

## **Questions sur les infections, épisode 21 : Se préparer à la COVID-19 sur le long terme**

Shivoan : Bienvenue à un tout nouvel épisode de *Questions sur les infections*, une série de balados sur la santé publique produite par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Mon nom est Shivoan Balakumar.

Au cours du sixième épisode de notre série sur la COVID-19, nous allons nous pencher sur les mesures prises par les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les maisons de soins infirmiers pour se préparer à affronter le nouveau coronavirus. Vous entendrez l'entretien téléphonique que nous avons eu avec le D<sup>r</sup> David Strang, ancien directeur médical du programme de soins de longue durée à l'Office régional de la santé de Winnipeg et membre cofondateur de l'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée. Harpa Isfeld-Kiely du CCNMI s'est entretenue avec le D<sup>r</sup> Strang.

Harpa : D<sup>r</sup> Strang, tout le monde reconnaît aujourd'hui que la COVID-19 entraîne des conséquences plus graves pour les aînés et les personnes souffrant de comorbidité que pour tout autre groupe. À la lumière de ces risques, pouvez-vous nous parler des principaux défis qui attendent le secteur des soins de longue durée en matière de gestion de la COVID19 et de sa propagation éventuelle au sein de cette population?

D<sup>r</sup> Strang: En effet, cette pandémie pose des risques très grands pour les personnes hébergées dans les centres de soins de longue durée. Elles sont en quelque sorte des cibles toutes désignées. Non seulement elles sont regroupées dans un environnement où le degré de transmission des maladies infectieuses est toujours plus élevé en raison des conditions de proximité, mais en plus, ce sont des personnes âgées. Dans ces milieux, la moyenne d'âge se situe largement au-dessus de 80 ans, ce qui accroît le risque de contracter une maladie infectieuse.

En ce qui concerne le coronavirus, la mortalité est de beaucoup supérieure chez les aînés par rapport à tout autre groupe, si bien qu'à partir du moment où un patient l'a contracté, il court un plus grand risque d'en mourir. Et puis il y a tout le problème de la dépendance et des déficits cognitifs, très répandus dans les établissements de soins de longue durée – c'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles ils existent –, qui augmente encore davantage le risque de contracter la maladie et d'en subir de graves conséquences.

C'est donc là la première difficulté : une population vulnérable, un degré de risque élevé. Une fois le virus présent dans un centre de soins de longue durée, le risque est grand qu'il se propage parmi les résidents et le personnel soignant. Même les visiteurs courent un risque, quoiqu'un

grand nombre d'entre eux sont les enfants et les petits-enfants des résidents, et donc pas particulièrement vulnérables; par contre, les conjoints ou conjointes des patients courent un risque élevé en raison de leur âge.

S'ajoute un autre problème, celui du faible ratio en personnel dans les établissements. Il suffit que quelques employés tombent malades pour que le maintien des effectifs s'en ressente fortement. De plus, il est probable qu'on gardera sur place les personnes malades ou même mourantes, plutôt que de les transférer à l'hôpital. Si jamais la maladie se propageait largement dans la population générale, les hôpitaux risqueraient d'être débordés, si bien qu'on pourrait se retrouver dans les centres de soins de longue durée avec une augmentation du nombre de résidents malades au point de nécessiter des soins palliatifs et de soutien. Le faible ratio en personnel représente donc un autre défi.

Les gens pensent parfois que les centres de soins de longue durée sont des hôpitaux, mais ce n'est pas le cas. Ce sont des établissements résidentiels, qui comptent quelques infirmières et médecins. Ils n'ont pas l'équipement, le personnel spécialisé, ni les services de soutien dont disposent les hôpitaux. S'occuper de plusieurs résidents qui tombent malades en même temps, alors qu'il n'y a que deux infirmières pour dispenser tous les soins nécessaires avec l'aide des aides-soignantes, représente tout un défi. Les problèmes d'effectifs sont donc un grand sujet de préoccupation.

Essayer de prévenir la survenue d'une maladie en milieu de soins de longue durée en est une autre. À partir du moment où une personne est touchée, on tentera de prévenir la propagation de l'infection par un ensemble de mesures préventives s'adressant aux usagers et aux employés. Toutefois, un grand nombre de résidents souffrent de déficits cognitifs et sont incapables d'observer des consignes ou même de s'en souvenir. Cela alourdit le fardeau du travail du personnel, qui doit surveiller les allées et venues des résidents en essayant d'éviter que les porteurs du virus ne contaminent leur entourage.

À ceci s'ajoute le fait que toutes les provinces limitent désormais, je crois, les visites dans les centres de soins de longue durée; les seuls visiteurs admis sont ceux dont un proche est mourant ou gravement malade. Les visites de routine, les visites quotidiennes pour tenir compagnie à une personne et lui apporter de l'aide ne sont plus autorisées. Il peut y avoir des exceptions à cette règle, notamment dans les cas où un membre de la famille prodigue des soins directs afin de compléter le travail du personnel, une situation relativement courante. Mais s'il y a moins de membres de la famille présents pour accomplir telle ou telle tâche, ce travail finit par retomber sur un personnel déjà surchargé.

Le fait de ne pas pouvoir recevoir de visiteurs pose aussi un risque pour

les résidents. On sait que l'absence de contact peut accroître le risque de délire ou de déshydratation, entre autres choses. Par conséquent, l'épidémie attendue dans les centres de soins de longue durée présente son lot de défis.

Un autre fait particulier ou intéressant à souligner, lorsqu'on parle de personnes vulnérables, c'est qu'une proportion des médecins qui évoluent dans ce milieu, pas tous, mais certainement un bon nombre, sont à un stade avancé de la carrière, pour le dire ainsi. Bon nombre ont eux-mêmes un certain âge et courent ainsi un plus grand risque de contracter la maladie. On examine actuellement des solutions, comme les soins courants à distance ou les tournées virtuelles, entre autres moyens de réduire les risques pour ce groupe de médecins.

Malheureusement, on ne peut pas procéder ainsi pour les aides-soignantes. Elles doivent exécuter leurs tâches sur place. Même chose pour les infirmières, qui doivent faire des évaluations et administrer des médicaments. À tout le moins, grâce aux consultations à distance, on peut réduire les risques auxquels s'exposent les médecins.

Harpa : Quelles mesures prennent les centres de soins de longue durée du Canada pour se préparer à la COVID-19?

D<sup>r</sup> Strang: À l'instar des autres secteurs de la santé, celui des soins de longue durée fait actuellement des préparatifs détaillés. L'objectif principal est d'empêcher en premier lieu que la maladie n'atteigne les établissements. J'ai évoqué plus tôt le fait que les seuls visiteurs admis sont ceux dont un proche est malade, souffre d'une maladie mortelle ou nécessite des soins de fin de vie. Dans certains cas, avec davantage de dépistage, on pourrait envisager la possibilité d'admettre un membre de la famille qui prodigue une quantité appréciable de soins directs.

Parallèlement, on a probablement réduit, tout comme le font tous les autres établissements de santé, le nombre d'entrées dans les bâtiments en postant un agent de sûreté chargé de contrôler les visiteurs afin de vérifier s'ils rentrent de voyage, ont été en contact avec un malade ou présentent des symptômes. Comme dans tout autre établissement de santé, les membres du personnel ainsi que les visiteurs exposés au virus ou symptomatiques sont priés de se mettre en quarantaine.

Dès qu'un cas est déclaré dans un établissement, la recommandation est de recourir aux moyens de précaution touchant à la fois les contacts et les gouttelettes. Une autre mesure consiste à rester en relation étroite avec la santé publique. C'est un aspect que nous connaissons plutôt bien dans le milieu des soins de longue durée, compte tenu de l'épidémie annuelle de grippe. Il y a certaines ressemblances avec la situation actuelle. Bien entendu, nous avons ici affaire à une tout autre maladie, plus grave, mais comme chaque année avec la grippe, il y a des protocoles

à suivre, notamment en ce qui concerne la surveillance et la déclaration des éclosions. Ainsi, nous appliquons les nouvelles directives concernant la COVID-19, mais le contexte reste le même en matière de relations avec la santé publique.

L'autre aspect important est la question de savoir s'il faut transférer vers le secteur des soins actifs les usagers qui tombent malades. On se la pose toujours dans les centres de soins de longue durée. Quel niveau de soins doit-on offrir? Cela soulève le problème complexe des buts de la prestation de soins et de la planification des soins avancés, c'est-à-dire le degré d'intervention qu'une personne souhaite ou pourrait souhaiter. Le ou la mandataire a également un rôle à jouer dans la prise de décision. Dans la mesure du possible, nous essayons de prendre en charge les malades au sein même de l'établissement.

Dans le cas de l'épidémie actuelle, selon l'ampleur du fardeau que devront porter les milieux de soins actifs, il deviendra peut-être encore plus impératif de garder, dans la mesure du possible, les résidents dans l'établissement et de leur dispenser sur place les soins nécessaires, même s'ils sont gravement malades. Certaines régions disposent déjà de systèmes de soutien. La plupart des centres de soins de longue durée n'ont pas la capacité requise pour administrer des médicaments par intraveineuse. Comme je l'ai mentionné, certains ont pris des dispositions pour que le personnel paramédical ou d'autres intervenants puissent se rendre sur place pour s'occuper des injections intraveineuses à court terme, de façon à pouvoir garder les patients à la résidence plutôt que de les transférer à l'hôpital. Il faudra multiplier ce genre de mesures ou, si elles ne sont pas déjà instaurées, envisager la possibilité de le faire.

Harpa : En quoi les préparatifs concernant la COVID-19 diffèrent-ils des mesures adoptées pour la gestion d'autres maladies infectieuses comme la grippe saisonnière dans les milieux de soins de longue durée?

D<sup>r</sup> Strang : Eh bien, il y a certains points communs entre la pandémie de COVID-19 et notre pandémie annuelle de grippe, ou plutôt épidémie de grippe, j'imagine, puisqu'elle n'est pas nouvelle. Contre la grippe, nous avons des vaccins et des médicaments; la grande différence est là. Bien entendu, des gens tentent actuellement d'élaborer des médicaments et un vaccin contre la COVID-19, mais nous ne les avons pas encore. Cela ferait toute la différence.

La COVID-19 affiche un taux de létalité supérieur à celui de la grippe et semble plus contagieuse que cette dernière, qui l'est déjà passablement. Sa gestion est relativement semblable : mesures de distanciation sociale et de protection, lavage des mains lorsqu'il y a des cas déclarés. Les travailleurs de la santé porteront alors des gants et des blouses d'hôpital. En ce qui touche les mesures de protection contre les aérosols, il faut passer à un niveau supérieur avec le port du masque spécial N95.

La principale différence est donc qu'il s'agit d'une maladie nouvelle, contre laquelle nous n'avons pas de médicament ni de vaccin et qui cause un taux de mortalité élevé. Les mesures de distanciation sociale préconisées contre la COVID-19 sont plus strictes que les consignes observées durant la pire des épidémies de grippe que nous ayons connue, celle de 1918, je crois bien.

Harpa : Merci. Y a-t-il des considérations particulières en ce qui touche les résidences qui offrent des services d'aide à la vie autonome?

D<sup>r</sup> Strang : Oui, vous parlez des immeubles résidentiels pour aînés, dont les effectifs varient selon l'établissement; la nature des services offerts diffère d'une province à l'autre. Il est donc difficile de faire des généralisations, même pour ceux qu'on appelle des «résidences». Peu importe, un grand nombre offrent effectivement des soins à domicile ou des soins personnels, qui sont dispensés par un service spécialisé ou par la résidence.

Cela dit, les protocoles s'appliquant aux prestataires de soins à domicile, qu'il s'agisse d'un appartement dans une résidence ou d'une maison dans la communauté, sont semblables à ceux que doivent observer les aides-soignantes ou les infirmières des centres de soins de longue durée. Si un habitant des lieux a contracté la COVID-19, ils doivent porter une blouse, un masque et des gants de protection et suivre la consigne du lavage des mains, qu'ils aient affaire avec le patient touché ou quelqu'un d'autre. Et s'il y a risque de transmission de gouttelettes par voie aérienne pendant une intervention, ils doivent aussi porter le masque N95 ainsi qu'une visière protectrice.

Les soins à domicile sont nécessaires pour une bonne partie. Lorsqu'ils sont plus ou moins facultatifs, on cesse de les offrir. Globalement, tous les soins qui sont fournis sont relativement nécessaires, si bien qu'on ne peut pas vraiment s'abstenir de les dispenser. Il s'agit alors de procéder à un dépistage complet, afin de savoir qui est touché, qui est symptomatique et qui ne l'est pas. Si un cas de COVID-19 est confirmé ou suspecté, on recourt alors à l'équipement et aux mesures de protection.

D'autres mesures visent à restreindre les activités collectives dans les résidences pour aînés. Un grand nombre, sinon toutes, ont suspendu le service de salle à manger, et les usagers prennent leurs repas chez eux. De plus, tous les programmes d'activités ont été annulés jusqu'à nouvel ordre.

Harpa : Comment doit s'articuler la coordination avec les autres fournisseurs de soins et la santé publique? Qui doit collaborer avec les prestataires de soins de longue durée?

D<sup>r</sup> Strang : Un établissement de taille modeste peut ne compter en tout que 50 ou

100 employés. Ces personnes doivent dispenser tous les soins nécessaires à une centaine d'usagers, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Par conséquent, si une dizaine ou une vingtaine d'entre eux se voient forcés de s'isoler ou présentent des symptômes de la COVID-19, vous affrontez déjà une crise, car il vous faut du personnel pour s'occuper de tous ces résidents dépendants et vulnérables.

Voilà pourquoi les autorités et les organismes de santé régionaux vont devoir assumer le rôle de renfort afin de pallier la pénurie de personnel dans les milieux de soins de longue durée et les hôpitaux de soins actifs. J'ai parlé plus tôt de nos rapports de collaboration avec la santé publique sur la question de la grippe. La relation est semblable, mais les critères diffèrent dans ce cas précis. J'ai aussi évoqué notre lien avec les salles d'urgence et les mécanismes mis en place pour tenter d'éviter d'y transférer des patients. J'ai parlé brièvement des soins palliatifs, dont la prestation devra être assurée par les centres de soins de longue durée. Ils le font sûrement déjà, mais les soins à dispenser pourraient être différents, ce qui nécessitera du soutien additionnel.

Harpa : Quels messages les responsables de la prestation et de l'administration des soins de longue durée souhaitent-ils adresser aux résidents et à leurs proches afin de les préparer à la COVID-19 et les rassurer?

D<sup>r</sup> Strang : En ce qui concerne les soins actifs et de longue durée, le principal message à retenir, c'est que les préparatifs et les activités de coordination vont bon train. Tout est mis en œuvre dans le but d'aplatir la courbe et de promouvoir la distanciation sociale, dans l'espoir d'éviter de surcharger les services de santé. Mais le jour où la situation se corsera, le dispositif d'intervention et de coordination que nous avons mis en place nous permettra d'offrir du renfort aux établissements qui connaissent des difficultés.

Le message est le même pour les travailleurs de la santé et les proches, notamment les personnes qui ne sont pas autorisées à rendre visite à un membre de leur famille pour voir comment il ou elle se porte. On leur demande de suivre les recommandations pour tenter d'aplatir la courbe, tout en leur expliquant, pour les rassurer, que nous travaillons d'arrache-pied dans le but de maîtriser la situation au fur et à mesure que les choses évoluent.

Comme tous les autres secteurs de la santé, le secteur des soins de longue durée tente de se préparer à un avenir largement imprévisible. Nous savons que le nombre de cas sera élevé. Je ne sais pas combien il y en aura ni où ils surviendront en premier. L'important, c'est de s'organiser au maximum, de façon à être prêts à réagir le temps venu et savoir envisager la suite.

Shivoan : Ainsi se conclut l'entretien téléphonique mené par Harpa Isfeld-Kiely avec

le Dr David Strang. Si vous avez d'autres questions au sujet du nouveau coronavirus, n'hésitez pas à nous les transmettre.

La production de ce balado a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Prière de noter que les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence. L'organisation hôte du CCNMI est l'Université du Manitoba. Pour en savoir davantage, visitez [ccnmi.ca](http://ccnmi.ca).