 2015) et la Suède (3,2 %) <sup>10</sup>. En comparaison, en 2017, le Canada a consacré 1,3 % de son PIB aux SLD financés par l'État<sup>10</sup>. Les résidents des foyers de soins au Danemark représentaient un tiers des décès liés à la COVID-19 (au 24 avril 2020)<sup>27</sup>.

Au cours des années 1970, le Danemark a été l'un des premiers pays européens à désinstitutionnaliser les soins de longue durée et à les remplacer par des solutions communautaires<sup>28</sup>. Ainsi, plus des deux tiers des personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée bénéficient d'un soutien à domicile, par exemple pour les activités de la vie quotidienne, et d'une revalidation <sup>29</sup> (soins réparateurs) centrée sur la personne et permettant à cette dernière de maintenir ou de retrouver les compétences nécessaires pour continuer à vivre de manière indépendante<sup>26</sup>. La perspective danoise qui sous-tend cette revalidation consiste à « ajouter de la vie aux années restantes, et non des années à la vie qui reste »<sup>30</sup>. Parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, environ 11 % reçoivent des soins à domicile<sup>27</sup>. La politique danoise en matière de soins à domicile est la plus généreuse des pays nordiques, si l'on considère la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans qui reçoivent des soins à domicile par rapport aux soins en maison de retraite. L'accès est facilité par l'absence de partage des coûts ou de condition de ressources au point de service pour les soins à domicile, et par des frais mensuels raisonnables pour le logement et la nourriture dans les maisons de soins infirmiers. Environ un tiers des prestataires de soins à domicile sont à but lucratif, mais les soins à domicile et les visites préventives à domicile restent gratuits au point de service.

La législation adoptée en 1987 a interdit la construction de nouveaux établissements de soins résidentiels traditionnels, dotés de plusieurs lits dans chaque chambre et ressemblant à des salles d'hôpital, pour les remplacer par des maisons de soins modernes garantissant aux résidents des espaces de vie individuels et des installations communes pour les repas et la socialisation. La législation adoptée en 2003 a marqué la création d'un secteur privé, bien que les soins infirmiers privés à but lucratif restent marginaux, en partie en raison d'une série de faillites après 2013, lorsqu'une nouvelle loi a visé à accroître la concurrence réelle entre les fournisseurs.<sup>26</sup> La plupart des établissements de soins infirmiers sont sous la propriété privée à but non lucratif. Le Danemark compte aujourd'hui 932 maisons de soins infirmiers, qui accueillent 3,6 % de la population âgée de 65 ans et plus, soit environ 42 000 personnes<sup>27</sup>. Les personnes ne sont généralement placées en soins de longue durée que lorsqu'elles ont besoin de plus de 20 heures de soins par jour<sup>31</sup>. Chaque maison de soins infirmiers dispose de son propre médecin généraliste spécialisé en gériatrie. En outre, il y a un travailleur social pour 2,5 résidents pendant la journée. Bien que le temps d'attente pour accéder les soins résidentiels ne doit pas dépasser deux mois, il existe quelques variations locales<sup>32</sup>.

### **Danemark : Meilleures pratiques en matière de PCI dans les ÉSLD**

- (1) L'attention politique accordée à la protection des plus vulnérables est favorisée par un large soutien public au secteur des SLD
  - a. Les SLD figurent parmi les services publics les plus importants et les plus populaires, au même rang que les écoles et les garderies. Le large soutien du public au secteur des SLD permet aux responsables politiques d'investir dans ce secteur.
- (2) Soins à domicile désinstitutionnalisés pour les personnes âgées, y compris les personnes fragiles
  - a. Les Danois sont moins nombreux que les Canadiens à vivre dans des ÉSLD, ce qui constitue en soi une « meilleure pratique ». Le PCI dans les soins à domicile était donc comparativement plus facile à mettre en œuvre.
- (3) Des « domiciles » individuels comportant des espaces de vie semblables à ceux d'un foyer dans toutes les maisons de soins modernes
  - a. La plupart des maisons de soins sont des établissements publics où l'on trouve une personne par chambre et une toilette par chambre, généralement reliées à des espaces communs partagés. Cette caractéristique a permis de contrôler et de prévenir les infections dans les ÉSLD.
- (4) Professionnalisation de la main-d'œuvre des SLD et conditions de travail décentes
  - a. Le personnel des SLD est formellement employé et bien formé, 80 % du personnel ayant reçu une formation officielle en matière de soins<sup>33</sup>.
- (5) Des systèmes sociaux et de soins de santé hautement intégrés
  - a. La forte intégration entre ces systèmes a permis la communication et l'apprentissage entre les secteurs de la santé et des soins sociaux. Cette communication a soutenu les efforts d'intégration de PCI dans les soins de longue durée.
- (6) Taux élevés de vaccination contre la COVID-19 chez le personnel et les résidents des maisons de soins, et de revaccination (c'est-à-dire des « rappels » / « troisième dose ») pour les résidents des maisons de soins
  - a. Le Danemark affiche une volonté de vaccination élevée sans obligation de vaccination, par rapport à sept autres pays (Suède, Royaume-Uni, États-Unis, Italie, France, Allemagne et Hongrie). 85 % des personnes âgées de plus de 12 ans ont reçu une dose ou plus ; 96 % des personnes âgées de plus de 50 ans sont complètement vaccinées<sup>34</sup>. Des injections de rappel en temps opportun pour les résidents vulnérables contribueront à réduire les nouvelles infections et la transmission ultérieure.
- (7) Congé de maladie rémunéré
  - a. Les employeurs sont remboursés pour toute indemnité de maladie qu'ils ont dû verser à des employés diagnostiqués de COVID-19, soupçonnés d'être atteints de la COVID-19, ou mis en quarantaine à cause de la COVID-19<sup>35</sup>.

- (8) Adaptation locale des politiques relatives aux visiteurs
  - a. Une interdiction formelle des visiteurs, introduite le 6 avril 2020 par le Conseil de la sécurité des patients<sup>27</sup>, a ensuite été abandonnée après la première vague lorsqu'il a été établi que « les clients et leurs proches ont subi des effets secondaires négatifs majeurs ». Les visites sont désormais possibles partout, avec des « variations dans l'exécution » déterminées au niveau local<sup>36</sup>.

### **Danemark : Stratégies visant à soutenir l'adoption des « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les ÉSLD**

- (1) Reconnaissance précoce de la menace par le gouvernement
  - a. Un sentiment d'urgence et une réaction rapide ont permis l'adoption de PCI et la gestion du changement.
- (2) Élaboration précoce de directives en matière de PCI
  - a. Des directives strictes en matière de PCI ont été produites par les autorités danoises cinq jours seulement après celles publiées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)<sup>37</sup>. Ces directives permettent de réduire rapidement les taux de contact avec la population, réduisant ainsi la propagation communautaire (par exemple, fermeture des frontières, restrictions locales). Les lignes directrices danoises pour le dépistage des résidents et du personnel des établissements de soins de longue durée ont été publiées un mois avant celles de l'ECDC. Bien que ces directives ne se mettent pas en œuvre d'elles-mêmes, le sentiment d'urgence communiqué par le gouvernement en a favorisé l'adoption.
- (3) La conception des édifices / infrastructures a joué un rôle clé dans l'adoption des « meilleures pratiques » dans la prévention et le contrôle des infections
  - a. Fort d'une tradition d'inclusion sociale et d'un design contemporain innovant, le Danemark fait figure de pionnier au niveau international en matière de conception architecturale pour les adultes plus âgés<sup>38</sup>. Il est courant que les maisons de soins comptent une personne par chambre. Pendant la pandémie, afin de favoriser leur bien-être, les résidents ont été réorganisés en petits groupes « familiaux ».
- (4) Investissements publics nouveaux et de longue date dans les SLD
  - a. Les investissements de longue date dans les soins à domicile et les services communautaires ont permis de réduire le nombre de personnes à risque dans les établissements de soins collectifs. Les nouveaux investissements consentis aux autorités locales pendant la pandémie leur ont permis de mettre en œuvre ou de contrôler les mesures de PCI.
- (5) Forte valeur culturelle chez les Danois et le gouvernement du Danemark pour préserver l'autonomie et le contrôle des adultes plus âgés
  - a. Cette valeur culturelle favorise l'adoption des meilleures pratiques en matière de PCI, en encourageant le gouvernement à investir dans les pratiques de SLD qui préviennent intrinsèquement les infections, notamment les soins à domicile qui réduisent la vie en communauté et l'occupation de chambres individuelles dans les maisons de soins.

### **Danemark : Stratégies visant à permettre l'adhésion permanente aux « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les ÉSLD**

- (1) Mise à jour continue des directives en matière de PCI en fonction de l'évolution des données probantes et de la structure/du plan de communication
  - a. L'adhésion aux « meilleures pratiques » est rendue possible par la mise à jour continue des directives alors qu'un plan de communication permet de s'assurer que les changements sont mis en œuvre.
- (2) Degré élevé de coordination verticale et d'engagement dans l'ensemble des SLD
  - a. Bien que décentralisés, les soins sont également très intégrés dans l'ensemble du secteur des SLD. Cela permet la collaboration plutôt que la concurrence, favorisant ainsi l'adhésion continue aux « meilleures pratiques ».

- (3) Degré élevé de coordination horizontale entre les SLD, la santé et l'aide sociale
- a. La coordination et l'intégration entre les secteurs des SLD, de la santé et des services sociaux, ainsi que des structures de communication claires avec les municipalités, permettent une bonne communication, qui a son tour favorise l'adhésion.
  - b. Confiance relativement élevée et stable dans les institutions publiques et dans la gestion de la pandémie par les autorités<sup>39-41</sup>.
  - c. Le Danemark est culturellement un pays où le niveau de confiance dans les institutions publiques est élevé. La plupart des Danois « ont simplement suivi les conseils des autorités et n'ont pas présumé faire eux-mêmes la police »<sup>34</sup>. La confiance a été protégée et maintenue par une « transparence radicale » dans les communications officielles, notamment en ce qui concerne les vaccins. Le cynisme politique est le facteur prédictif le plus fort du scepticisme à l'égard des vaccins, c'est-à-dire « la croyance que les élites politiques sont corrompues et incompetentes, et la pensée complotiste ». Bien que la transparence en soi ne puisse pas réduire le scepticisme immédiat à l'égard des vaccins, elle est néanmoins d'une importance capitale pour maintenir la confiance à long terme et à éviter la propagation des croyances complotistes<sup>42</sup>. Une conformité élevée a permis de réduire les restrictions, de sorte que l'opposition n'a pas été alimentée. Au contraire, des outils tels que les tests de masse et les passeports vaccinaux sont considérés « non pas comme des outils de contrôle, mais comme des outils permettant de se protéger mutuellement et de revenir à la normale »<sup>43</sup>.

**Tableau 1. « Meilleures pratiques » en matière de PCI dans les établissements de soins de longue durée, mesures de soutien à l'adoption et stratégies d'adhésion**

Pays	« Meilleures pratiques » en matière de PCI dans les ÉSLD	Stratégies de soutien à l'adoption des « meilleures pratiques »	Stratégies permettant l'adhésion continue aux « meilleures pratiques »
<b>Pays-Bas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confinement « intelligent » des visiteurs</li> <li>• Investissement dans la communication fondée sur la science du comportement</li> <li>• Système de SLD bien financé</li> <li>• Personnel de SLD bien rémunéré</li> <li>• « Cohorte de soins infirmiers » et « cohorte d'infirmières »</li> <li>• Attribution centralisée d'ÉPI via un nouveau consortium national unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration préexistante entre les établissements de soins de longue durée</li> <li>• Équipes d'intervention en cas d'éclosion dans les ÉSLD</li> <li>• Pouvoir réglementaire strict du gouvernement et pouvoir discrétionnaire accordé aux professionnels des soins de longue durée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration et mise en œuvre de directives et de protocoles de « meilleures pratiques » pour soutenir le PCI</li> <li>• L'adhésion future pourrait être favorisée en repensant la conception des établissements de soins de longue durée</li> </ul>
<b>Danemark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attention politique et large soutien public au secteur des SLD</li> <li>• Soins à domicile désinstitutionnalisés pour les personnes âgées</li> <li>• Des « domiciles » individuels (c'est-à-dire des chambres individuelles) avec des espaces semblables à ceux d'un foyer dans toutes les maisons de soins modernes</li> <li>• Professionnalisation du personnel des SLD et conditions de travail décentes</li> <li>• Systèmes sociaux et de soins de santé hautement intégrés</li> <li>• Taux de vaccination élevés pour le personnel et les résidents des maisons de soins infirmiers et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissance nationale précoce de la menace posée par la COVID-19</li> <li>• Élaboration précoce de directives PCI spécifiques à la COVID-19</li> <li>• La conception d'édifices / infrastructures est la clé de l'adoption</li> <li>• Investissement gouvernemental nouveau et de longue date dans les SLD</li> <li>• Valeur culturelle forte de préservation de l'autonomie et du contrôle individuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour continue des directives PCI relatives à la COVID-19 en fonction de l'évolution des données et des structures/plans de communication fondés sur la science du comportement</li> <li>• Degré élevé de coordination verticale et d'engagement dans l'ensemble du secteur des SLD</li> <li>• Degré élevé de coordination horizontale entre le secteur des SLD, les soins de santé et les services sociaux</li> <li>• Confiance relativement élevée et stable dans les institutions publiques</li> </ul>

---

revaccination / « rappels » pour les résidents de ces maisons (sans mandat en raison de la forte volonté)

- Indemnités de maladie pour le personnel des SLD et les professionnels de la santé
  - Adaptation locale des politiques relatives aux visiteurs
-

## Discussion

Les « meilleures pratiques » typiques en matière de PCI sont celles traditionnellement utilisées par la discipline clinique/médicale du contrôle des maladies infectieuses – à savoir un programme de PCI intégré, un ratio approprié de personnel de PCI, la surveillance, l'utilisation de pratiques de routine et de précautions supplémentaires, le retraitement établi, le nettoyage environnemental, un programme d'hygiène des mains, des normes d'infrastructure, un soutien microbiologique efficace pour accéder aux tests dans des délais appropriés, et des systèmes CVC efficaces.

Cependant, comme nous l'avons appris des exemples des Pays-Bas et du Danemark, d'autres « meilleures pratiques » en matière de PCI se trouvent dans la conception même de leurs systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée, qui sous-tendent ces approches plus traditionnelles de PCI.

La conception des systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée néerlandais et danois est ancrée dans les caractéristiques propres à chaque pays, comme la culture, les valeurs, la politique, l'économie et l'histoire. Lorsque la pandémie de COVID-19 s'est déclarée, les gouvernements néerlandais et danois bénéficiaient déjà d'un large soutien public et donc d'une attention politique envers le secteur des SLD. Ces pays disposaient déjà de systèmes de santé, sociaux et de soins de longue durée robustes et intégrés qui, de par la nature même de leur conception, contribuaient à prévenir et à contrôler les infections. La majorité des personnes âgées qui « vieillissent chez elles » bénéficient de solides systèmes de soins à domicile et de proximité, grâce à des investissements publics considérables, plutôt que de soins en institution. Les services de réadaptation (ou soins réparateurs, comme on les appelle au Danemark) aident les personnes âgées à retrouver et à conserver leur capacité à fonctionner de manière indépendante. Lorsque la pandémie s'est déclarée, ces caractéristiques clés des systèmes néerlandais et danois ont fait en sorte que moins d'adultes à risque ont été placés dans des centres de soins collectifs 24 heures sur 24 qu'au Canada. Pour les personnes nécessitant des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à l'extérieur de leur domicile, il existait déjà des « maisons de soins infirmiers » modernes qui, de par leur conception, ont contribué à réduire la propagation du SRAS-Cov2<sup>44</sup>. Dans ces établissements de soins de longue durée, la forme suit la fonction : les caractéristiques de conception des édifices, telles des structures plus petites ressemblant à des maisons, avec des chambres individuelles, favorisent la prévention et le contrôle des infections. Les Pays-Bas et le Danemark avaient déjà mis en place une main-d'œuvre professionnelle de soignants qualifiés et relativement bien rémunérés dans le secteur des SLD, afin de soutenir à la fois les personnes vieillissant sur place et celles vivant dans des maisons de soins. Les indemnités de maladie figuraient déjà dans le droit du travail. Les politiques néerlandaises relatives aux visiteurs sont devenues plus « intelligentes » en réponse à l'intense pression publique exercée après la première vague. Les Danois ont également adapté leurs politiques relatives aux visiteurs après avoir constaté les effets secondaires négatifs majeurs d'une interdiction formelle des visiteurs. Les connaissances issues de la science comportementale appliquée ont permis d'élaborer une réponse holistique aux communications et aux messages gouvernementaux sur la COVID-19, en étroite collaboration avec les autorités sanitaires néerlandaises et danoises<sup>45,46</sup>.

En termes de « soutien à l'adoption », la pandémie elle-même a été, en un sens, le principal « soutien à l'adoption » pour faire progresser les initiatives PCI dans les établissements de soins de longue durée. Rien n'incite plus au changement de comportement qu'un sentiment d'urgence. En outre, les Pays-Bas se sont appuyés sur la collaboration intersectorielle préexistante – entre les soins de santé, les services sociaux et les soins de longue durée – et ont accordé un pouvoir discrétionnaire considérable aux professionnels des soins de longue durée pour qu'ils agissent dans l'intérêt des personnes dont ils s'occupent. Le Danemark a rapidement reconnu la menace posée par la COVID-19, permettant ainsi l'adoption de stratégies visant à réduire les effets néfastes de la pandémie. Les Danois ont produit (et ont mis continuellement à jour) des directives PCI et ont investi davantage dans les SLD pour soutenir leur valeur culturelle de préservation de l'autonomie et du contrôle. Un degré relativement élevé et stable de confiance du public dans le gouvernement a permis l'adoption de « meilleures pratiques » au Danemark.



## Conclusion

Quelles sont les leçons à en tirer pour le Canada ?

Il ne faut pas sous-estimer l'utilité de la politique publique elle-même pour susciter un changement de comportement humain : s'attendre à ce que les gens fassent ce qui est le mieux pour eux en se basant sur des preuves scientifiques fonctionne pour certains, tout comme la cajolerie ou un « bon vieil » ensemble de règles, mais peu de choses sont aussi efficaces que l'introduction de directives politiques claires. Aux Pays-Bas et au Danemark, la prévention et le contrôle de l'infection par la COVID-19 sont inhérents aux politiques qui sous-tendent leurs systèmes respectifs de santé, de services sociaux et de soins de longue durée.

Comme pour toute conception de système, nous ne pouvons pas nous contenter d'extraire certaines caractéristiques ou politiques d'autres systèmes de santé, sociaux, et de soins de longue durée et espérer obtenir les mêmes résultats. Cela ne peut conduire qu'à une approche de la conception du système de santé du genre « Monsieur Patate », mettant l'oreille là où le nez est censé être. Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas apprendre des autres pays : cela signifie plutôt que si le Canada s'attend à obtenir les mêmes résultats que les Pays-Bas et le Danemark, nos « meilleures pratiques » doivent être adaptées et affinées pour ressembler davantage aux leurs. Les « meilleures pratiques » pour prévenir et contrôler les infections par la COVID-19 dans les ÉSLD sont basées sur une approche holistique et systémique envers la santé, du bien-être et de l'autonomie des personnes âgées, comme le montrent clairement les cas des Pays-Bas et du Danemark. Si le Canada s'attend à des résultats semblables à ceux obtenus dans ces deux autres pays, nous devons davantage aligner ce nos actions sur ce qu'ils font en vue d'améliorer la probabilité d'obtenir des résultats similaires pour les Canadiens plus âgés.

## Références

1. Institute for Healthcare Improvement. Like Magic? (“Every system is perfectly designed...”)  
[Internet]. IHI Improvement Blog. 2015. Disponible à : <http://www.ihi.org/communities/blogs/origin-of-every-system-is-perfectly-designed-quote>
2. Sepulveda ER, Stall NM, Sinha SK. A Comparison of COVID-19 Mortality Rates Among Long-Term Care Residents in 12 OECD Countries. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Nov;21(11):1572-1574.e3. Disponible à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152586102030791X>
3. Hinds P. Research: Why Best Practices Don't Translate Across Cultures. *Harvard Business Review* [Internet]. 2016 Jun 27. Disponible à : <https://hbr.org/2016/06/research-why-best-practices-dont-translate-across-cultures>
4. Hsu AT, Lane N. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes — ongoing challenges and policy response [Internet]. 2020 Apr. Disponible à : <https://ltccovid.org/2020/04/15/impact-of-covid-19-on-residents-of-canadas-long-term-care-homes-ongoing-challenges-and-policy-response/>
5. Government of Canada. Long-term facilities-based care [Internet]. Government of Canada. 2004. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/long-term-facilities-based-care.html>
6. Government of Canada. Canada Health Act [Internet]. 1985. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>

7. Simon Fraser University. Finding and evaluating resources [Internet]. Simon Fraser University Library. 2021. Disponible à: <https://www.lib.sfu.ca/help/research-assistance/finding-evaluating-resources#evaluating-sources>
8. Maarse JAM (Hans), Jeurissen PP (Patrick). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*. 2016 Mar 1;120(3):241–5.
9. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles: Netherlands [Internet]. 2020 Jun. Disponible à: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
10. Drummond D, Sinclair D, Bergen R. Ageing Well [Internet]. 2020 Sep. Disponible à: <https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2021/01/Aging-Well-Queens-Policy-Studies-Final-Report-Master-07.09.2020.pdf>
11. Canadian Institute for Health Information. Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare With Other Countries? Canadian Institute for Health Information; 2020 Jun p. 9.
12. Kruse F, Inger Abma, Patrick Jeurissen. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands [Internet]. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020 May. (LTCcovid Country Reports). Disponible à: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>
13. Kroneman M, Boerma W, Berg M van den, Groenewegen P, Jong J de, Ginneken E van. The Netherlands: health systems review [Internet]. 2016 p. 1–239. (Health Systems in Transition). Disponible à: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314404/HIT\\_Netherlands.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf)
14. Rijksoverheid.nl. Investing in healthcare and controlled growth in healthcare expenditure [Internet]. Rijksoverheid. 2018. Disponible à: [https://www-rijks-overheid-nl.translate.google/actueel/nieuws/2018/09/18/investeren-in-zorg-en-beheerste-groei-zorguitgaven?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=en&\\_x\\_tr\\_hl=en-GB&\\_x\\_tr\\_pto=nu](https://www-rijks-overheid-nl.translate.google/actueel/nieuws/2018/09/18/investeren-in-zorg-en-beheerste-groei-zorguitgaven?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en-GB&_x_tr_pto=nu)
15. Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy* [Internet]. 2019 Mar 1;123(3):312–6. Disponible à: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305980>
16. Rijksoverheid. Where do I apply for a personal budget (PGB)? [Internet]. Rijksoverheid. Disponible à: <https://translate.google.com/translate?sl=auto&tl=en&u=https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb/vraag-en-antwoord/pgb-aanvragen>
17. Schols JMGA, Poot EP, Nieuwenhuizen NM, Achterberg WP. Dealing with covid-19 in dutch nursing homes. *Journal of Nursing Home Research* [Internet]. 2020 Mar 1; Jour Nursing Home Res 20206:30–4. Disponible à: <https://www.jnursinghomeresearch.com/all-issues.html>
18. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, et al. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Nov 1;21(11):1569–70. Disponible à: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
19. Florian Kruse, Lisa van Tol, Cilla Vrinzen, Patrick Jeurissen, Oemar van der Woerd. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands: the second wave. [Internet]. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020 Nov p. 24. (LTCcovid Country Reports). Disponible à:

[https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/11/COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-\\_the-second-wave-25-November-2020-1.pdf](https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/11/COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-_the-second-wave-25-November-2020-1.pdf)

20. Nies H. Key actions to improve care processes for older people in long term care settings. The search for quality improvement in the Netherlands [Internet]. VII Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida; 2019 Oct 30; Barcelona, Spain. Disponible à: <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2019/11/13-HENK-NIES.pdf>
21. National Institute for Public Health and the Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport. Applying behavioural science to COVID-19 [Internet]. Netherlands: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2021. Disponible à: <https://www.rivm.nl/en/coronavirus-covid-19/research/behaviour>
22. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. JAMA [Internet]. 2018 Mar 13 [cited 2021 Oct 4];319(10):1024–39. Disponible à: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
23. Rijksoverheid.nl. Letter to parliament further explanation salary increase healthcare staff [Internet]. Rijksoverheid. Disponible à: [https://www-rijksverheid-nl.translate.google.com/documenten/kamerstukken/2021/09/23/kamerbrief-nadere-toelichting-op-de-keuzes-omtrent-salarisverhoging-zorgpersoneel?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=en&\\_x\\_tr\\_hl=en-GB&\\_x\\_tr\\_pto=nui](https://www-rijksverheid-nl.translate.google.com/documenten/kamerstukken/2021/09/23/kamerbrief-nadere-toelichting-op-de-keuzes-omtrent-salarisverhoging-zorgpersoneel?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=en-GB&_x_tr_pto=nui)
24. extra handen voordeezorg.nl. Connecting supply and demand during the corona crisis [Internet]. extra handen voordeezorg. 2021. Disponible à: <https://translate.google.com/translate?sl=auto&tl=en&u=https://www.extrahandenvoordeezorg.nl>
25. Inzitari M, Risco E, Cesari M, Buurman BM, Kuluski K, Davey V, et al. Editorial: Nursing Homes and Long-Term Care after COVID-19: A New Era? Journal of Nutrition, Health and Aging [Internet]. 2020;24(10):1042–6. Disponible à: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33244558>
26. World Health Organization Regional Office for Europe. Denmark - Country Case Study on the Integrated Delivery of Long-term care [Internet]. 2019. (Series on integrated delivery of long-term care). Disponible à: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf)
27. Rostgaard T. The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark [Internet]. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020 May. (LTCcovid Country Reports). Disponible à: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>
28. Stuart M, Weinrich M. Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons from Denmark. The Gerontologist [Internet]. 2001 Aug 1;41(4):474–80. Disponible à: <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.474>
29. Tessier A, Beaulieu MD, Mcginn CA, and Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. Healthcare Policy [Internet]. 2016 May 10;11(4):49–59. Disponible à: <https://www.longwoods.com/content/24594/healthcare-policy/effectiveness-of-reablement-a-systematic-review>
30. Muscedere J, Barrie C, Chan K, Cooper B, Critchley K, Kim P, et al. Frailty and Ageing: Canadian challenges and lessons learned in Denmark. Healthcare Quarterly [Internet]. Disponible à: [https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018-10-05\\_CFN-Denmark-Delegation-Paper\\_Longwoods-Healthcare-Quarterly.pdf](https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018-10-05_CFN-Denmark-Delegation-Paper_Longwoods-Healthcare-Quarterly.pdf)

31. Nuttall J. Single-occupant rooms, no COVID-19 cases and 20-year plans. Here's what long-term care looks like outside of Canada. Toronto Star [Internet]. 2021 Jan 17. Disponible à: <https://www.thestar.com/news/canada/2021/01/17/single-occupant-rooms-no-covid-19-cases-and-20-year-plans-heres-what-long-term-care-looks-like-outside-of-canada.html>
32. Social Protection Committee (SPC), European Commission. Long-term care report – trends, challenges and opportunities in an ageing society [Internet]. Luxembourg: European Commission; 2021 Jul. Disponible à: <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2021/07/KE-09-21-202-EN-N-1.pdf>
33. Rostgaard T. Long-term care in Denmark and COVID-19 [Internet]. Webinar presented at: COVID-19 and long-term care in the Nordic countries; 2021 Mar 8; Roskilde University, Denmark. Disponible à: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/03/Tine-Rostgaard-COVID-19-and-Long-Term-Care-in-Denmark-8-March-2021.pdf>
34. Petersen MBP. Tweet [Internet]. 2021. Disponible à: <https://threadreaderapp.com/thread/1436193837744107523.html>
35. Blom W, Bender T, Koster M. Coronavirus - Employment law update - the Netherlands [Internet]. Eversheds Sutherland. 2021. Disponible à: <https://www.eversheds-sutherland.com/global/en/what/articles/index.page?ArticleID=en/coronavirus/Co-VID-19-Netherlands>
36. Nies H, Zielman E, Stapersma E, Bressers M, Sant N. Covid-19 in Long-Term Care Until October 31, 2020 [Internet]. Vilans, Centre of Expertise for Long-term Care in the Netherlands; 2020 Nov. Disponible à: <https://www.vilans.org/wp-content/uploads/2021/03/covid-19-in-long-term-care.pdf>
37. Frisina Doetter L, Preuß B, Rothgang H. Taking stock of COVID-19 policy measures to protect Europe's elderly living in long-term care facilities. Global Social Policy [Internet]. 2021 May 23;14680181211013716. Disponible à: <https://doi.org/10.1177/14680181211013717>
38. Peters T. Socially Inclusive Design in Denmark: The Maturing Landscape. Architectural Design [Internet]. 2014 Mar 1;84(2):46–53. Disponible à: <https://doi.org/10.1002/ad.1727>
39. Mishra S, Scott JA, Laydon DJ, Flaxman S, Gandy A, Mellan TA, et al. Comparing the responses of the UK, Sweden and Denmark to COVID-19 using counterfactual modelling. Scientific Reports [Internet]. 2021 Aug 11;11(1):16342. Disponible à: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95699-9>
40. Lindholt MF, Jørgensen F, Bor A, Petersen MB. Public acceptance of COVID-19 vaccines: cross-national evidence on levels and individual-level predictors using observational data. BMJ Open [Internet]. 2021 Jun 1;11(6):e048172. Disponible à: <http://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e048172.abstract>
41. Nielsen JH, Lindvall J. Trust in government in Sweden and Denmark during the COVID-19 epidemic. null [Internet]. 2021 Sep 19;44(5–6):1180–204. Disponible à: <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1909964>
42. Petersen MB, Bor A, Jørgensen F, Lindholt MF. Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust. PNAS [Internet]. 2021 Jul 20;118(29):e2024597118. Disponible à: <http://www.pnas.org/content/118/29/e2024597118.abstract>
43. Bartusevičius H, Bor A, Jørgensen F, Petersen MB. The Psychological Burden of the COVID-19 Pandemic is Associated with Antisystemic Attitudes and Political Violence. Psychological Science [Internet]. 2021 Sep 1;32(9):1391–403. Disponible à: <https://doi.org/10.1177/09567976211031847>

44. Wrublowsky R. Design Guide for Long Term Care Homes [Internet]. Facility Guidelines Institute: MMP Architects; 2018 Jan. Disponible à: [https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2018/03/MMP\\_DesignGuideLongTermCareHomes\\_2018.01.pdf](https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2018/03/MMP_DesignGuideLongTermCareHomes_2018.01.pdf)
45. Fonzo S. iNudgeyou receives funding to fight the coronavirus pandemic and help with the reopening of Denmark [Internet]. iNudgeyou. [cited 2021 Oct 2]. Disponible à: <https://inudgeyou.com/en/covid-19/>
46. OECD. Regulatory policy and COVID-19: Behavioural insights for fast-paced decision making [Internet]. 2020 Nov. (OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)). Disponible à: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/regulatory-policy-and-covid-19-behavioural-insights-for-fast-paced-decision-making-7a521805/>

## Annexes

### Annexe 1 : Guide d'entretien

11 août 2021

#### PROJET de questions d'entretien Conformité aux meilleures pratiques de PCI dans les SLD

Date de l'entretien :

Intervieweur /Intervieweuse :

Personne(s) interrogée (s):

Pays d'expertise:

---

#### Au sujet de CanCOVID

- Remerciez la personne interrogée de nous rencontrer et faites une rapide série de présentations.
- Donnez un bref aperçu de CanCOVID – selon les lignes décrites ci-dessous:

CanCOVID a été conçu en mars 2020, en réponse à la pandémie de COVID-19. Mandaté par le gouvernement du Canada, notre rôle est de permettre l'application de la science à la politique pendant la pandémie COVID 19 et à l'avenir post-pandémique. Nous aidons à mettre en relation les personnes et les ressources afin de produire et de diffuser rapidement des connaissances crédibles pour informations les orientations en santé publique. Nous encourageons les collaborations multidisciplinaires pour soutenir l'effort scientifique du Canada. Notre travail fournit aux partenaires gouvernementaux une meilleure ligne de vue sur la science et la recherche existantes et émergentes en matière de COVID-19.

#### Consentement

- Les informations recueillies lors de cette rencontre seront utilisées dans notre rapport, les résultats étant présentés de manière anonyme.
- Étant donné que nous consultons des experts du monde entier et que la plupart des informations que nous recueillons prendront la forme d'« opinions d'expert », nous souhaiterions joindre à notre rapport une liste de ceux que nous avons consultés. Souhaiteriez-vous faire partie de cette liste ?
- Avec votre autorisation, nous aimerions également enregistrer cette session afin de nous assurer que nous saisissons les informations clés lors de cette réunion, puis nous effacerons l'enregistrement lorsque nous aurons terminé la rédaction des notes s'y référant. Cela vous convient-il?

#### Question de recherche

**Nos questions portent généralement sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) :**

*Dans les pays de l'OCDE ayant mis en œuvre les meilleures pratiques / normes pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) par la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) : (1) Quelles étaient les 3 à 5 meilleures pratiques en matière de PCI ? (2) Comment ces meilleures pratiques PCI ont-elles été mises en œuvre (c'est-à-dire quels soutiens / outils/méthodes ont été utilisés*

*pour encourager leur adoption) ? (3) Quelles mesures ont été mises en place pour assurer la conformité à la prévention et au contrôle des infections au fil du temps afin de répondre aux attentes en matière de performance ? (c.-à-d., quels mesures / systèmes / processus ont permis d'accroître l'adhésion aux meilleures pratiques/normes) ?*

#### Questions d'entretien

#### **A. Cette question porte sur votre parcours professionnel.**

1. Voulez-vous bien résumer brièvement votre expertise en matière de SLD?

#### **B. Ces questions portent sur la structure du système de soins de longue durée dans votre pays.**

2. Comment les soins de longue durée sont-ils structurés et organisés dans votre pays ?
  - a. Dans quelle mesure est-il courant que les adultes âgés vivent dans des établissements de soins de longue durée ou dans d'autres établissements de soins résidentiels/centres d'hébergement ?
  - b. Quels soutiens sont disponibles pour les adultes âgés qui souhaitent « vieillir sur place » dans leur propre domicile (ou avec leur famille et/ou leurs amis) et dans leur propre communauté ?
  - c. Quel palier de gouvernement fixe les normes de qualité et de sécurité des établissements de SLD ?
    - i. Par exemple, le gouvernement national / central ou les gouvernements sous-nationaux / régionaux ?
  - d. Qui finance les services de soins de longue durée ?
  - e. Qui est propriétaire des établissements de soins de longue durée eux-mêmes ?
    - i. Par exemple, public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif ;
    - ii. Quelle est la proportion approximative représentée par chacun de ces types de propriété ?

#### **C. Ces questions concernent l'impact de la pandémie sur les soins de longue durée.**

3. Quel a été l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les soins de longue durée dans votre pays ?
  - a. Combien de décès de résidents dans les soins de longue durée y a-t-il eu lors de chaque vague ?
  - b. Combien de décès d'employés dans les établissements de SLD y a-t-il eu lors de chaque vague ?

#### **D. Ces questions portent sur les « meilleures pratiques » en matière de PCI dans les établissements de soins de longue durée.**

4. Quelles « meilleures pratiques » en matière de PCI ont été mises en œuvre dans les établissements de soins de longue durée pour réduire la propagation de la COVID-19 ?
  - a. Les « meilleures pratiques » peuvent inclure des interventions, étapes, mesures, processus, investissements, programmes, politiques.
    - i. Par exemple, masquage obligatoire, politiques relatives aux visiteurs, spécialiste de PCI, nettoyage, regroupement par cohortes, changements de personnel/efforts pour augmenter la rétention, congés de maladie payés, vaccination, changements dans l'infrastructure des édifices tels que l'amélioration de la ventilation ou la réduction du nombre de résidents par chambre, politiques relatives aux visiteurs, plus de soutien à domicile plutôt que de déménager dans un ÉSLD, inspections, règlements
5. Quelles sont les 3 à 5 « meilleures pratiques » les plus efficaces pour réduire la propagation de la COVID-19 (« meilleur rapport qualité-prix ») ?
  - a. Qu'est-ce qui a rendu ces pratiques efficaces ?
  - b. Connaissez-vous des rapports/données, publiés ou non, sur l'efficacité de ces pratiques?

#### **E. Ces questions portent sur les outils / méthodes / soutiens à l'adoption qui ont permis la mise en œuvre des « meilleures pratiques » de PCI dans les ÉSLD.**

6. Quels outils / méthodes / soutiens à l'adoption ont encouragé la mise en œuvre de PCI (« carottes »)?
7. Quels outils/méthodes/adoptions favorisent la mise en œuvre dissuasive de PCI (« bâtons ») ?
  - a. Quel palier de gouvernement ou d'agence était responsable de la mise en œuvre des « meilleures pratiques » de PCI ?
  - b. Selon vous, quels outils / mesures incitatives de mise en œuvre ont été les plus efficaces pour encourager l'adoption des « meilleures pratiques » en matière de PCI?
  - c. Y a-t-il eu des obstacles à la mise en œuvre de ces « meilleures pratiques » ?

**F. Ces questions portent sur le respect continu des « meilleures pratiques » de PCI au fil du temps.**

8. Comment les établissements de SLD ont-ils assuré la conformité continue avec les meilleures pratiques de PCI au fil du temps ?
  - a. Y a-t-il des carottes (mesures incitatives) ou des bâtons (mesures dissuasives) qui continuent à en promouvoir l'adhésion?
    - i. Les mesures ont-elles encouragé une conformité continue de manière efficace ?
  - b. Qui est chargé d'assurer la conformité continue et à qui doit-il rendre des comptes ?
  - c. Avez-vous connaissance de données probantes publiées ou de documents clés non publiés étayant l'efficacité de ces mesures ?

**G. Voici les dernières questions.**

9. Si vous étiez responsable de la prévention et du contrôle des infections dans votre pays, que feriez-vous différemment pour réduire la propagation de la COVID-19 chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée ou recevant une aide à domicile ?
10. Pouvez-vous nous indiquer d'autres documents clés qui identifient les normes ou les meilleures pratiques (disponibles en anglais ?) et/ou des études publiées qui pourraient servir de référence utile pour ce rapport ?
11. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez dire ?



## **Annexe 2 : Consultations**

Jennie Johnstone, MD PhD FRCPC  
Physician Co-Lead, Infection Prevention and Control  
Sinai Health System  
Assistant Professor, Laboratory Medicine and Pathobiology and  
Dalla Lana School of Public Health  
University of Toronto

Florien Kruse, PhD  
Postdoctoral Researcher  
Scientific Centre for Quality in Healthcare (IQ healthcare)  
Radboud University Medical Centre, Radboudumc  
Nijmegen, Gelderland, Netherlands

Isobel Mackenzie  
BC Seniors Advocate  
Office of Seniors Advocate of British Columbia  
<https://www.seniorsadvocatebc.ca>

Paula Rochon, MD MPH FRCPC  
Senior Scientist, Women's College Research Institute  
Professor, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto  
Retired Teachers of Ontario Chair in Geriatric Medicine, University of Toronto  
Senior Scientist, ICES

Lisa van Tol, MSc PhD (Candidate)  
Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH) - Covid-19 in long-term care  
Leiden University Medical Center, Department of Public Health and Primary Care  
<https://www.lumc.nl/org/unc-zh/>

### Annexe 3 : Sources et stratégie de recherche

#### Bases de données

##### Ressources spécifiques à la COVID

- LitCovid
- WHO COVID-19 Global Literature
- CIHI-Covid collection
- COVID-Evidence
- COVID-END

##### Ressources sur les lignes directrices pour la pratique clinique

- CPG Infobase
- ECRI Institute
- NICE Guidance

##### Bases de données de synthèse des connaissances

- Health Systems Evidence
- Agency for HealthCare Research & Quality EPC Evidence-based reports
- TRIP

##### Sources de littérature grise

- Care Quality Commission UK Reports
- LTC Responses to COVID-19 by the International Long-Term Care Policy Network
- Google Custom Search for International Government

##### Dépôts de préimpression

- Medrxiv

##### Termes de recherche en anglais

Concept	Search terms
Long-term care	long-term home, long-term care home, nursing home, long term care, aged care home, residential facility, LTC, LTCF
Infection Prevention and Control	infection control, infection prevention, personal protective equipment, PPE, hand hygiene, cleaning, IPC, IPAC,
Best practice	Best practice, practice, standard, protocol, guideline, guidance
Adoption	Adoption, tools, supports, implementation, support systems
Compliance	Compliance, adherence, incentives, disincentives, checklists, audit and feedback, clinical decision, reminders, mentoring, academic detailing, change agent, clinical champion, COP, learning, communications

**Traduction française de ces termes de recherche**

Concept	Termes de recherche
Soins de longue durée	Maison de longue durée, maison de soins de longue durée, maison de soins infirmiers, soins de longue durée, maison de soins pour personnes âgées, établissement résidentiel, SLD, ÉSLD
Prévention et contrôle des infections	Contrôle des infections, prévention des infections, équipement de protection individuelle, ÉPI, hygiène des mains, nettoyage, PCI,
Meilleure pratique	Meilleure pratique, pratique, norme, protocole, ligne directrice, orientation
Adoption	Adoption, outils, supports, mise en œuvre, systèmes de soutien
Conformité	Conformité, adhésion, mesures incitatives, mesures dissuasives, listes de contrôle, vérification et rétroaction, décision clinique, rappels, mentorat, formation continue, agent de changement, champion clinique, COP, apprentissage, communication

**Exemple en anglais :****Base de donnée :** LitCOVID**Chaîne de recherche :**

((infection control OR infection prevention OR PPE OR hand hygiene OR cleaning OR personal protective equipment OR IPC OR IPAC) AND (best practice\*) AND (long-term home\* OR long-term care home\* OR nursing home OR long term care OR aged care home\* OR residential facilit\*) AND (adopt\* ))

**Résultats :** 56**Traduction française de cet exemple :****Base de données :** LitCOVID**Chaîne de recherche :**

((lutte contre les infections OU prévention des infections OU ÉPI OU hygiène des mains OU nettoyage OU équipement de protection individuelle OU PCI) ET (meilleure pratique\*) ET (foyer de longue durée\* OU foyer de soins de longue durée\* OU maison de soins infirmiers OU soins de longue durée OU maison de soins pour personnes âgées\* OU établissement résidentiel\*) ET (adopter\* ))

**Résultats :** 56