

Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée

Note d'orientation

24 juillet 2020



Organisation
mondiale de la Santé

Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Résumé d'orientation | 2 |
| 1. Vue d'ensemble | 3 |
| 1.1 Objet de ce document | 3 |
| 1.2 Impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée : informations apportées par les données probantes | 4 |
| 1.3 Principe directeur de l'action : ne laisser personne de côté | 5 |
| 2. Riposte à la pandémie de COVID-19 dans les soins de longue durée | 6 |
| 2.1 Inclure les soins de longue durée dans toutes les phases de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19..... | 7 |
| 2.2 Mobiliser un financement suffisant pour les soins de longue durée afin d'assurer une riposte à la pandémie de COVID-19 et de se relever ensuite de cette situation..... | 8 |
| 2.3 Assurer un suivi et une évaluation efficaces de l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, et une circulation efficace des informations entre les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'optimiser les interventions..... | 10 |
| 2.4 Obtenir les ressources et le personnel nécessaires, y compris des effectifs suffisants pour le secteur de la santé et des produits sanitaires adéquats, afin d'être en mesure de riposter à la pandémie de COVID-19 et de fournir des services de soins de longue durée de qualité..... | 12 |
| 2.5 Assurer le continuum et la continuité des services essentiels pour les personnes recevant des soins de longue durée, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs | 14 |
| 2.6 Veiller à ce que les normes de lutte anti-infectieuse soient mises en œuvre et respectées partout où sont prodigués des soins de longue durée afin de prévenir et de prendre en charge en toute sécurité les cas de COVID-19 | 16 |
| 2.7 Accorder un degré de priorité élevé au dépistage, à la recherche des contacts et à la surveillance de la propagation de la COVID-19 parmi les personnes recevant et fournissant des services de soins de longue durée | 19 |
| 2.8 Apporter un soutien aux aidants familiaux et aux aidants bénévoles..... | 20 |
| 2.9 Accorder un degré de priorité élevé au bien-être psychosocial des personnes qui reçoivent des services de soins de longue durée comme à celui des personnes qui les fournissent..... | 22 |
| 2.10 Assurer une transition sans heurts vers la phase de récupération..... | 25 |
| 2.11 Prendre des mesures pour transformer les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'intégrer et d'assurer une gouvernance continue et efficace des services de soins de longue durée | 26 |
| Références bibliographiques | 27 |
| Annexe 1. Méthodes | 34 |
| Remerciements | 40 |
| Annexe Web : Objectifs et mesures clés pour la prévention et la gestion de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée | |

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334183/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-Web_Annex-2020.1-fre.pdf

Résumé d'orientation

La pandémie de COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes âgées, en particulier celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Dans de nombreux pays, les données probantes montrent que plus de 40 % des décès associés à la COVID-19 ont eu lieu dans des établissements de soins de longue durée, les chiffres pouvant atteindre 80 % dans certains pays à revenu élevé. De plus, il peut arriver que le taux de décès chez les résidents des établissements de soins de longue durée soit plus élevé que celui observé dans la population du même âge qui ne réside pas dans ces établissements. Il est fréquent que les résidents des établissements de soins de longue durée soient confrontés à des risques plus élevés, soient sujets à des mesures de prévention moins ambitieuses et bénéficient de ressources insuffisantes pour récupérer de la COVID-19, et qu'ils aient moins facilement accès aux services de santé essentiels dans ce contexte de crise sanitaire, où les systèmes de santé doivent faire face à d'importantes contraintes.

En outre, la COVID-19 a eu un impact élevé sur les prestataires de services de soins de longue durée, que ce soit dans les établissements de soins de longue durée ou dans d'autres situations. Une étude réalisée en 2020 par United Kingdom Office for National Statistics et portant sur les décès par type de profession a révélé que le taux de mortalité associé à la COVID-19 était significativement plus élevé chez les personnes qui font partie de la main-d'œuvre qui fournit des services sociaux.

Jusqu'à présent, la COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée. Toutefois, c'est sur tous les aspects des soins de longue durée qu'une action concertée est nécessaire pour atténuer l'impact de cette pandémie, y compris sur les soins à domicile et sur les soins fournis au niveau de la communauté. En effet, la majorité des personnes qui utilisent ou fournissent ces soins font partie de celles qui présentent le risque le plus élevé de développer une forme grave de cette maladie. Les mesures prises dans le cadre de la riposte et qui concernent les soins de longue durée représenteront dans de nombreux pays l'une des étapes fondamentales et essentielles pour atténuer les effets de la pandémie de COVID-19. Et ce n'est qu'en prenant des mesures à l'égard des soins de longue durée que les pays pourront vraiment s'assurer que personne n'a été laissé de côté par la riposte à la pandémie de COVID-19.

Cette note d'orientation fournit 11 objectifs politiques ainsi que des mesures clés afin de prévenir la COVID-19 et de gérer cette pandémie dans l'ensemble des soins de longue durée. Elle est destinée aux responsables de l'élaboration des politiques et aux autorités (au niveau national, infranational et local) impliqués dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. Elle s'appuie sur les données probantes actuellement disponibles concernant les mesures prises pour lutter contre cette pandémie (prévention, préparation et riposte) et pour atténuer leurs répercussions sur les services de soins de longue durée, y compris sur les soignants.

Bien que ce document contienne des options stratégiques et des mesures susceptibles de s'appliquer à toutes les situations où sont fournis des soins de longue durée, un accent particulier est mis sur les établissements de soins de longue durée, car ceux-ci ont dû faire face à une très forte incidence de la COVID-19, ainsi qu'à une morbidité et une mortalité dues à cette maladie extrêmement élevées.

Cette note d'orientation traite également de problèmes auxquels les systèmes de soins de longue durée font face depuis longtemps, notamment le financement insuffisant, le manque de responsabilité comptable, la fragmentation entre le secteur de la santé et le secteur des soins de longue durée, et la valeur insuffisante accordée à la main-d'œuvre réalisant ces soins. Elle suggère des moyens pour transformer les services de santé et les services de soins de longue durée afin que les services de soins de longue durée soient facilement intégrés et fournis au sein du continuum de soins qui comprend la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. Ce n'est qu'en mettant en œuvre ces mesures que les personnes qui ont besoin de soins de longue durée pourront recevoir des soins de qualité, équitables et durables, qui leur permettent d'avoir une vie conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine.

1. Vue d'ensemble

1.1 Objet de ce document

La pandémie de COVID-19 a révélé certaines faiblesses dans les mesures d'urgence qui ont été prises, une priorité insuffisante ayant été accordée aux soins de longue durée, ce qui a eu des répercussions dévastatrices sur l'ensemble des services de soins de longue durée à l'échelle mondiale. Dans la plupart des pays, ces événements ont mis en lumière des problèmes auxquels les systèmes de soins de longue durée font face depuis longtemps : financement insuffisant, manque de responsabilité comptable, fragmentation, manque de coordination entre le secteur de la santé et le secteur des soins de longue durée, et valeur insuffisante accordée à la main-d'œuvre réalisant ces soins (1-3).

Cette note d'orientation présente les objectifs politiques à poursuivre et les mesures clés à prendre en vue de prévenir et de gérer les cas de COVID-19 dans l'ensemble des soins de longue durée. Elle est destinée aux responsables de l'élaboration des politiques et aux autorités (au niveau national, infranational et local) impliqués dans la riposte à la pandémie de COVID-19. Elle s'appuie sur les données probantes actuellement disponibles concernant les mesures prises pour lutter contre cette pandémie (prévention, préparation et riposte) ainsi que leurs répercussions sur ceux qui ont recours aux soins de longue durée et sur les personnes prodiguant ces soins (le personnel rémunéré ainsi que les familles et autres aidants non rémunérés). Elle s'appuie également sur les orientations techniques pratiques de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à mettre en application en vue de prévenir et de gérer la pandémie de COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée afin de fournir des perspectives mondiales ainsi que des exemples provenant de pays qui soient pertinents pour toutes les régions de l'OMS (4).

Bien que ce document contienne des options stratégiques et des mesures susceptibles de s'appliquer à toutes les situations où sont fournis des soins de longue durée, un accent particulier est mis sur les établissements de soins de longue durée, car ceux-ci ont dû faire face à une très forte incidence de la COVID-19, ainsi qu'à une morbidité et une mortalité dues à cette maladie extrêmement élevées.

Toutefois, bien que les établissements de soins de longue durée fassent partie intégrante des soins de longue durée, il faut souligner que les services communautaires sont, pour leur part, indispensables à la promotion du maintien à domicile des personnes âgées, à la diminution de leur prise en charge en institution et au soutien à la sortie des institutions, et qu'ils permettent ainsi aux personnes de mener une vie conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine.

Les définitions des termes utilisés dans le présent document sont énumérées dans l'Encadré 1.

Encadré 1. Terminologie pratique : définitions des termes utilisés

Systèmes de soins de longue durée

Systèmes nationaux qui assurent des soins de longue durée intégrés appropriés, abordables, et accessibles, et qui défendent tout autant les droits des personnes qui bénéficient de ces soins que ceux des aidants (1).

Soins de longue durée

Services visant à garantir que les personnes qui ont perdu ou sont à risque de perdre leurs capacités physiques ou mentales peuvent conserver un niveau d'aptitudes fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine (1). Ces services comprennent généralement des soins et une aide pour la réalisation des tâches quotidiennes (notamment pour s'habiller et faire sa toilette, ses courses, la cuisine et le ménage), un soutien pour faciliter la participation à la vie sociale, et la prise en charge des maladies chroniques à un stade avancé par le biais de soins infirmiers, de soins de réadaptation et de soins de fin de vie fournis par la communauté. Ces services sont fournis par des aidants non rémunérés (généralement des membres de la famille, mais aussi des bénévoles) ainsi que par du personnel de soins rémunéré.

Tout au long de ce document, et sauf indication contraire, le terme « services de soins de longue durée » inclut les soins à domicile, dans la communauté et dans des établissements (établissements de soins de longue durée en hébergement, maisons de retraite ou de repos ou autres établissements de vie en collectivité).

Établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée peuvent varier d'un pays à l'autre. Ce terme désigne indifféremment les maisons de retraite ou de repos, les établissements de soins infirmiers qualifiés, les résidences-services, les établissements de logement et les établissements de soins de longue durée en hébergement. Ces établissements proposent divers services, notamment des soins médicaux et de l'assistance, aux personnes qui ne peuvent pas vivre de façon autonome dans la communauté. Dans ce document, le terme « établissements de soins de longue durée » n'inclut pas les soins de longue durée à domicile, les centres communautaires, les structures de prise en charge de jour pour adultes et les placements temporaires.

Aidant

Personne qui fournit des soins et un soutien à un autre individu. Les aidants peuvent inclure des membres de la famille, des amis, des voisins, des bénévoles, des agents de santé et des professionnels de santé (1).

1.2 Impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée : informations apportées par les données probantes

Les données probantes obtenues à partir d'un examen systématique (5) et d'une compilation de rapports sur la situation de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée (annexe 1) montrent que, bien que les données probantes concernant l'impact de la COVID-19 sur les personnes qui utilisent ou fournissent des services de soins de longue durée dans la communauté soient limitées, la pandémie a eu des conséquences particulièrement sévères sur les personnes, notamment sur les personnes très âgées, qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Dans les pays où le nombre de décès dus à la COVID-19 est élevé, environ la moitié de ces décès sont survenus chez des résidents d'établissements de soins de longue durée. Les méthodes utilisées pour l'examen systématique et d'autres examens effectués pour la préparation de ce document sont décrites plus en détail à l'annexe 1.

Les données probantes initiales montrent que le nombre d'infections dues au virus responsable de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée a varié considérablement d'un pays à l'autre : dans certains pays (comme la Jordanie), aucune infection n'a été signalée à ce jour dans ces établissements, alors qu'en Suède, à la fin du mois d'avril, 25 % de ces établissements ont connu des flambées épidémiques de COVID-19 sur l'ensemble du pays, et 67 % ont été touchés à Stockholm.

Les données de 21 pays à revenu élevé montrent que, bien que certains pays n'aient pas eu ou aient eu très peu de décès parmi les résidents de leurs établissements de soins de longue durée, d'autres ont signalé qu'en moyenne près de la moitié de l'ensemble de leurs décès liés à la COVID-19 concernait des résidents de ces établissements (les chiffres allant de 24 % en Hongrie à 82 % au Canada). Dans certains pays, jusqu'à 3 % à 6 % de l'ensemble des résidents des établissements de soins de longue durée sont décédés du fait de la COVID-19 (6). De nombreux pays ne disposent pas de données ventilées par âge et par sexe.

Les données probantes montrent également qu'une fois présente dans un établissement de soins de longue durée, la COVID-19 est difficile à juguler en partie parce que ce type d'établissement, conçu pour y mener une vie communautaire, fait cohabiter en étroite proximité un grand nombre de personnes, et parce que les soins fournis à ces personnes nécessitent un contact rapproché. Bien que des études de cas provenant de la République de Corée aient montré qu'il avait été possible de maîtriser le nombre de nouvelles infections dans les établissements de soins de longue durée après qu'un test se soit avéré positif chez un membre du personnel (7, 8), d'autres études de cas menées dans plusieurs autres pays ont montré qu'il était extrêmement difficile de juguler la survenue de nouvelles infections dans ce type de situation. Par exemple, des études menées au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique ont montré des taux d'incidence compris entre 40 % et 72 % chez les résidents de ce type d'établissement (9-14), avec des taux d'infection chez le personnel compris entre 1,5 % et 5,9 % lorsqu'un test était réalisé chez l'ensemble des membres du personnel des établissements victimes d'une flambée épidémique (7, 8, 15-18). Les données d'une étude indiquent également que le personnel travaillant dans plus d'une maison de retraite ou de repos pourrait avoir été la source d'une transmission (19).

Une analyse des décès par profession réalisée au Royaume-Uni a montré que les taux de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs sociaux hommes et femmes étaient très élevés (23,4 pour 100 000 hommes contre 9,9 chez les hommes âgés de 20 à 64 ans, et 9,6 pour 100 000 femmes contre 5,2 chez les femmes âgées de 20 à 64 ans) (20).

Six études décrivant des mesures visant à prévenir (en Chine et à Singapour) et à limiter ou à maîtriser (au Canada et en République de Corée) des flambées épidémiques dans des établissements de soins de longue durée ont fait état d'un certain succès, mais aucune de ces études ne comportait de groupe témoin (7, 8, 22-23).

Des données probantes de plus en plus nombreuses démontrent que, dans les établissements de soins de longue durée, une transmission à partir de personnes présymptomatiques ou asymptomatiques atteintes de COVID-19 et à partir de personnes présentant des « symptômes atypiques » est possible. Les études sur les flambées épidémiques montrent que 7 % à 75 % des résidents et 50 % à 100 % du personnel chez qui le test s'est avéré positif étaient présymptomatiques ou asymptomatiques (11-13, 15, 17, 19, 24). Entre 57 % et 89 % des résidents asymptomatiques chez qui le test s'est avéré positif ont ultérieurement développé des symptômes (11, 19). En Belgique, un dépistage systématique réalisé à l'échelle nationale chez les résidents et le personnel a révélé que 74 % des cas chez les résidents et 76 % des cas chez le personnel étaient asymptomatiques au moment du test (25).

Une fois que des personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée sont atteintes de COVID-19, leur taux de décès peut être plus élevé que celui observé dans la population du même âge qui ne réside pas dans un établissement de soins de longue durée. Par exemple, le taux d'incidence des décès liés à la COVID-19 chez les résidents d'établissements de soins de longue durée en Ontario (Canada) était 13 fois plus élevé que chez les cas de résidents dans des logements communautaires âgés de 70 ans ou plus (26) ; et en Israël, le risque de maladie grave, y compris de décès, était 2,5 fois plus élevé chez les résidents de maisons de retraite ou de repos atteints de COVID-19 que chez d'autres cas âgés de plus de 65 ans (27).

Aucune étude ne donne de résultats concernant les séquelles néfastes sur la santé de l'infection elle-même ou des mesures prises pour prévenir cette infection dans les établissements de soins de longue durée, bien que de nombreux éditoriaux et articles d'opinion mentionnent la possibilité de conséquences sur la santé mentale et sur la santé physique (par exemple, détresse, dépression, anorexie, perte de condition physique due au manque d'exercice, et conséquences d'une augmentation des contentions chimiques ou physiques). Cette constatation a suscité des préoccupations quant à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité directes et indirectes (28, 29).

Il existe peu de données probantes concernant l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnes qui utilisent ou fournissent des soins de longue durée au niveau communautaire, y compris dans le cadre de l'aide à domicile ou de structures de prise en charge de jour, ainsi que chez les aidants non rémunérés. Certaines mesures de santé publique et de prévention des infections

(notamment les restrictions de circulation, la distanciation physique et les couvre-feux) peuvent avoir pour conséquences une limitation de l'accès aux sources habituelles de soins et de soutien sur lesquelles comptent de nombreuses personnes ayant besoin de ces services. Des données probantes provenant du Royaume-Uni ont révélé que les inégalités dont souffrent les personnes handicapées ont augmenté au cours de la pandémie de COVID-19. Ces personnes ont signalé des difficultés d'accès à la nourriture et aux médicaments ainsi que des retards dans le système de prestations, ce qui a entraîné pour certaines d'entre elles une situation d'insécurité alimentaire et de pauvreté. Nombre de ces personnes ont déclaré se sentir isolées et, pour certaines, le fait de ne pas avoir accès à Internet signifiait qu'elles n'étaient pas en mesure d'accéder aux services virtuels proposés en remplacement des services habituels. En outre, la réduction des structures de soutien continu a placé certaines personnes dans une situation de dépendance vis-à-vis de leur famille et de leurs voisins (30).

Il est également probable que les personnes qui présentaient déjà des problèmes de santé ont des difficultés à accéder aux services de soins essentiels, y compris aux services de réadaptation, ce qui augmente davantage leurs besoins en soins. De plus, la discontinuité des services de soins peut engendrer un accroissement des besoins en soins (31, 32).

Il est de plus en plus couramment admis que, dans de nombreux pays, les plans initiaux visant à contenir la pandémie n'ont pas pris en compte les établissements de soins de longue durée ; ce n'est que lorsque les médias ont fait état d'un grand nombre de décès que des ressources ont été mobilisées. Dans certains pays, l'armée et d'autres unités d'intervention d'urgence ont dû être déployées pour apporter un soutien aux établissements de soins de longue durée qui avaient été débordés en raison d'un grand nombre de décès et d'un manque de personnel (33). Dans de nombreux pays, les établissements de soins de longue durée n'ont pu avoir accès aux tests, aux équipements de protection individuelle (EPI) et au soutien médical qu'après avoir connu une importante flambée épidémique (34).

1.3 Principe directeur de l'action : ne laisser personne de côté

Les systèmes de santé ont la responsabilité d'offrir des soins sûrs, accessibles, abordables et de qualité, y compris des soins d'assistance et des soins palliatifs, à toutes les personnes, sans discrimination.

Toutefois, comme le montrent les données probantes, lors de la gestion d'une flambée de COVID-19, il est fréquent que les résidents des établissements de soins de longue durée soient confrontés à des risques plus élevés, soient sujets à des mesures de prévention moins ambitieuses et bénéficient de ressources insuffisantes, ainsi que d'un accès réduit aux services de santé essentiels, car, dans le contexte de la COVID-19, les systèmes de santé doivent faire face à d'importantes contraintes (35).

Les personnes âgées, en particulier celles atteintes d'affections sous-jacentes et qui présentent un risque élevé de développer une forme sévère de COVID-19, constituent une grande partie des utilisateurs des services de soins de longue durée, qui comprennent les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée (36). Des mesures immédiates doivent être prises pour prévenir l'infection et atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19 au sein de cette population, ainsi que pour s'assurer que les services de santé et les soins d'assistance essentiels sont bien fournis.

De plus, les femmes, en particulier les femmes âgées, représentent la part la plus élevée des personnes qui utilisent les services de soins, et sont aussi les principales personnes œuvrant dans la dispensation de soins de longue durée et de soins au niveau de la famille (1, 37). En outre, les services de soins de longue durée dépendent souvent fortement des travailleurs migrants et de certains groupes ethniques qui sont parfois particulièrement à risque (1, 38-40).

La riposte à la pandémie doit inclure les soins de longue durée afin de s'assurer que certains groupes ne sont pas marginalisés en raison de leur ethnicité, de leur tranche d'âge ou de leur sexe.

La question des droits de l'homme a également été un sujet de préoccupation, tant du point de vue d'une éventuelle prise en compte insuffisante des populations qui dépendent (ou qui fournissent) des soins de longue durée, qu'en ce qui concerne la nature des mesures adoptées pour réduire le risque d'infection (par exemple, l'interdiction des visites et l'interdiction de l'activité physique à l'extérieur). La riposte à la pandémie doit impérativement inclure les soins de longue durée, de sorte que des mesures appropriées et adaptées soient mises en œuvre et que les questions propres à ce type de soins soient bien prises en considération.

Jusqu'à présent, la COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée. Toutefois, c'est sur tous les aspects des soins de longue durée qu'une action concertée est nécessaire pour atténuer l'impact de cette pandémie, y compris sur les soins à domicile et sur les soins fournis au niveau de la communauté. En effet, la majorité des personnes qui utilisent ou fournissent ces soins font partie de celles qui présentent le risque le plus élevé de développer une forme grave de cette maladie.

Compte tenu de l'ampleur de l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, les mesures prises dans le cadre de la riposte et qui concernent les soins de longue durée représenteront dans de nombreux pays l'une des étapes fondamentales et essentielles pour atténuer les effets de la pandémie de COVID-19 (4).

Ce n'est qu'en prenant des mesures à l'égard des soins de longue durée que les pays pourront vraiment s'assurer que personne n'a été laissé de côté par la riposte à la pandémie de COVID-19 (41).

2. Riposte à la pandémie de COVID-19 dans les soins de longue durée

La pandémie de COVID-19 a bien attiré l'attention de l'opinion publique sur ses impacts immédiats et sur la nécessité de se préparer aux aléas de la situation actuelle ainsi qu'à la possibilité de nouvelles vagues dans le futur. Mais elle a également mis en évidence la présence d'obstacles structurels majeurs qu'il faudra lever pour améliorer la sécurité et la résilience des systèmes de soins de longue durée.

La plupart des pays ont jusqu'ici peiné à mettre au point des systèmes cohérents qui permettent d'assurer l'accès à des services de soins de longue durée centrés sur la personne, de qualité, qui répondent aux besoins croissants en matière de soins de santé et de soins d'assistance, et qui soient conformes aux droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine (1, 42-45). Même dans les pays à revenu élevé, un examen effectué par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a conclu que « nombreux sont les pays qui ont jusqu'ici élaboré leur politique de soins de longue durée au coup par coup, réagissant aux difficultés politiques ou financières de l'instant plutôt que de façonner les mesures de manière durable et lisible » (43).

Les défis exceptionnels auxquels les systèmes de soins de longue durée ont été confrontés et qui ont nui à leur capacité de faire face à la pandémie de COVID-19 sont examinés dans cette section. On y trouve également des propositions d'objectifs politiques et de mesures clés pour relever ces défis à court et à long terme.

Onze objectifs politiques basés sur les données probantes et les données d'expérience internationales disponibles à ce jour sont présentés à l'Encadré 2. Il est impératif que ces objectifs soient respectés pour permettre aux systèmes de soins de longue durée de faire face à la COVID-19.

Encadré 2. Onze objectifs politiques visant à atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19 dans l'ensemble des soins de longue durée

1. Inclure les soins de longue durée dans toutes les phases de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19.
2. Mobiliser un financement suffisant pour les soins de longue durée afin d'assurer une riposte à la pandémie de COVID-19 et de se relever ensuite de cette situation.
3. Assurer un suivi et une évaluation efficaces de l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, et une circulation efficace des informations entre les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'optimiser les interventions.
4. Obtenir les ressources et le personnel nécessaires, y compris des effectifs suffisants pour le secteur de la santé et des produits sanitaires adéquats, afin d'être en mesure de riposter à la pandémie de COVID-19 et de fournir des services de soins de longue durée de qualité.
5. Assurer le continuum et la continuité des services essentiels pour les personnes recevant des soins de longue durée, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs.
6. Veiller à ce que les normes de lutte anti-infectieuse soient mises en œuvre et respectées partout où sont prodigués des soins de longue durée afin de prévenir et de prendre en charge en toute sécurité les cas de COVID-19.
7. Accorder un degré de priorité élevé au dépistage, à la recherche des contacts et à la surveillance de la propagation de la COVID-19 parmi les personnes recevant et fournissant des services de soins de longue durée.
8. Apporter un soutien aux aidants familiaux et aux aidants bénévoles.
9. Accorder un degré de priorité élevé au bien-être psychosocial des personnes qui reçoivent des services de soins de longue durée comme à celui des personnes qui les fournissent.
10. Assurer une transition sans heurts vers la phase de récupération.
11. Prendre des mesures pour transformer les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'intégrer et d'assurer une gouvernance continue et efficace des services de soins de longue durée.

Chacun de ces objectifs politiques est abordé dans les différentes sections qui suivent.

2.1 Inclure les soins de longue durée dans toutes les phases de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19

2.1.1 Les difficultés

Une faible priorité politique est accordée aux soins de longue durée par rapport à la santé et à d'autres domaines politiques

Les soins de longue durée ont tendance à se voir accorder une priorité politique de second plan et sont souvent appelés « la Cendrillon de l'État-providence » car l'attention politique portée à leur importance est souvent transitoire et secondaire par rapport à celle accordée aux soins de santé (46). Ce manque d'attention politique est peut-être l'une des raisons pour lesquelles, dans de nombreux pays, ce secteur n'a pas été pris en compte dans la riposte politique initiale à la pandémie (4).

La gouvernance du système de soins de longue durée implique souvent plusieurs secteurs, différents ministères et différents niveaux de gouvernement, ce qui rend la coordination difficile

Dans la plupart des pays, les soins de longue durée relèvent simultanément de plusieurs ministères – généralement ceux de la santé et des affaires sociales, du développement et de la protection sociale. La coordination et l'intégration des services de soins de longue durée et des systèmes de santé sont souvent insuffisantes, et leur financement, leur réglementation, leurs systèmes d'information, leurs systèmes de formation et leur dotation en personnel ont tendance à se faire par le biais de mécanismes distincts et souvent complexes (1, 43).

Cette caractéristique a été à l'origine d'un certain nombre de difficultés rencontrées pendant la crise en rapport avec la pandémie de COVID-19. Par exemple, les modèles de dotation en personnel de relève permettant de faire face à l'augmentation du nombre de patients atteints de COVID-19 dans les hôpitaux n'étaient pas assez flexibles pour permettre de répondre à l'augmentation de la demande dans le secteur des soins de longue durée. Il s'est également révélé difficile de déplacer le personnel approprié dans l'ensemble du système en fonction des besoins. De façon similaire, le secteur des soins de longue durée, en particulier les établissements de soins de longue durée, a eu du mal à obtenir des tests et des EPI, ceux-ci ayant été dirigés en priorité vers les hôpitaux (47).

En outre, les pays répartissent fréquemment la responsabilité des soins de longue durée de manière verticale entre les acteurs aux niveaux national, régional et local, ce qui crée des difficultés dans la coordination des services et pour effectuer une surveillance efficace (48). Par exemple, en Espagne et en Italie, jusqu'à trois niveaux différents de gouvernement peuvent être impliqués dans l'organisation ou le financement des services des soins de longue durée reçus par une même personne (49, 50).

Les services de soins de longue durée sont assurés, en plus des aidants familiaux, par un mélange de prestataires de services du secteur public, du secteur privé à but lucratif et du secteur privé à but non lucratif.

Les services de soins de longue durée sont également caractérisés par un mélange de prestataires de services venant du secteur public, du secteur privé à but lucratif et du secteur privé à but non lucratif (51). Dans certains pays, la plupart des établissements de soins de longue durée sont gérés par des prestataires privés à but lucratif et, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ils font rarement l'objet d'une réglementation (52, 53).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en particulier, les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle important dans la prestation de services de soins de longue durée et sont souvent la seule source de soutien aux aidants non rémunérés. Toutefois, lorsqu'il n'existe pas d'ONG, il est fréquent que la responsabilité en matière de soins incombe entièrement aux familles. Ces soins non rémunérés sont rarement reconnus dans un système formel et ne sont donc pas inclus dans les processus ou les mécanismes de gouvernance autres que ceux des ONG qui apportent un soutien à ce travail. Ces structures peuvent être à l'origine d'un manque d'appropriation, d'un éparpillement de la responsabilité comptable, et d'une fragmentation des responsabilités, ce qui pose des problèmes de coordination et de qualité des soins et conduit à un développement insuffisant des systèmes d'information (43, 54).

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Possibilité que soit entravée l'inclusion des soins de longue durée dans la riposte nationale à la pandémie
- ➔ Possibilité que soient entravées la planification, la surveillance et la responsabilité comptable au cours de la pandémie
- ➔ Possibilité que soit entravée la coordination de la riposte entre le secteur des soins de longue durée et le secteur des soins de santé pour faire face à la pandémie
- ➔ Possibilité que soit entravée l'allocation efficace des ressources

2.1.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Assurer, au sein de l'organe directeur global responsable de la riposte à la pandémie de COVID-19, la présence d'un point focal pour la gestion des soins de longue durée (en mettant l'accent sur les personnes qui utilisent ces soins et sur les personnes qui les leur fournissent).
- Mettre en place des comités directeurs ainsi que des systèmes d'échange d'informations et de données conjoints entre les différents secteurs et les niveaux politiques infranationaux afin de garantir une bonne coordination de la riposte.
- Mettre en place un mécanisme de soutien aux prestataires qui travaillent en dehors d'un cadre réglementé, et axer ce mécanisme sur l'apport d'un soutien coopératif à ces prestataires plutôt que sur des mesures punitives.

Établissements de soins de longue durée

- Si le rôle des établissements de soins de longue durée dans la fourniture de soins de santé est élargi au cours de la pandémie, établir des mécanismes de déclenchement ou des seuils qui permettent d'activer une réaffectation échelonnée de leurs capacités à fournir des services de santé courants complets, y compris du personnel directement impliqué dans les soins de santé.

Exemples dans différents pays

À **Singapour**, l'Agence pour les soins intégrés et le Ministère de la santé, avec les prestataires de services de soins de longue durée, ont élaboré conjointement un certain nombre de mesures pour faire face à la pandémie de COVID-19. Il s'agit notamment de mesures concernant la lutte anti-infectieuse, l'accès aux EPI, la distanciation et le zonage, la suspension des visites, des solutions d'hébergement pour le personnel impliqué dans les soins de longue durée et la réalisation d'un dépistage pour le suivi des personnes ayant besoin de soins de longue durée et du personnel effectuant ces soins. L'Agence pour les soins intégrés a également mis sur pied une équipe d'intervention en cas de survenue d'un nouveau cas de COVID-19 afin d'aider les prestataires de soins de longue durée dans cette circonstance. Le Silver Generation Office, qui est un organisme de sensibilisation de l'Agence pour les soins intégrés, a apporté un soutien aux personnes âgées en fournissant des contacts, des informations et différents services au cours de la pandémie (55, 56).

En **Israël**, une équipe dirigeante a été nommée pour gérer les flambées de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée dans tout le pays. Cette équipe a préparé un plan national dans le cadre du projet Fathers and Mothers Shield. Ce plan comprend notamment la création d'un quartier général où sont coordonnées les différentes actions menées par le gouvernement. De plus, tout au long de la pandémie, le Home Front Command a aidé les établissements de soins de longue durée à gérer l'accès des visiteurs, la désinfection, ainsi que la livraison de nourriture et d'équipements, et a organisé des formations et proposé des orientations sur les mesures de protection et de prévention (57).

À **Malte**, la Social Care Standards Authority, qui est l'organisme de réglementation des soins de longue durée, a classé dès le début du mois de mars les structures de soins fournis en établissement comme étant à risque élevé en ce qui concerne la COVID-19. Elle a publié immédiatement des directives dans son document aide-mémoire sur la COVID-19 (2020). La coopération entre l'Autorité de santé publique et la Social Care Standards Authority a été immédiate, ce qui s'est avéré être le principal catalyseur de la protection des personnes âgées dans les établissements (58).

2.2 Mobiliser un financement suffisant pour les soins de longue durée afin d'assurer une riposte à la pandémie de COVID-19 et de se relever ensuite de cette situation

2.2.1 Les difficultés

Le financement public alloué aux soins de longue durée est limité

La dépense publique moyenne consacrée aux soins de longue durée est très faible ; elle représente moins de 1 % du PIB mondial. Cette insuffisance de financement public compromet l'accès aux soins de longue durée (42). Cette difficulté est encore plus prononcée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, rares étant ceux où les soins de longue durée bénéficient d'une source de financement public spécifique.

Les régimes publics de prestations pour les soins de longue durée sont généralement fondés sur les besoins et les moyens, et nécessitent souvent des co-paiements, une grande partie de la population se retrouvant ainsi exclue du système public

Dans la plupart des pays, les régimes publics de prestations pour le soutien aux soins de longue durée sont fondés sur les besoins et les moyens, et nécessitent souvent des co-paiements. Ceux dont les besoins sont les plus grands reçoivent souvent davantage de

soutien, mais certains pays fixent également des limites sur le montant qui peut être couvert par des ressources publiques. Même si, dans certains pays, les personnes les plus vulnérables sont exemptées des coûts supplémentaires en rapport avec les soins de longue durée, ces soins représentent en général, un peu partout dans le monde, une dépense considérable pour les personnes qui en bénéficient (43, 59, 60). De plus, une part importante de ces soins étant prodiguée par des aidants non rémunérés, une grande partie du coût de ces soins incombe dans la pratique aux familles, avec une combinaison de coûts d'opportunité liés à la prestation des soins qu'ils assurent et de coûts directs. Seul un nombre limité de pays disposent de mécanismes de financement qui protègent l'ensemble de la population contre les coûts exorbitants des soins de longue durée (1).

Diminution des revenus du secteur des soins de longue durée et augmentation des coûts de ces soins

L'augmentation des coûts des EPI et de la main-d'œuvre signifie que les prestataires de services doivent faire face à des coûts supplémentaires importants. Parallèlement, leurs revenus diminuent en raison de la baisse du taux d'occupation dans les établissements de soins de longue durée (qui résulte à la fois de la diminution des admissions et de l'augmentation du nombre de décès par rapport à la situation habituelle) et ils sont confrontés à la fermeture de services communautaires tels que les structures de prise en charge de jour.

Dans plusieurs pays, des fonds d'urgence ont été affectés au soutien du secteur des soins de longue durée pendant cette crise. Toutefois, la fourniture et la répartition des ressources peuvent être plus faciles dans les pays dotés de systèmes de soins de longue durée développés et réglementés. La fourniture de ressources et d'un soutien au secteur des soins de longue durée non agréé pose des difficultés supplémentaires.

Les difficultés particulières rencontrées dans le financement des soins de longue durée ont limité la réaction du système consacré à ces soins et sa capacité à aider à couvrir les coûts supplémentaires dus à la préparation et à la riposte à la pandémie de COVID-19.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Le financement insuffisant des coûts supplémentaires en rapport avec la riposte à la pandémie de COVID-19 peut mettre en danger la sécurité des personnes qui utilisent ou fournissent des soins de longue durée
- ➔ L'augmentation des coûts des soins due à la pandémie entraîne une augmentation des paiements directs pour les utilisateurs de ces soins

2.2.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Envisager d'injecter des fonds spécifiques supplémentaires pour les soins de longue durée afin de couvrir les coûts additionnels liés à la pandémie (par exemple, les coûts du personnel supplémentaire, de la formation à la lutte anti-infectieuse ainsi que du matériel comme les EPI et les solutions hydroalcooliques).
- Envisager de réduire pour les prestataires les coûts réglementaires ainsi que d'autres coûts (comme les besoins en personnel) pendant toute la durée de la pandémie.
- Offrir une certaine souplesse dans l'utilisation des fonds d'urgence alloués aux personnes qui utilisent ou qui fournissent des soins de longue durée.

Établissements de soins de longue durée

- Fournir des fonds pour compenser la baisse des taux d'occupation et assurer la prestation de services de santé et de soins essentiels de qualité.
- Fournir aux prestataires des établissements de soins de longue durée des fonds afin de couvrir les dépenses supplémentaires engagées pour assurer la sécurité de leurs résidents et de leur personnel, y compris les mesures de lutte anti-infectieuse supplémentaires et les tests de dépistage de la COVID-19.

Soins dans la communauté

- Apporter un soutien aux prestataires (en particulier à ceux des structures à but non lucratif) qui subissent des pertes de revenus s'ils doivent, pendant la pandémie, fermer certains services comme les structures de prise en charge de jour et les centres communautaires.
- Permettre une certaine souplesse dans l'utilisation des budgets personnels et des autres avantages en espèces, par exemple en autorisant leur utilisation pour employer un membre de la famille ou un voisin lorsque les centres communautaires ne sont pas disponibles.

Aidants

- Apporter un soutien aux aidants qui doivent parfois fournir des soins supplémentaires afin de compenser le fait que les soins habituels ne sont pas disponibles, et qui peuvent être dans l'obligation d'abandonner leur emploi pour ce faire.

Exemples dans différents pays

Aux **États-Unis d'Amérique**, le plan de relance COVID-19 de 3 billions de US \$ approuvé dans le cadre du Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security (CARES) Act comprend un financement destiné au secteur des soins de longue durée. Sur les 100 milliards de US \$ alloués aux prestataires de soins de santé en vertu du CARES Act, 50 sont distribués aux hôpitaux et aux prestataires de soins de longue durée, y compris aux personnes qui fournissent des soins à domicile (61). Au 3 juin 2020, 4,9 milliards de US \$ avaient été alloués aux structures qui fournissent des soins infirmiers qualifiés (62).

En **République de Corée**, le Ministère de la santé et du bien-être social et le Service national coréen d'assurance maladie ont publié des directives temporaires sur le remboursement pour le secteur des soins de longue durée. Ces directives tiennent compte de la nécessité de la mise en place de mesures de distanciation physique et des pénuries de personnel liées à la pandémie de COVID-19. En outre, les prestataires de services opérant dans des zones de catastrophe particulières ne seront pas sujets à des réductions de paiement s'ils ne peuvent pas respecter les obligations en matière de personnel au cours de la pandémie (63).

En **Chine**, les prestataires de soins de longue durée subventionnés ont reçu une allocation spéciale unique pour aider à la dotation en personnel (par exemple, pour l'embauche et le redéploiement de travailleurs, ou pour le remboursement d'heures supplémentaires) afin d'assurer la continuité de la prestation des services de soins de longue durée. Selon les estimations, le montant de ce soutien s'élèvera à un total d'environ 1,6 million de US \$ (64, 65, 66).

2.3 Assurer un suivi et une évaluation efficaces de l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, et une circulation efficace des informations entre les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'optimiser les interventions

2.3.1 Les difficultés

Seul un nombre limité de pays disposent de systèmes d'information et de surveillance pour les systèmes de soins de longue durée

Relativement peu de pays disposent de systèmes d'information et de surveillance qui collectent des données individuelles sur les caractéristiques, les besoins et les résultats des personnes qui utilisent des services de soins de longue durée structurés, ainsi que sur le type et la qualité des soins reçus par ces personnes. Ce phénomène est une manifestation de l'insuffisance globale des sources de données sur les personnes âgées (qui sont souvent des utilisateurs de soins de longue durée) et du manque de données ventilées en fonction de l'âge et du sexe (67).

Lorsque des données individuelles sont disponibles, elles ne concernent souvent que des personnes qui utilisent des soins de longue durée financés par l'État ou des personnes qui fournissent ces services. En outre, les données sur les soins de santé et les données sur les services sociaux sont généralement collectées dans des systèmes distincts, ce qui rend difficile l'établissement d'un lien entre les différentes données concernant une même personne.

Il a été fait état d'établissements de soins de longue durée non réglementés ayant été « découverts » du fait de la pandémie de COVID-19 (68). L'absence de données individuelles sur les caractéristiques des résidents des établissements de soins de longue durée a été identifiée comme un obstacle à la planification de la riposte à la pandémie de COVID-19 (69, 70). Cela signifie, par exemple, que les modèles mathématiques qui ont servi de base à la planification pour lutter contre la pandémie n'ont pas, dans leurs calculs, pris en compte de manière séparée les résidents des établissements de soins de longue durée et les autres personnes des populations environnantes (71).

Initialement, les données collectées sur la pandémie ne concernaient que les personnes chez qui un test avait été réalisé et qui étaient décédées dans les hôpitaux.

Très peu de pays publient des données sur le nombre de résidents d'établissements de soins de longue durée infectés par le virus responsable de la COVID-19 ou qui sont décédés de cette maladie (cas présumés ou confirmés). Étant donné que les résidents des établissements de soins de longue durée ont été moins susceptibles de faire un test ou d'être admis à l'hôpital que les personnes vivant dans des ménages privés, il est probable que le nombre de décès dus à la COVID-19 est sous-estimé dans les pays où les décès survenus en dehors de l'hôpital ne sont pas inclus.

En mai 2020, une initiative internationale visant à obtenir des données sur les décès chez les résidents des établissements de soins de longue durée n'a retrouvé des données accessibles au public que pour 21 pays (6). En l'absence de données sur l'impact de l'infection sur les établissements de soins de longue durée et sur les personnes qui ont recours à ces soins et qui vivent dans la communauté, il existe un risque que les ressources nécessaires pour la prévention de la COVID-19 et l'atténuation de son impact dans le secteur des soins de longue durée (financements, main-d'œuvre, tests, EPI et autres équipements) ne soient pas fournies de manière adéquate et en temps opportun.

Il existe peu de données sur les effets connexes de la pandémie sur la santé

Pour de nombreuses personnes qui ont recours à des soins d'assistance, en particulier à des soins communautaires, il est probable que leur accès habituel à ces soins a été perturbé, ce qui peut les exposer à des risques (par exemple à un risque de malnutrition, de non-détection d'une infection ou d'autres complications sanitaires). Des données permettant d'identifier les personnes qui présentent un risque pourraient aider à identifier les lacunes et à reconfigurer les services en fonction des besoins.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Il est difficile de faire un suivi de l'impact de la COVID-19 dans les services de soins de longue durée
- ➔ Il est difficile d'élaborer des plans de riposte adaptés pour les soins de longue durée afin d'atténuer l'impact de la pandémie
- ➔ Il est difficile d'inclure les populations bénéficiant de soins de longue durée dans les projections des modélisations
- ➔ Il est difficile de faire un suivi de l'impact sanitaire de la COVID-19 sur les utilisateurs de soins de longue durée et sur la main-d'œuvre qui fournit ces soins
- ➔ Les informations disponibles sont dispersées entre les établissements de soins de longue durée et les établissements de santé

2.3.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Trouver comment utiliser efficacement les données existantes sur la gestion des soins de longue durée lorsque celles-ci sont disponibles (par exemple, les données MDS 3.0 aux États-Unis d'Amérique, et les systèmes d'évaluation interRAI au Canada et en Nouvelle-Zélande) pour obtenir des modélisations de l'impact de la COVID-19 sur la santé (y compris sur la santé mentale) et sur le comportement des personnes âgées dans les soins de longue durée. Pour les pays où ces systèmes ne sont pas disponibles, envisager, à plus long terme, de mettre en place des systèmes de données sur la gestion des soins.
- Favoriser la recherche sur l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, ainsi que les mesures visant à atténuer cet impact, afin d'identifier les lacunes et de se préparer aux pandémies futures.

Établissements de soins de longue durée

- Mettre en place un système de surveillance des personnes atteintes de COVID-19 et des décès qui surviennent dans les établissements de soins de longue durée (cas probables et cas confirmés, données ventilées en fonction de l'âge, du sexe, de l'existence d'un handicap ou d'une affection préexistante), et s'assurer que ceux-ci sont intégrés aux systèmes de surveillance existants.
- Mettre en place les mécanismes juridiques nécessaires pour sécuriser et transmettre régulièrement et fréquemment les informations en rapport avec la COVID-19 à l'intention et à partir des établissements de soins de longue durée, des établissements de santé, des autorités de santé publique et du public.
- Mettre en place un mécanisme pour s'assurer que ces données sont analysées régulièrement et que les conclusions sont utilisées pour affiner la politique gouvernementale en matière de riposte à la COVID-19.

Soins dans la communauté

- Mettre en place, à l'intention des organismes publics responsables de la commande de services, des mécanismes pour préparer des rapports sur le nombre de personnes atteintes de COVID-19 parmi les personnes qui reçoivent ou fournissent des soins de longue durée dans la communauté et à domicile.

Exemples

En **Afrique du Sud**, les personnes chargées de la gestion des établissements de soins de longue durée doivent signaler au Département du développement social les cas de COVID-19 confirmés (72).

Dans l'**Union européenne**, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (une agence de l'Union européenne) a inclus les établissements de soins de longue durée dans sa stratégie de surveillance de la COVID-19 au niveau national et au niveau de l'Union européenne/de l'Espace économique européen, et collecte auprès des États membres des données sur les mesures d'atténuation, les taux d'infection et la mortalité (73).

En **Argentine**, dans la commune de La Plata, une ONG a co-développé un site Web pour la surveillance des établissements de soins de longue durée agréés ou informels, et pour partager ces informations. Cette plateforme a été utilisée pour étudier la préparation des établissements de soins de longue durée à la pandémie de COVID-19 et a permis au gouvernement local de s'assurer qu'un test était réalisé chez tous les employés des établissements de soins de longue durée (53).

2.4 Obtenir les ressources et le personnel nécessaires, y compris des effectifs suffisants pour le secteur de la santé et des produits sanitaires adéquats, afin d'être en mesure de riposter à la pandémie de COVID-19 et de fournir des services de soins de longue durée de qualité

2.4.1 Les difficultés

Pénuries de main-d'œuvre, salaires insuffisants et mauvaises conditions de travail antérieurs à la crise

Avant la pandémie de COVID-19, les pénuries de main-d'œuvre, l'insuffisance des salaires, les mauvaises conditions de travail et la faible proportion de personnel qualifié constituaient déjà des sujets de préoccupation majeurs dans les systèmes de soins de longue durée (2, 3, 73). La main-d'œuvre qui apporte un soutien aux personnes ayant besoin de soins de longue durée est majoritairement de sexe féminin (90 %) (37), et, dans de nombreux pays, une grande partie des soignants qui la composent sont des travailleurs migrants (74). Il est par ailleurs courant que les soignants soient embauchés avec des contrats « zéro heure » et/ou qu'ils travaillent pour plusieurs établissements ou organismes en parallèle (75).

Pénurie de personnel de soins de longue durée au cours de la pandémie

Dans de nombreux pays, les services de soins de longue durée, en particulier les établissements de soins de longue durée, ont connu une grave pénurie de personnel au cours de la pandémie, lorsque leur personnel a dû se mettre en quarantaine en raison d'une COVID-19 présumée ou confirmée (49, 50, 76, 77). Cela s'est produit à un moment où, en raison des restrictions de visite et de déplacement, le soutien apporté par les aidants familiaux et d'autres aidants non rémunérés est devenu limité, alors que ces aidants contribuent de manière importante aux soins, même dans les établissements de soins de longue durée. À certains moments, les pays ont dû avoir recours à des mesures extrêmes, par exemple en faisant appel à l'armée ou à d'autres services d'urgence, lorsque les établissements de soins de longue durée ont été débordés et ont manqué de personnel (49).

Dans certains pays, les agents qui fournissent des soins de longue durée et les aidants n'étaient pas considérés au départ comme des travailleurs clés, et, du fait des mesures de confinement ou d'un couvre-feu, n'étaient plus en mesure de se rendre sur leur lieu de travail (ou de continuer à fournir des soins à des personnes vivant dans d'autres ménages) (78, 79). Leur risque d'être exposé au virus était parfois augmenté du fait qu'ils utilisaient les transports en commun ou vivaient dans des logements surpeuplés.

Difficultés à s'adapter à l'augmentation des besoins en soins de santé dans les établissements de soins de longue durée

Bien que certains établissements de soins de longue durée emploient du personnel infirmier et d'autres types de personnel de soins, cela n'est pas le cas de tous les établissements de ce type. Il a été signalé que, dans certains établissements de soins de longue durée, des membres du personnel non formés sur le plan médical se sont retrouvés en difficulté lorsqu'ils ont dû fournir des soins à des personnes atteintes de COVID-19 ou qui avaient besoin de soins palliatifs, sans le soutien d'un personnel formé aux soins et sans la surveillance d'agents de santé qualifiés comme des médecins ou du personnel infirmier.

Dans une région d'Espagne, l'ensemble des établissements de soins de longue durée a dû être placé sous le contrôle du Département de la santé au cours de la pandémie, car des obstacles administratifs rendaient impossible le transfert de personnel et de fournitures médicales depuis les services de santé vers les établissements de soins de longue durée (49).

Impossibilité pour les personnes qui fournissent des soins de longue durée et pour les aidants d'obtenir des EPI

Dans de nombreux pays, les personnes qui fournissent des soins de longue durée et les aidants ont rencontré des difficultés pour obtenir des EPI et d'autres types de ressources (comme du gel hydroalcoolique pour les mains ou du désinfectant) en raison des pénuries au niveau mondial et de la priorité accordée aux hôpitaux et autres structures de santé. Certaines de ces personnes ont déclaré avoir dû en conséquence acheter des EPI à des prix excessifs.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Les soins de longue durée doivent faire face à une pénurie importante de main-d'œuvre
- ➔ Les efforts pour compenser la pénurie de main-d'œuvre entraînent souvent un roulement important du personnel, ce qui peut faire obstacle à la continuité des soins, alors que l'uniformité des mesures est importante pour la lutte anti-infectieuse
- ➔ L'intégrité du travail fourni par une main-d'œuvre composée en majorité de femmes et de travailleurs migrants est malmenée, et la valeur de cette main-d'œuvre est souvent dépréciée
- ➔ En raison de mauvaises conditions de travail, comme l'absence d'indemnisation en cas de congé de maladie, les personnes subissent une forte pression financière pour continuer à travailler lorsqu'elles sont malades
- ➔ La sécurité au travail de la main-d'œuvre qui fournit les soins de longue durée n'est pas suffisamment prise en considération
- ➔ Les établissements de soins de longue durée, la main-d'œuvre qui fournit les soins de longue durée (y compris les aidants) et les bénéficiaires de ces soins manquent d'EPI
- ➔ Les établissements de soins de longue durée manquent de fournitures médicales essentielles et de main-d'œuvre pour fournir les soins
- ➔ Dans les établissements de soins de longue durée, la prestation de services essentiels ne bénéficie pas suffisamment d'une surveillance par des agents de santé qualifiés

2.4.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Obtenir, en coordination avec le point focal sur les soins de longue durée, une estimation de la capacité des renforts nécessaires pour soutenir les services de soins de longue durée.
- Établir des liens entre la chaîne d'approvisionnement destinée aux soins de santé et celle destinée aux services sociaux afin d'assurer un approvisionnement continu et l'absence d'incompatibilités pendant la pandémie de COVID-19.
- Recruter du personnel supplémentaire et élaborer des programmes de formation rapide (par exemple, recruter des retraités, des étudiants issus de programmes de formation sanitaire ou en soins de longue durée ainsi que des bénévoles) sur les mesures de lutte anti-infectieuse.
- Trouver des solutions aux problèmes en rapport avec les contrats ainsi qu'aux questions connexes, et mettre en place des politiques et des mesures permettant de garantir la sécurité du personnel tout en lui donnant aussi la possibilité de travailler de façon souple et de passer, en fonction des besoins, des services de soins de santé aux services de soins de longue durée.
- Établir des emplois du temps, et décider à l'avance quelles personnes, parmi le personnel des systèmes de santé, pourraient être réaffectées s'il devenait nécessaire d'apporter un soutien au personnel des établissements de soins de longue durée.
- Mettre en place des mesures afin que les politiques ne fassent pas obstacle à des soins importants fournis à domicile, au niveau de la communauté ou dans des établissements, par la main-d'œuvre impliquée dans les soins de longue durée.
- Mettre en place des mesures afin de faire un suivi du personnel qui travaille à plusieurs endroits et présente donc un risque élevé de transmission, et envisager d'apporter une aide au transport et à l'hébergement du personnel afin de diminuer le risque d'infection lors des flambées épidémiques locales.
- Fournir un paiement financier au personnel soignant afin de l'inciter à rester en poste pendant l'épidémie et de l'indemniser pour la charge de travail et le stress supplémentaires qu'il doit endurer.

Établissements de soins de longue durée

- Assurer un approvisionnement adéquat en EPI dans les établissements de soins de longue durée afin de protéger le personnel soignant contre l'infection.
- Fournir des conseils de formation adéquats et s'assurer de la formation systématique du personnel et des aidants familiaux sur les mesures de lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée afin que ces personnes puissent continuer à fournir des soins dans ces établissements.
- Aider à la mise en place d'une organisation flexible permettant aux équipes de soins palliatifs ainsi qu'à d'autres agents de santé et à d'autres personnes impliquées dans des soins pertinents de travailler avec le personnel des établissements de soins de longue durée afin d'assurer l'accès à des soins palliatifs en fonction des besoins.

- Assurer une surveillance adéquate par un personnel dûment formé afin de fournir les services essentiels dans les établissements de soins de longue durée.
- Assurer la distribution d'EPI aux agents qui fournissent des soins à domicile, en particulier aux personnes qui fournissent des soins nécessitant un contact rapproché.
- Fournir des conseils de formation adéquats et s'assurer de la formation systématique des personnes qui fournissent des soins dans la communauté.

Aidants familiaux et autres aidants bénévoles

- Assurer la distribution d'EPI aux aidants qui fournissent des soins nécessitant un contact rapproché.
- Fournir des conseils adéquats et proposer une formation aux aidants familiaux ainsi qu'aux autres aidants bénévoles.

Exemples dans différents pays

En **Autriche**, les réglementations en matière de dotation de personnel et d'octroi de licences pour les soignants ont été considérablement assouplies pendant la pandémie de COVID-19. Cela permet aux personnes qui ont fait le service national (si elles y ont opté pour des fonctions civiles) de fournir des soins de base. Les personnes faisant leur service national ont contribué à la gestion de certains aspects logistiques au cours de la pandémie. Leur emploi en tant que soignants peut être rendu obligatoire par le gouvernement. En outre, les personnes qui entreprennent une formation dans les domaines pertinents et les personnes intéressées qui sont actuellement au chômage peuvent également participer (76).

En **Irlande**, en mars 2020, Nursing Homes Ireland a lancé une campagne de recrutement pour les maisons de retraite (privées ou gérées par une ONG). En outre, la direction des services de santé a accepté de redéployer du personnel (sur une base volontaire) dans les maisons de retraite privées (77).

En **Inde**, certains établissements de soins de longue durée apportent un soutien à leur personnel interne par des mesures incitatives, par exemple en lui fournissant gratuitement de la nourriture. De plus, certains établissements ont mis en place des mesures pour améliorer la santé mentale de leur personnel ; ces mesures consistent à prendre régulièrement de leurs nouvelles et à mettre à leur disposition des services de conseil (78).

En **Israël**, lorsqu'un établissement de soins de longue durée connaît une pénurie de personnel, le Ministère de la santé envoie une équipe spéciale pendant 7 à 14 jours afin d'aider à la prestation des soins pendant la période critique (57).

Aux **Pays-Bas**, depuis le 19 mai 2020, les EPI sont disponibles gratuitement pour les soignants qui fournissent des soins nécessitant un contact rapproché (moins de 1,5 mètre) avec les personnes qui ont besoin de soins de longue durée (80).

En **Espagne**, le personnel soignant des centres de soins communautaires a aidé à la prestation de soins à domicile, par exemple par téléphone. De plus, le secteur des soins de longue durée peut embaucher du personnel non qualifié en cas d'absentéisme de son personnel habituel (49).

En **Australie**, les soignants qui travaillent dans des établissements de séjour recevront une prime de rétention pouvant aller jusqu'à 800 dollars australiens après impôt pour deux trimestres travaillés. Le gouvernement a fait appel à des prestataires de soins de santé pour former des équipes d'intervention rapide dans le secteur des soins de longue durée. Ces équipes peuvent intervenir dans chaque État lorsque cela est nécessaire. Les règles relatives aux visas ont été assouplies pour permettre au personnel de travailler pendant un nombre d'heures plus important (81).

Dans certaines parties du **Royaume-Uni**, le salaire des soignants a été augmenté et le personnel travaillant pendant la pandémie de COVID-19 a reçu un paiement supplémentaire exceptionnel (82).

2.5 Assurer le continuum et la continuité des services essentiels pour les personnes recevant des soins de longue durée, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs

2.5.1 Les difficultés

Besoin de soins continus et complexes, avec des niveaux élevés de contact physique et affectif

Les personnes qui doivent recevoir des soins de longue durée ont souvent besoin de structures apportant un soutien continu, complexe et personnalisé. Les soins d'assistance pour les tâches personnelles, notamment, exigent des niveaux élevés de contact physique et affectif. La continuité des soins est particulièrement importante pour les personnes qui reçoivent ces soins et qui dépendent de ce soutien (1). Dans de nombreux pays, la majorité des résidents des établissements de soins de longue durée sont atteints de démence (83-85).

Variabilité de la prestation des soins de santé dans les établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée peuvent être de types très différents. Bien que certains soient spécialisés dans la prestation de soins médicaux, comme les hôpitaux de soins de longue durée ou certaines maisons de retraite, d'autres, généralement les établissements de logement simple ou les établissements de logement avec aide à la vie quotidienne, ne disposent pas toujours de personnel formé aux soins de santé. Dans de nombreux pays, les établissements de soins de longue durée ont eu du mal à fournir un soutien et des ressources aux services de santé essentiels alors qu'ils devaient déjà répondre à la charge que représente la COVID-19 (notamment dans les domaines des soins de réadaptation et des soins palliatifs).

Possibilité de pratiques discriminatoires lors du triage au moment des admissions à l'hôpital

Selon certaines informations, des résidents d'établissements de soins de longue durée n'ont pas pu accéder à des soins de santé dans les hôpitaux (49, 50) et ont eu un accès limité aux soins primaires. Il a également été signalé que des versions préliminaires de certaines directives en matière de soins ont été mises en place alors qu'elles ne respectaient pas les normes habituelles axées sur la personne (86). Les pays ont réagi en soulignant l'importance d'un accès équitable à la santé et aux soins palliatifs pour les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections préexistantes au cours de la pandémie de COVID-19 (35, 36).

Implications dans le contexte de la COVID-19

- Dans de nombreux pays, les établissements de soins de longue durée ont éprouvé des difficultés à fournir un soutien et des ressources en matière de soins de santé afin de permettre la poursuite des services de santé essentiels et de fournir des services de soins d'assistance dans le cadre du nouveau défi que représente la COVID-19
- Les résidents d'établissements de soins de longue durée se sont parfois vu refuser des soins en milieu hospitalier en raison de critères non pertinents ou discriminatoires, comme l'âge, sous prétexte qu'ils étaient trop fragiles pour survivre

2.5.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Envisager d'élaborer des voies d'accès aux soins en rapport avec la COVID-19 qui soient clairement définies et prennent en compte les établissements de soins de longue durée ainsi que les structures de soins à domicile et de soins dans la communauté, et qui devront être suivies pour organiser le transfert des personnes présentant des symptômes de COVID-19 et des symptômes sans lien avec la COVID-19 vers les soins primaires, secondaires ou tertiaires (87, 88, 89).
- Envisager d'utiliser la télésanté ainsi que les technologies virtuelles appropriées pour les consultations, en tenant compte du point de vue des personnes âgées, et en fournissant le soutien nécessaire pour que ces technologies soient utilisées de manière efficace.
- Veiller à ce que l'ensemble des plans de soins palliatifs et des directives sur les soins avancés soient à jour et appliqués sur la base d'une approche axée sur la personne.
- Veiller à ce que des politiques, des programmes et des directives nationaux et régionaux soient en place pour aider à la bonne réalisation des soins palliatifs dans les établissements et les services de soins de longue durée (y compris l'apport d'un soutien physique, psychologique, social et spirituel).

Établissements de soins de longue durée

- Envisager d'impliquer les résidents des établissements de soins de longue durée dans l'élaboration de protocoles d'orientation vers des soins spécialisés et d'accès aux services de santé essentiels. Veiller à ce que ces protocoles ne comprennent aucune sélection fondée sur l'âge ou l'existence de pathologies, et que les décisions en matière de soins soient déterminées par les besoins et les préférences des personnes.
- Veiller à ce que tous les établissements de soins de longue durée bénéficient du soutien d'un service de soins primaires.
- Mettre en place des équipes d'intervention rapide, de préférence avec une formation en gériatrie et en soins palliatifs, pour les établissements de soins de longue durée qui accueillent des personnes âgées, afin de diminuer les hospitalisations pouvant être évitées et d'assurer une communication et une prise de décisions optimales axées sur la personne.
- Veiller à ce que le personnel soit formé à la prestation de soins palliatifs et sache communiquer sur les décisions en matière de décès, d'approche de la mort et de fin de vie (35).

Exemples dans différents pays

Aux **États-Unis d'Amérique**, l'utilisation de la télésanté à domicile a été élargie, la surveillance à distance des patients pouvant maintenant être remboursée. Depuis mars 2020, les bénéficiaires de l'assurance-maladie peuvent profiter d'interventions comportementales ou concernant la toxicomanie. Une fois la phase aiguë passée, les personnes qui présentent des symptômes graves de COVID-19 peuvent maintenant réaliser des visites par télésanté. Cela permet aux travailleurs sociaux, aux psychologues cliniciens, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes et aux orthophonistes d'effectuer des évaluations et des traitements à distance. Cela peut également être utile aux personnes ayant besoin de soins de longue durée qui vivent dans leur communauté (61).

En **Italie**, les équipes spéciales de soins palliatifs ont pu se réorganiser rapidement afin de répondre à la demande promptement et de manière flexible. Elles ont, par exemple, créé des réseaux de services de soins de fin de vie en faisant passer du personnel des services de soins de fin de vie en établissement vers des services à domicile. Ces expériences ont également permis de mettre en évidence l'important besoin d'effectuer des conférences de cas et des collaborations entre équipes similaires pour être en mesure de décider rapidement vers quel secteur allouer les ressources en priorité (par exemple, décider quelles personnes recevront un soutien après leur sortie de l'hôpital) (50, 90).

En **Autriche**, l'Association nationale des soins palliatifs a publié une note de synthèse sur les soins palliatifs pendant la pandémie de COVID-19 et a fourni des orientations sur l'accès aux soins palliatifs pour les personnes qui ne pourront pas bénéficier des soins intensifs habituellement fournis. Cette association a également publié des directives à l'égard des aidants familiaux et du personnel impliqué dans les soins de longue durée. De plus, le gouvernement a fourni des orientations pluridisciplinaires afin d'aider les personnes atteintes de COVID-19 qui arrivent en fin de vie. Des directives cliniques et d'autres documents sur la façon de faciliter le soutien social et le deuil pour les aidants familiaux et les soignants qui s'occupent de personnes en fin de vie pendant la pandémie de COVID-19 ont également été publiées (76).

En **Slovénie**, des équipes médicales sont prêtes à être déployées dans les établissements de soins de longue durée en hébergement pour aider le personnel permanent au cas où il viendrait à être épuisé ou débordé (91).

2.6 Veiller à ce que les normes de lutte anti-infectieuse soient mises en œuvre et respectées partout où sont prodigués des soins de longue durée afin de prévenir et de prendre en charge en toute sécurité les cas de COVID-19

2.6.1 Les difficultés

Absence d'obligation de mettre en œuvre des orientations sur la lutte anti-infectieuse pour les soins de longue durée

Dans de nombreux pays, les orientations sur la lutte anti-infectieuse destinées aux personnes qui fournissent des soins de longue durée ont été élaborées relativement tard dans la pandémie, et bon nombre des directives n'ont inclus que tardivement les données probantes qui montraient l'existence d'une transmission asymptomatique et de symptômes atypiques de la COVID-19. Souvent, des orientations n'ont été élaborées qu'à l'intention des établissements de soins de longue durée, et ni les personnes qui fournissent ces soins au niveau des communautés ni les aidants familiaux ne disposaient d'orientations. Enfin, il n'existe pas de mécanismes qui permettraient de s'assurer de la mise en œuvre de ces lignes directrices et de faire le suivi de leur mise en œuvre.

Manque d'expérience et de formation en matière de lutte anti-infectieuse dans les soins de longue durée, et difficultés de mise en œuvre qui en résultent

Dans de nombreux pays, les systèmes et la formation en matière de lutte anti-infectieuse dont disposent les personnes qui fournissent des soins de longue durée sont de qualité insuffisante. En conséquence, ces personnes n'ont souvent que des connaissances rudimentaires sur la lutte anti-infectieuse et l'utilisation correcte des EPI.

Ce problème est particulièrement important dans les établissements de soins de longue durée qui font appel à un personnel temporaire ou venant d'agences de travail intérimaire. Même lorsque des orientations et une formation sont disponibles, la mise en œuvre de certaines mesures peut poser des difficultés du fait que les soins d'assistance à fournir aux personnes nécessitent un contact rapproché. Les pays qui ont eu du mal à contenir les infections dans les établissements de soins de longue durée ont signalé des pénuries de tests, d'EPI et de personnel, des difficultés à mettre en œuvre la distanciation physique (qui sont dues à la manière dont sont habituellement conçus ces établissements) ainsi que l'absence de structures alternatives pour permettre un isolement.

Dans tous les pays, des directives ont souligné l'importance d'isoler les résidents présentant des symptômes de COVID-19 ainsi que les personnes ayant été en contact avec des personnes atteintes d'une COVID-19 présumée ou confirmée. Alors que, dans certains pays, les résidents des établissements de soins de longue durée vivent dans des chambres individuelles dotées de leur propre salle d'eau, ce n'est pas le cas partout. La structure particulière des bâtiments des établissements de soins de longue durée peut également constituer un obstacle lorsqu'on cherche à établir des zones de quarantaine efficaces. Les responsables des établissements de soins de longue durée doivent recevoir un soutien pour évaluer la capacité de leur établissement à mettre en

œuvre des politiques d'isolement efficaces et à créer des espaces de quarantaine supplémentaires si la configuration de l'établissement n'apporte pas naturellement les éléments constitutifs d'une stratégie d'isolement efficace.

Dans les pays qui ont connu une épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (en anglais, *severe acute respiratory syndrome*, soit MERS), les systèmes de lutte contre les infections ont récemment été renforcés dans les établissements de soins de longue durée et les structures communautaires. Les personnes présentant une COVID-19 présumée ou confirmée ont eu tendance à être transférées systématiquement vers des établissements où elles pouvaient être isolées, ce qui semble avoir permis de contrôler avec succès les flambées épidémiques (63). Toutefois, il n'existe pas encore de données probantes sur l'impact que peuvent avoir ces mesures sur le bien-être mental et physique des résidents de ces établissements.

Dans certains pays, un grand nombre d'établissements de soins de longue durée ne sont pas agréés, et ne sont donc pas réglementés. Ces établissements doivent absolument recevoir un soutien qui leur permette d'être en mesure d'assurer la sécurité de leurs résidents (53).

De même, les services de soins communautaires sont plus rarement soumis à un contrôle réglementaire direct que les établissements de soins de longue durée en hébergement. Et il est très rare de trouver des systèmes d'information et de surveillance performants qui permettraient de collecter en temps opportun des informations sur la façon dont la pandémie affecte, de manière directe ou indirecte, les personnes qui dépendent de soins communautaires. Les personnes qui fournissent des soins à domicile le font généralement au domicile même des personnes ayant besoin de ces soins. Cela signifie que les soignants doivent se déplacer d'un domicile à un autre et, souvent, se rendre chez plusieurs personnes ayant besoin de soins. Des données probantes montrent que des familles ont cessé d'utiliser les services d'aide de soins à domicile pour diminuer le risque d'infection chez la personne ayant besoin de soins ; cependant, ces changements peuvent entraîner d'autres risques (77, 81).

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Il manque des mécanismes pour assurer la mise en œuvre des orientations sur la lutte anti-infectieuse, ainsi que le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre
- ➔ La main-d'œuvre qui fournit des soins de longue durée est insuffisamment formée aux mesures de lutte anti-infectieuse
- ➔ Le renouvellement fréquent du personnel nuit à la continuité des soins et à la mise en application régulière des mesures de lutte anti-infectieuse
- ➔ Il est difficile d'appliquer les mesures de distanciation physique dans les services de soins de longue durée
- ➔ Les soignants ne peuvent pas accéder facilement aux informations sur la limitation de la transmission dans le contexte de la COVID-19

2.6.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Établir un organisme de coordination chargé, pendant la pandémie de COVID-19, d'élaborer, d'ajuster et de mettre à jour les orientations et les protocoles sur la lutte anti-infectieuse pour les soins de longue durée, en se basant sur les meilleures données probantes disponibles (87, 88, 92, 93).
- Veiller à la mise en œuvre des orientations sur la lutte anti-infectieuse dans les services de soins de longue durée (pour toutes les situations).
- Établir un mécanisme pour planifier, définir des priorités pour le soutien et faire un suivi de la mise en œuvre des mesures visant à protéger contre la COVID-19 le personnel qui fournit des soins de longue durée et les personnes qui reçoivent ces soins, et à empêcher qu'ils ne propagent cette infection.
- Établir des seuils de reconnaissance précoce et de surveillance des flambées épidémiques de COVID-19 dans les soins de longue durée, ainsi que des stratégies de réaction pour les contrer.
- Envisager par quels moyens il est possible de s'assurer que les personnes qui fournissent des soins de longue durée et exercent en dehors du système (prestataires hors réglementation ou illégaux) peuvent recevoir un soutien afin d'assurer la sécurité des personnes qui vivent dans les établissements où ils travaillent ou qui utilisent leurs services.
- Veiller à ce que toutes les personnes impliquées dans la prestation directe de soins (personnel et aidants familiaux), dans les établissements de soins de longue durée ou dans les services de soins à domicile, aient accès à une formation sur la lutte anti-infectieuse (y compris sur l'utilisation des EPI, les mesures d'hygiène des mains, le nettoyage et la désinfection des environnements et la gestion des déchets). Cette mesure doit s'appliquer à l'ensemble de ces personnes quel que soit leur rôle, et en particulier à celles qui ont un contact direct avec des personnes âgées qui présentent des problèmes de santé préexistants (93).
- Envisager d'élaborer et de diffuser des modes opératoires normalisés qui donnent des consignes sur la façon d'isoler rapidement les personnes recevant des services de soins de longue durée ainsi que sur le moment où le faire, en utilisant les dernières orientations sur la COVID-19.

- Mettre en œuvre des mesures de précautions élargies concernant la lutte anti-infectieuse pour les personnes qui sont sorties de l'hôpital, en se fondant si possible sur un protocole convenu pour la réalisation des tests afin de déterminer, au niveau individuel, s'il est nécessaire d'utiliser des EPI et si ces personnes doivent être isolées.
- Convertir l'ensemble des stratégies concernant les modes opératoires normalisés en systèmes d'orientation clairs, qui seront mis à la disposition de tout le personnel qui fournit des services de soins de longue durée.

Établissements de soins de longue durée

- Veiller à la mise en œuvre dans les établissements de soins de longue durée d'orientations sur la lutte anti-infectieuse ; celles-ci seront basées sur les orientations de l'OMS concernant la lutte anti-infectieuse pour les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 (92).
- Mettre en place des contrôles administratifs, y compris la surveillance syndromique à l'entrée des établissements pour l'ensemble du personnel et des visiteurs.
- Veiller à ce que, dans les établissements de soins de longue durée, les conditions de travail et l'organisation permettent au personnel de réduire au minimum ses déplacements entre les différentes structures et les différentes personnes recevant des services de soins de longue durée, et s'assurer que le personnel perçoit bien des indemnités en cas de maladie afin de pouvoir rester à la maison lorsqu'il ne se sent pas bien.
- Veiller à ce que les établissements de soins de longue durée aient accès aux ressources nécessaires à la mise en œuvre des mesures de lutte anti-infectieuse (comme des EPI, du gel hydroalcoolique pour les mains et des désinfectants).
- Élaborer les protocoles et les orientations nécessaires sur la lutte anti-infectieuse, et s'assurer qu'ils sont mis à la disposition des visiteurs et qu'ils sont clairement visibles, dans un format facile à comprendre (94).
- Élaborer des orientations et assurer la mise en œuvre du protocole de lutte anti-infectieuse à l'intention du personnel, et veiller à ce que du matériel didactique soit fourni parallèlement à une formation continue.
- Veiller à ce que les établissements de soins de longue durée disposent d'un point focal sur la lutte anti-infectieuse qui dirige et coordonne les activités connexes, et qui soit si possible aidé par une équipe de lutte anti-infectieuse – à laquelle il délèguera certaines de ses responsabilités – et conseillé par un comité pluridisciplinaire.

Soins dans la communauté et aidants

- Accroître la formation et le soutien à la prise de décisions pour la main-d'œuvre fournissant des soins de longue durée dans la communauté afin de gérer de manière efficace la pandémie de COVID-19 ; ces mesures doivent s'appliquer aussi aux aidants familiaux, en gardant à l'esprit les contraintes auxquelles ils peuvent être confrontés, en particulier celles liées au genre (87, 88).

Exemples dans différents pays

En **Jamaïque**, un programme d'emploi temporaire a été créé pour assurer de manière régulière le nettoyage des établissements de soins de longue durée du secteur public, et des places ont été réservées dans ces établissements pour l'isolement des résidents symptomatiques. En outre, une initiative plurisectorielle entre plusieurs organismes du secteur public et du secteur privé a aidé à la désinfection en profondeur des établissements de soins de longue durée du secteur public (79).

En **Indonésie**, les mesures de prévention en place dans les établissements de soins de longue durée comprennent le partage des connaissances sur les principes d'hygiène avec les soignants et les résidents, la désinfection et la ventilation régulières des lieux, et le non-partage du matériel médical individuel. Les établissements de soins de longue durée en hébergement ont mis en place un système d'enregistrement et ils interdisent aux visiteurs de pénétrer dans les locaux quand ils présentent des symptômes de COVID-19 (95).

Dans une région de **Chine**, après l'épidémie de SRAS, les autorités régionales ont publié en 2004 leurs premières directives sur la prévention des maladies transmissibles dans les établissements de soins de longue durée en hébergement pour personnes âgées. Elles ont également exigé que tous les gestionnaires d'établissements de soins de longue durée désignent un agent de contrôle des infections dont le rôle consiste à coordonner et mettre en œuvre les mesures de lutte anti-infectieuse dans leur établissement, en suivant les directives existantes (65).

En **Allemagne**, l'Institut Robert Koch recommande aux soignants à domicile de porter des masques lorsqu'ils dispensent des soins, et de surveiller régulièrement leur santé. Des équipements supplémentaires doivent être mis à disposition si la personne dont ils s'occupent présente des symptômes de COVID-19 (96).

Aux **Pays-Bas**, certains soignants qui travaillent au domicile des patients se sont organisés en équipes spéciales, appelées « équipes Corona ». Ces équipes prennent en charge les personnes atteintes de COVID-19, tandis que d'autres équipes s'occupent des personnes qui ne sont pas infectées (80).

2.7 Accorder un degré de priorité élevé au dépistage, à la recherche des contacts et à la surveillance de la propagation de la COVID-19 parmi les personnes recevant et fournissant des services de soins de longue durée

2.7.1 Les difficultés

Dans de nombreux pays, la capacité de réaliser des tests s'est avérée insuffisante, car la priorité a été accordée aux services hospitaliers

Dans de nombreux pays, la capacité de réaliser des tests s'est avérée insuffisante, car, dans un premier temps, la capacité disponible a été principalement orientée vers les hôpitaux. Il a donc été difficile pour les prestataires de services de soins de longue durée en établissement ou dans la communauté d'identifier les personnes atteintes de COVID-19. Il est de plus en plus clair que cette approche a été à l'origine de problèmes majeurs, étant donné le taux élevé de personnes présymptomatiques ou asymptomatiques qui présentent une COVID-19 et peuvent propager cette infection.

Une recherche efficace des contacts dans les établissements de soins de longue durée exige une coordination et une collaboration entre les prestataires de soins de longue durée et les autorités sanitaires compétentes.

Pour que le dépistage de la COVID-19, la recherche des contacts et la surveillance de cette infection soient efficaces dans les services de soins de longue durée, une coordination et une collaboration doivent exister entre les prestataires de soins de longue durée et les autorités sanitaires compétentes. Toutefois, des problèmes de gouvernance ont rendu cette coordination difficile au cours des premières phases de la riposte. De plus en plus de pays commencent maintenant à inclure la recherche des contacts dans les orientations destinées au secteur des soins de longue durée et mettent au point des applications et d'autres systèmes pour faciliter la recherche des contacts.

Absence de suivi systématique de l'état de santé des personnes qui reçoivent ou qui fournissent des soins

Un suivi régulier permet au personnel de détecter des changements dans l'état de santé des personnes, y compris l'apparition de symptômes atypiques (13), et de réagir plus rapidement si une personne ayant besoin de soins ou un membre du personnel développe des symptômes de COVID-19.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Les établissements de soins de longue durée n'ont pas fait partie des priorités pour le dépistage, la recherche des contacts et la surveillance de la COVID-19
- ➔ La présence de taux élevés de personnes atteintes de COVID-19 qui ne présentent pas de symptômes a rendu difficile la détection précoce de la maladie et la mise en place ultérieure de mesures appropriées

2.7.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Veiller à ce que les données de dépistage soient agrégées et partagées avec les organismes locaux et nationaux de santé publique afin que la pandémie soit gérée à la fois au niveau de la population et au niveau individuel.
- Veiller à ce que soient en place une recherche et un isolement des contacts sur la base des orientations nationales, lesquelles auront été élaborées à partir des orientations sur la recherche des contacts dans le contexte de la COVID-19 fournies par l'OMS (36, 97).
- Rechercher tous les groupes de cas (clusters) d'infection ou de décès dans les établissements de soins de longue durée ou parmi les personnes qui reçoivent des services de soins à domicile.
- Ne pas se baser uniquement sur la présence de symptômes, en particulier sur la présence des symptômes « typiques » que sont la toux et la fièvre, lors du dépistage de la COVID-19, et veiller à ce que le personnel soit formé à l'identification de symptômes atypiques, en particulier chez les personnes âgées (36).
- Veiller à ce que la santé des personnes qui reçoivent ou qui fournissent des soins de longue durée fasse l'objet d'un suivi afin d'être en mesure de détecter rapidement l'apparition de symptômes (y compris des symptômes atypiques).

Établissements de soins de longue durée

- Dans les régions où la transmission communautaire est en cours ou présumée, la réalisation rigoureuse de tests chez les résidents (y compris chez les personnes nouvellement admises) et le personnel ainsi qu'un suivi des contacts étroits sont essentiels pour élaborer des politiques d'isolement.

Soins dans la communauté

- Veiller à ce que les personnes qui fournissent ou qui reçoivent des soins dans la communauté ainsi que les membres de leur ménage aient accès à des tests et à la recherche des contacts, et à ce qu'ils reçoivent un soutien s'ils doivent être placés en isolement (87, 88).
- Inclure dans le suivi des symptômes les membres des ménages des personnes ayant besoin de soins.

Exemples dans différents pays

Au **Danemark**, les résidents symptomatiques et asymptomatiques ainsi que le personnel des établissements de soins de longue durée peuvent avoir accès aux tests dans les hôpitaux régionaux (depuis le 12 mai 2020). Avant cette date, un test était déjà réalisé chez les résidents et le personnel lorsqu'une flambée épidémique survenait dans un établissement de soins de longue durée en hébergement. Si un résident présente des symptômes, des tests sont réalisés chez l'ensemble des résidents et du personnel : un test dans les 24 heures et un nouveau test après sept jours. Si le test s'avère positif chez un membre du personnel, un test est réalisé chez l'ensemble des résidents de la même zone (98).

Aux **Pays-Bas**, l'ensemble des aidants familiaux qui présentent des symptômes de COVID-19 peuvent faire un test de dépistage (depuis le 18 mai 2020). En outre, les aidants familiaux ont accès gratuitement à des EPI depuis le 19 mai 2020 s'ils apportent un soutien à des personnes vulnérables (âgées de 70 ans et plus, atteintes de pathologies chroniques) qui présentent des symptômes de COVID-19 et lorsque des soins d'assistance personnelle (dispensés à une distance de moins de 1,5 mètre) sont nécessaires (80).

En **Malaisie**, un dépistage de la COVID-19 a été réalisé dans tous les établissements de soins de longue durée agréés et non agréés (99).

Dans l'**Union européenne**, les orientations publiées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies recommandent la mise en place de stratégies de dépistage qui font la distinction entre les « zones locales touchées » (dépistage aléatoire chez les résidents et le personnel) et les « zones non touchées ». Les zones touchées sont celles où il existe une transmission communautaire continue réelle ou présumée (73).

2.8 Apporter un soutien aux aidants familiaux et aux aidants bénévoles

2.8.1 Les difficultés

Les aidants familiaux fournissent une part importante des soins, mais le soutien qu'il reçoivent — qui comprend les placements temporaires, les formations et les congés pour s'occuper d'un proche — demeure limité et non indemnifié.

Dans tous les pays, une part importante des soins de longue durée est assurée par des aidants familiaux qui fournissent des soins directement, et qui aident également à coordonner et à compléter les services officiels. Dans les pays qui n'ont pas mis en place de services officiels de soins de longue durée, les aidants familiaux fournissent la quasi-totalité de ces soins. Les aidants ont rarement accès à une formation en rapport avec les tâches qu'ils doivent accomplir.

Certains pays reconnaissent l'impact de la prestation de soins et offrent un soutien destiné à en atténuer les effets négatifs. Ce soutien peut consister en des congés payés pour s'occuper d'un proche, des modalités de travail flexibles, la possibilité de placements temporaires, des formations, un soutien psychologique, ainsi que des prestations en espèces (29). Toutefois, dans la plupart des pays, l'accès à ces structures de soutien demeure limité et les aidants fournissent habituellement un soutien sans recevoir de compensation, de formation ni d'aide (1). Même si la contribution importante des aidants est de plus en plus reconnue, les structures de soutien et le soutien financier disponibles étaient déjà limités avant la pandémie de COVID-19 (100).

La prestation de soins à un niveau intense est généralement associée à la perception de revenus plus faibles, un phénomène qui aboutit à des taux de pauvreté élevés ainsi qu'à une mauvaise santé mentale.

La plus grande partie de ces soins est assurée par des femmes (61 %), bien que la proportion d'aidants de sexe masculin augmente avec l'âge (74). De nombreux aidants jeunes (y compris des enfants) ou âgés aident aussi les membres de leur famille qui ont besoin de soins de longue durée. La prestation de soins à un niveau intense a généralement été associée à une moindre participation au marché du travail (pour les personnes en âge de travailler), à des revenus plus faibles et, en fin de compte, à des taux de pauvreté plus élevés (101). En outre, la réduction des revenus et l'absence de cotisation à une retraite exacerbent le risque de vulnérabilité et de pauvreté une fois les aidants arrivés à un âge avancé. Les aidants sont également particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé mentale (101).

Dans la pratique, la pandémie de COVID-19 a obligé certains aidants à s'adapter ou à abandonner leur emploi pour fournir des soins ou pour éviter d'exposer la personne à qui ils apportent un soutien au risque d'infection par le virus responsable de la COVID-19. Les aidants qui travaillent dans le secteur informel ont parfois vu diminuer leurs possibilités de travailler en raison de certaines restrictions, ce qui a pu avoir un impact sur leur revenu. Les aidants ont également besoin d'un soutien pour faire face à l'impact financier de la pandémie (102).

Suite à la disparition d'options de soins en hébergement, de nombreux aidants familiaux ont dû se charger de responsabilités supplémentaires alors qu'ils ne recevaient plus l'aide de leurs structures de soutien habituelles

La pandémie de COVID-19 a entraîné la fermeture de nombreuses options de prise en charge de jour et de placement temporaire, y compris de soins communautaires ou de soins de courte durée. En conséquence, de nombreux aidants ont dû se charger de responsabilités supplémentaires sans bénéficier du soutien des structures qui les aident habituellement. Il est important de comprendre à quels problèmes les aidants sont confrontés au cours de cette pandémie et d'identifier la meilleure manière de leur apporter un soutien (102).

Les aidants doivent être en mesure de se rendre auprès de la personne ayant besoin de soins, d'avoir accès aux informations, aux EPI et aux tests, et de recevoir un soutien pour élaborer des plans d'urgence.

Dans de nombreux pays, le gouvernement et les ONG ont répondu à ce besoin en fournissant des orientations et d'autres documents utiles sur les mesures d'hygiène qui permettent de prévenir l'infection et sur la façon de procéder lorsque les personnes ayant besoin de soins ou les aidants eux-mêmes développent des symptômes. Parmi les problèmes qui sont apparus au cours de la pandémie, on relève qu'il est nécessaire pour les aidants d'avoir la permission de se déplacer en raison des soins qu'ils doivent fournir (78, 79), qu'il est important de faire en sorte que les aidants aient accès aux tests et aux EPI (80), et que les aidants doivent être en mesure d'élaborer des plans d'urgence au cas où ils ne seraient plus en mesure de continuer à fournir des soins (77).

Changements dans les besoins en matière de soins, et violences ou mauvais traitements à l'égard des aidants

De nombreux aidants doivent faire face à des changements dans les besoins de la personne dont ils s'occupent (ce qui peut être dû à l'infection ou à l'impact des mesures restrictives). Les modifications de la routine peuvent être source d'anxiété et de stress chez les personnes ayant besoin de soins, ce qui augmente la pression sur les aidants (29). La pandémie de COVID-19 a fait apparaître des violences familiales et des mauvais traitements (38). Les aidants familiaux peuvent également être victimes de violences ou de mauvais traitements dans leur relation de soins et avoir besoin d'un soutien (103).

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ *De nombreux aidants doivent assumer des responsabilités supplémentaires sans l'aide de structures de soutien établies (comme les options de prise en charge de jour ou de placement temporaire)*
- ➔ *Dans tous les pays, les mesures de distanciation sociale et physique ont des répercussions négatives sur la santé des aidants*
- ➔ *Même si l'importante contribution apportée par les aidants est de plus en plus reconnue, le soutien financier dont ils peuvent disposer demeure limité*
- ➔ *Les aidants éprouvent des difficultés à obtenir les fournitures nécessaires, car il ne leur est pas facile de laisser seule la personne dont ils s'occupent*
- ➔ *Les aidants familiaux et les aidants bénévoles n'ont souvent eu aucun accès à des EPI et aux tests*
- ➔ *L'isolement prolongé des aidants, le fait qu'ils doivent assumer sans interruption la responsabilité des soins, leurs inquiétudes au sujet de la personne ayant besoin de soins dont ils s'occupent, leurs craintes sur la manière dont pourraient être prodigués les soins d'urgence au cas où ils deviendraient incapables de le faire, ainsi que les violences ou les mauvais traitements dont ils peuvent être l'objet ont des répercussions sur la santé mentale des aidants.*

2.8.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Enregistrer l'aidant principal dans les fichiers sanitaires et les fichiers de soins de longue durée afin qu'il soit reconnu comme une source importante d'informations et de soutien.

Établissements de soins de longue durée

- Permettre aux aidants familiaux qui fournissent un soutien psychologique et pratique aux personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée de continuer à jouer ce rôle en mettant en place des mesures de soutien qui permettent d'assurer leur sécurité.

Aidants

- Fournir, au niveau national, des informations, des formations, un soutien et, si possible, la possibilité de placements temporaires aux aidants, en particulier à ceux qui s'occupent de personnes âgées atteintes de démence, y compris des informations sur la façon de gérer les responsabilités supplémentaires en matière de soins ainsi que le stress. Envisager d'établir une ligne d'assistance téléphonique ou un portail en ligne pour offrir des conseils, des informations et un soutien (104).
- Envisager de mettre en place une évaluation pour faire un suivi des besoins des aidants familiaux.

- Élaborer des orientations claires à l'intention des aidants familiaux sur le moment et la façon de s'isoler.
- Renforcer la vigilance et la surveillance en matière de violences familiales ainsi que le soutien aux aidants familiaux.
- Veiller à ce que soit assuré un accès aux EPI (sans que les aidants familiaux n'aient à supporter les augmentations de coûts) ainsi qu'à des équipements et aux médicaments.
- Rechercher et tester de nouvelles façons d'offrir des services de soutien aux aidants en ayant recours aux technologies, et les aider pour qu'ils puissent avoir accès aux technologies pertinentes.
- Introduire ou intensifier le soutien financier et psychosocial aux aidants familiaux.
- Fournir un soutien en cas de deuil, et communiquer de manière adaptée avec la famille sur la prise de décisions.

Exemples dans différents pays

Au **Brésil**, des ONG (comme la Société brésilienne de gériatrie et de gérontologie et l'Association brésilienne sur la maladie d'Alzheimer) ont publié des documents d'orientation techniques et éducatifs à l'intention des aidants. FioCruz a préparé avec d'autres organisations un livret destiné à informer les aidants s'occupant de personnes âgées sur les mesures préventives et sur les mesures de protection concernant la COVID-19. Le Ministère de la femme, de la famille et des droits humains propose également un site Web qui fournit des informations aux personnes atteintes de pathologies rares et de handicap ainsi qu'à leurs aidants. Le Ministère de la santé et l'Organisation panaméricaine de la Santé ont élaboré en collaboration une campagne vidéo pour apporter un soutien en matière de santé mentale aux Brésiliens qui sont en proie à un sentiment d'isolement, de solitude ou de détresse. Des ONG, comme l'Association sur la maladie d'Alzheimer, mettent à disposition des lignes d'assistance et des forums en ligne. D'autres groupes ont organisé des activités psychosociales (105).

En **Inde**, les directives publiées le 27 mars 2020 par le Ministère indien de la justice sociale et de l'autonomisation ont reconnu l'importance pour les aidants de pouvoir se rendre auprès des personnes auxquelles ils apportent de l'aide. Il a été recommandé que les aidants puissent se voir délivrer un laissez-passer qui leur permette de se déplacer pendant la période de restrictions de circulation. En outre, des ONG (comme Alzheimer's and Related Disorders Society of India, Nightingales Medical Trust et Silver Innings) et des services spécialisés (National Institute of Mental Health and Neuro-Sciences, Cognitive Disorders Clinic) fournissent des informations et des documents utiles aux aidants des personnes atteintes de démence. Nightingales Medical Trust met à disposition une application appelée DemKconnect qui permet aux aidants d'obtenir des conseils d'experts. Le Ministère de la santé et du bien-être familial propose une ligne d'assistance psychosociale et comportementale. En outre, il fournit sur son site Web des vidéos (permettant notamment de pratiquer la méditation et le yoga) afin d'aider à la gestion du stress ainsi que des conseils en matière de santé mentale pour différents groupes d'âge (78).

En **Irlande**, le Centre d'information et de développement sur les services concernant la démence a fourni aux aidants des documents didactiques, y compris des suggestions d'activités pour les personnes atteintes de démence afin d'atténuer l'impact de l'isolement social. Alzheimer Society of Ireland propose également du matériel didactique pertinent pour le soutien ainsi que des informations. Les aidants qui reçoivent l'allocation destinée aux soignants fondée sur les moyens continuent de recevoir un paiement pendant la pandémie de COVID-19. Ceux qui ont perdu leur emploi en raison de la pandémie peuvent en outre avoir accès à un nouveau paiement supplémentaire en cas de chômage dû à la pandémie d'une valeur de 350 euros. De même, Family Carers Ireland a élaboré des orientations pour la préparation d'un plan d'urgence pour les aidants (77).

En **Allemagne**, la période pendant laquelle il est possible de recevoir une allocation de soins de longue durée (*Pflegeunterstützungsgeld*) pour répondre à un besoin de soins d'urgence dans la famille ou pour organiser la mise en place de soins a été doublée en réponse à la pandémie de COVID-19, passant de 10 à 20 jours (jusqu'au 30 septembre 2020). La durée pendant laquelle il est autorisé de ne pas se rendre à son travail pour répondre à une période critique de besoin en soins a également été portée à 20 jours. Les personnes qui reçoivent habituellement des services en nature devenus indisponibles pendant la pandémie de COVID-19 (comme une prise en charge de jour) peuvent être remboursées pour financer des soins de remplacement (96).

2.9 Accorder un degré de priorité élevé au bien-être psychosocial des personnes qui reçoivent des services de soins de longue durée comme à celui des personnes qui les fournissent

2.9.1 Les difficultés

De nombreuses personnes ayant besoin de soins ont été astreintes à des changements dans leur routine et à de longues périodes d'isolement

De nombreuses personnes, en particulier des personnes âgées, ayant besoin de soins de longue durée ont été isolées dans des maisons de retraites ou d'autres types d'établissements pendant de nombreuses semaines, ce qui a réduit leurs contacts sociaux et perturbé et changé leur routine. Certaines d'entre elles, comme celles atteintes de démence, ont vu leur état physique et cognitif s'altérer. Le fait de subir des changements rapides dans leur routine peut également accroître leur vulnérabilité à certaines pathologies préexistantes (84, 104).

Plus précisément, dans les établissements de soins de longue durée, les résidents ont souffert de ne pas pouvoir avoir de relations sociales avec les autres résidents ou recevoir la visite de leur famille et de leurs amis. Il a également été extrêmement difficile pour les familles de ne pas pouvoir visiter leurs proches, ni superviser les soins reçus par ces derniers.

Les établissements de soins de longue durée ont bien mesuré l'importance de soutenir les résidents qui ont des contacts sociaux et ont mis en place des solutions novatrices, par exemple des outils utilisant les nouvelles technologies, qui permettent à ces résidents d'avoir un contact virtuel avec leur famille et leurs amis.

Le risque de violence à l'égard des personnes âgées a fortement augmenté

Alors que les personnes âgées appartiennent déjà au groupe le plus sévèrement touché par la pandémie de COVID-19, la violence à leur égard a fortement augmenté depuis le début de cette crise sanitaire et la mise en place impérative de mesures restrictives pour le maintien au domicile. Cette violence se produit à domicile, dans des structures comme les établissements de soins de longue durée et aussi en ligne, avec une augmentation du nombre d'escroqueries à l'encontre des personnes âgées (106).

Au cours de la pandémie de COVID-19, le personnel qui fournit des soins de longue durée subit des pressions considérables sur sa santé mentale

Au cours de la pandémie de COVID-19, le personnel (rémunéré par de l'argent) qui fournit des soins de longue durée a travaillé sous une forte pression pour prodiguer des soins à des groupes vulnérables et a dû déployer des efforts énormes pour empêcher la propagation de l'infection aux personnes auxquelles il apporte un soutien. Beaucoup auront vécu des situations traumatisantes et dû faire face à de nombreux décès, avec pour conséquence une très forte pression sur leur santé mentale. Aux Pays-Bas, une enquête menée par l'Association néerlandaise des infirmières (V&VN) a révélé que 69 % des personnes qui fournissent des soins dans la communauté ont ressenti une augmentation de la pression sur leur santé mentale pendant la pandémie de COVID-19. Parmi les 3325 personnes interrogées, 28 % ont déclaré n'avoir reçu aucun soutien en matière de santé mentale de la part de leur employeur (80). Des interventions spécifiques visant à favoriser le bien-être des soignants font cruellement défaut.

Certains pays ont bien mesuré la charge que la crise liée à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée a fait peser sur la santé mentale de leur personnel et ont mis en place des interventions pour atténuer ces effets délétères. Au Royaume-Uni, plusieurs mesures ont été mises en place par le biais des services de soutien afin d'améliorer le bien-être des soignants.

Il est arrivé que des aidants étrangers, en particulier ceux qui devaient passer d'un pays à un autre pour fournir des soins, se soient retrouvés incapables de rentrer chez eux après leur service ou incapables d'aller travailler (et donc d'être payés) lorsque les pays fermaient leurs frontières, ce qui a été à l'origine de problèmes considérables (76, 107).

Les aidants familiaux et les aidants bénévoles doivent assumer des responsabilités importantes dans les soins et souffrent d'un très grand isolement lorsque les services de soutien dont ils bénéficient habituellement sont en grande partie suspendus

De nombreux aidants familiaux se sont isolés avec la personne dont ils s'occupent afin de la protéger de la COVID-19. Ils se sont de ce fait sentis déconnectés de leurs réseaux sociaux. De plus, les structures qui apportent habituellement un soutien aux aidants familiaux (comme les structure de prise en charge de jour ou de soins à domicile, ainsi que les autres aidants familiaux et les groupes de soutien aux aidants) ont vu leurs activités réduites en fréquence ou suspendues, ce qui a privé ces aidants d'une source importante de contacts sociaux et de soutien pratique.

Dans certains pays, des lignes téléphoniques d'assistance et des groupes virtuels de conseil et de soutien aux aidants ont été mis en place pour favoriser leur bien-être psychosocial pendant la pandémie de COVID-19.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ La pandémie de COVID-19 a eu une incidence importante sur la santé mentale du personnel des établissements de soins de longue durée, des aidants familiaux, des aidant bénévoles et des personnes qui ont besoin de soins d'assistance.
- ➔ De nombreux résidents des établissements de soins de longue durée ont souffert de devoir arrêter d'avoir des relations sociales avec d'autres résidents, de participer régulièrement à des activités sociales ou de recevoir des visites de leur famille et de leurs amis.
- ➔ Des interventions spécifiques visant à favoriser le bien-être des personnes qui fournissent ou qui reçoivent des soins font cruellement défaut

2.9.2 Mesures clés

Secteur dans son ensemble

- Établir un groupe de travail intersectoriel pour rechercher la présence de signes de stress et de burnout chez les agents qui fournissent des soins de longue durée, et évaluer et mettre en œuvre des stratégies visant à leur apporter un soutien psychosocial et en matière de santé mentale.

- Établir une ligne téléphonique d'assistance dédiée à la santé mentale et au soutien psychologique pouvant être contactée par toute personne qui en aurait besoin.
- Envisager de fournir des orientations sur la formation des soignants et des bénévoles afin d'améliorer leurs compétences en communication sur des questions délicates telles que les décisions en matière fin de vie, la mort, l'approche de la mort et le deuil.
- Encourager les personnes qui fournissent des soins de longue durée à utiliser des outils de dépistage, examiner les procédures qui s'appliquent au personnel (comme la possibilité de travailler avec des horaires flexibles et de prendre des pauses pendant travail) afin de mieux gérer la charge que représente les soins, et chercher à réduire le recours aux moyens de contention pour les personnes qui reçoivent des soins.
- Veiller à ce que les personnes qui reçoivent ou qui fournissent des soins bénéficient, en utilisant au besoin des médias numériques, d'un soutien mental et psychologique de professionnels de la santé mentale et de réseaux de soutien aux aidants familiaux.
- Aider à la surveillance des violences à l'égard des personnes âgées.

Établissements de soins de longue durée

- Établir des politiques claires en matière de visites qui permettent d'assurer un équilibre entre les mesures de lutte anti-infectieuses et la nécessité de maintenir le bien-être psychologique des personnes (c'est à dire de permettre aux résidents de recevoir des visites tout en réduisant au minimum le risque d'entrée de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée).
- Lorsque les contacts directs sont limités, faciliter les contacts des résidents avec leur famille et leurs amis par téléphone, Internet ou messages écrits.
- Augmenter le recrutement de bénévoles qui pourront aider à ce que les résidents isolés aient des interactions sociales.

Soins dans la communauté

- Veiller à ce que les soignants étrangers qui vivent sur place aient accès aux ressources nécessaires.
- Encourager la mise en place de structures de soutien psychosocial destinées aux aidants familiaux, et améliorer les structures existantes.
- Envisager d'introduire une formation sur les premiers soins en santé mentale pour les bénévoles et les membres de la communauté.

Exemples dans différents pays

Au **Chili**, le Service national pour les personnes âgées et la Société de gériatrie et de gérontologie ont produit des vidéos et publié des graphiques destinés à aider les personnes âgées et les aidants familiaux à faire face à la crise liée à la COVID-19. Ils comprennent des informations sur l'utilisation des EPI, la distanciation et les recommandations en matière de santé mentale (108). Ils proposent également des modèles pour aider à l'organisation de l'apport d'un soutien communautaire aux personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de base de la vie quotidienne (109).

Au **Mexique**, le Ministère de la santé a mis en œuvre une campagne de soutien à la santé mentale, qui comprend une évaluation rapide par téléphone, afin de proposer des stratégies de soutien et d'orienter ceux qui en ont besoin vers un soutien spécifique. Une partie de la stratégie comprend une campagne à l'intention des agents de santé (110).

Au **Kenya**, certaines ONG sont passées à un soutien par des pairs sur un mode virtuel. Toutefois, ces efforts visant à apporter un soutien aux aidants familiaux se sont heurtés à plusieurs difficultés : mauvaise connexion au réseau dans certaines zones, coût de l'achat des forfaits Internet, et survenue d'une lassitude lors des activités en ligne. Le Ministère du travail et de la protection sociale a publié des orientations destinées aux établissements de soins de longue durée, qui stipulent explicitement que le personnel doit veiller à ce que les résidents puissent continuer à communiquer régulièrement avec leur famille et leurs réseaux sociaux (par le biais d'appels via un téléphone portable ou des conversations en ligne), et aider au bien-être des résidents en établissant des routines et en veillant à ce que celles-ci soient le moins souvent possible sujettes à des interruptions (111).

En **Malaisie**, le personnel des structures de prise en charge de jour utilise des appels vidéo pour continuer de s'occuper des personnes dont il prend soin habituellement, ainsi que pour partager des vidéos qui montrent comment faire des activités et de l'exercice physique (99).

Au **Royaume-Uni**, COVID Trauma Response Working Group a élaboré des orientations à l'intention des personnes chargées de la gestion et de planification des services qui s'occupent du personnel des établissements de soins de longue durée qui peut avoir souffert d'un traumatisme (112).

2.10 Assurer une transition sans heurts vers la phase de récupération

2.10.1 Les difficultés

Perte de la confiance de la population dans les établissements de soins de longue durée

La pandémie de COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, et la proportion de décès qui se sont produits dans ces établissements semble augmenter avec le nombre de personnes touchées dans la communauté. Ce constat laisse à penser que tant qu'il y a une transmission de la COVID-19 dans la communauté au niveau local, il existe un risque élevé que les établissements de soins de longue durée aient à déplorer un nombre important d'infections et de décès.

Dans de nombreux pays, le fait que la population a perdu la confiance qu'elle avait dans les établissements de soins de longue durée, et que cela pourrait avoir des répercussions négatives si les personnes qui bénéficiaient d'une prise en charge dans ces établissements les quittent du fait de la peur qui s'est installée, est un important sujet de préoccupation. Cela pourrait avoir des conséquences négatives pour ces personnes, pour leur famille et aussi pour la situation financière des personnes qui travaillent dans ces établissements.

Restrictions de circulation et autres mesures de protection dans les établissements de soins de longue durée

Dans presque tous les pays, l'une des premières mesures adoptées a été de limiter l'accès des visiteurs dans les établissements de soins de longue durée. Si cette mesure a été relativement facile à mettre en œuvre, il est de plus en plus largement reconnu qu'elle a eu un impact désastreux sur le bien-être des résidents des établissements de soins de longue durée et de leurs familles, particulièrement chez les résidents atteints de démence chez qui le fait de ne pas comprendre les raisons de l'arrêt des visites qu'ils recevaient a encore ajouté à leur sentiment de détresse. Certains se sont également inquiétés du fait que de nombreux membres des familles qui fournissaient des soins lors de leurs visites régulières (parfois quotidiennes) dans les établissements de soins de longue durée se sont vu interdire ces visites à un moment où le personnel pouvait déjà être surchargé en raison d'un accroissement de la complexité des soins et de l'aggravation des problèmes de dotation en personnel liés à l'augmentation du nombre de résidents sous la responsabilité de chacune des personnes qui fournit des soins.

Difficultés dans le suivi de la qualité des services dans les établissements de soins de longue durée

Un autre problème est que les visites des membres des familles ont cessé au moment même où de nombreux pays ont suspendu les inspections. Les familles étaient parfois inquiètes de la qualité des soins que recevaient les résidents, ces craintes étant parfois exacerbées par le fait que les visites étaient interdites. Le fait d'assurer la sécurité des visites est de plus en plus largement reconnu comme une étape clé pour rétablir la confiance dans les établissements de soins de longue durée.

Implications dans le contexte de la COVID-19

- ➔ Absence de stratégie de sortie sur les mesures restrictives appliquées aux établissements de soins de longue durée
- ➔ Insuffisance de la surveillance de la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée lorsque ces structures sont sujettes à des restrictions de mouvements

2.10.2 Mesures clés

Établissements de soins de longue durée

- Mettre à disposition des mécanismes de surveillance pour faire un suivi de la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée pendant l'application des mesures de santé publique et des mesures sociales.
- Mettre à disposition des orientations sur les seuils qui permettent de décider du moment et de la façon de mettre en isolement ou de sortir de l'isolement progressivement les résidents, et de resserrer ou d'assouplir les restrictions imposées aux visiteurs.
- Établir des critères clairs sur le moment et la façon dont les personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée peuvent se rendre dans les hôpitaux ou en revenir, afin de protéger le personnel et les autres résidents.
- Veiller à ce que les besoins des résidents des établissements de soins de longue durée soient pris en compte dans la prestation de services de santé aigus, primaires et communautaires, et à ce que les niveaux de soutien antérieurs à la crise liée à la COVID-19 fournis lors des soins primaires et des soins infirmiers dans la communauté soient rétablis le plus rapidement possible.

Soins dans la communauté

- Veiller à ce que des protocoles soient élaborés afin que les personnes qui recevaient des soins dans la communauté (par exemple, dans des structures de prise en charge de jour) puissent à nouveau avoir accès à ces services.

Exemples dans différents pays

À **Malte**, les services de prise en charge de jour ont repris par roulement depuis le 1^{er} juin 2020. Les personnes qui ont besoin de soins et qui ne bénéficiaient d'aucun service ont été prioritaires. Des procédures d'hygiène et des mesures de distanciation strictes ont été mises en place. Par exemple, le personnel et les personnes qui ont besoin de soins doivent utiliser une paire de chaussures laissée dans la structure de prise en charge de jour, et changer de chaussures lorsqu'ils partent. Les personnes qui ont besoin de soins doivent porter des masques et des visières lorsqu'elles fréquentent le centre. Le personnel porte également des visières pendant toute la journée de travail. De plus, la température des personnes qui reçoivent ou qui fournissent des soins fait l'objet d'une surveillance (58).

Au **Danemark**, les gens peuvent continuer à rendre visite aux résidents qui reçoivent des soins de fin de vie, à condition de respecter les protocoles d'hygiène. Depuis le 24 avril 2020, les résidents des établissements de soins de longue durée peuvent recevoir des visiteurs dans les espaces extérieurs (98).

En **Allemagne**, les restrictions qui s'appliquent aux visiteurs ont commencé à être assouplies à partir de mai 2020. Bien que des règles sur le nombre de personnes autorisées à rendre visite aux résidents et sur la fréquence et la durée de leurs visites varient d'un État à l'autre, tous les États exigent que les établissements de soins de longue durée mettent en place des mesures claires de prévention des infections. Les visiteurs doivent également être enregistrés afin qu'ils puissent être identifiés au cas où une recherche de contacts devienne nécessaire (96).

2.11 Prendre des mesures pour transformer les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'intégrer et d'assurer une gouvernance continue et efficace des services de soins de longue durée

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence une fragmentation entre les services de soins de longue durée au sein des systèmes de santé. Cette fragmentation, ainsi que les faiblesses inhérentes à la structure de gouvernance globale actuelle des soins de longue durée, ont eu des conséquences dévastatrices pour les établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19.

Il est urgent de transformer les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin que les services de soins de longue durée soient facilement intégrés et fournis parallèlement au continuum de soins habituel : promotion, prévention, traitement, réadaptation et soins palliatifs.

Il convient de souligner que les soins d'assistance, définis dans le présent document comme une aide fournie pour aider une personne à accomplir une tâche particulière afin de maintenir sa capacité fonctionnelle et préserver son indépendance, sont considérés comme un service essentiel qui aide à vieillir chez soi et à s'assurer qu'une personne peut continuer à faire ce qu'elle a des raisons de valoriser, même après des baisses importantes de ses capacités physiques et mentales.

La stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'OMS, adoptés en 2016, stipulent que « chaque pays doit disposer d'un système durable et équitable pour assurer des soins de longue durée » (44). La Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2020-2030) met également l'accent sur l'accès aux soins de longue durée pour les personnes âgées qui en ont besoin (113).

Bien que les soins de longue durée ne s'adressent pas seulement aux personnes âgées et qu'ils englobent un large éventail d'utilisateurs, les principes fondamentaux sont les mêmes : fournir des services à ceux qui ont besoin de soins de longue durée afin de leur assurer une vie conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine.

Les mesures énoncées ci-dessous sont inspirées des leçons que nous apprenons de la pandémie de COVID-19 afin d'être en mesure de fournir des soins de longue durée durables et équitables à tous ceux qui en ont besoin.

Mesures clés

- Veiller à ce qu'il existe une législation en matière de soins de longue durée, et établir des stratégies et des cadres nationaux dans ce domaine.
- Renforcer les relations entre les différents niveaux du gouvernement qui s'occupent des soins de longue durée et des soins de santé, et élaborer des mécanismes concrets de coordination verticale et intersectorielle.
- Intégrer la collecte régulière de données nationales des systèmes de santé et des systèmes de soins de longue durée afin de permettre une évaluation et une surveillance à l'échelle du système dans son entier.
- Veiller à ce qu'il existe des mécanismes de financement durables et équitables pour les soins de longue durée qui protègent les gens contre les coûts exorbitants de ces soins.
- Veiller à ce qu'il existe des parcours de soins intégrés axés sur la personne qui couvrent le continuum des soins de santé et des soins de longue durée afin de permettre aux personnes qui reçoivent des soins de longue durée de bénéficier de soins complets.
- Assurer une formation continue et veiller à l'amélioration des conditions de travail pour la main-d'œuvre qui fournit des soins de longue durée.

- Mettre en place un soutien financier et en nature pour les aidants familiaux et les aidants bénévoles et élargir ce soutien.
- Identifier des mécanismes pour assurer des services de qualité dans le secteur non réglementé des soins de longue durée et renforcer les mécanismes d'accréditation.
- Veiller à ce que le secteur de la santé assure une surveillance des établissements de soins de longue durée afin de se préparer aux pandémies futures.
- Promouvoir la recherche en s'appuyant sur les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 afin de remédier aux faiblesses du système de santé et du système de soins de longue durée.

Références bibliographiques

1. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>, page consultée le 2 août 2020).
2. *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva, International Labour Organization, 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, page consultée le 2 août 2020).
3. *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2020 (<https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>, page consultée le 2 août 2020).
4. *Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region: strengthening the health systems response to COVID-19. Technical Working Guidance No. 6*. WHO Regional Office for Europe, 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2020/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6-21-may-2020>, page consultée le 2 août 2020).
5. Salcher-Konrad M, Jhass A, Naci H, Tan M, El-Tawil Y, Comas-Herrera A. COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.06.09.20125237.
6. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lane N, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in LTCFs: early international evidence. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, page consultée le 2 août 2020).
7. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*, April 2020, 105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
8. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*, May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society (AGS) policy brief: COVID-19 and assisted living facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, May 2020;jgs.16510. doi:10.1111/jgs.16510.
10. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society policy brief: COVID -19 and nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2020, **68**(5): 908–11. doi:10.1111/jgs.16477.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*, 2020, 382:2081–90. doi:10.1056/nejmoa2008457.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*, 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A et al. SARS-CoV-2 infection: clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*, 2020;5:38. doi:10.1016/j.jinf.2020.05.073.
14. Goldberg SA, Pu CT, Thompson RW, Mark E, Sequist TD, Grabowski DC. Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.040.

15. Guery R, Cécile D, Noëlle B, Nael V, Castain L, Raffi F et al. Limited effectiveness of systematic screening by nasopharyngeal RT-PCR of medicalized nursing home staff after a first case of COVID-19 in a resident. *Médecine et Maladies Infectieuses*, May 2020. doi:10.1016/j.medmal.2020.04.020.
16. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, Lynch JB, Dellit TH, James A et al. Detection of SARS-CoV-2 among residents and staff members of an independent and assisted living community for older adults: Seattle, Washington, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020, **69**(14): 416–8. doi:10.15585/mmwr.mm6914e2.
17. Grabenhorst U, Stiels-Prechtel R, Niemann M, Weckbecker K. COVID-19 in the nursing home: a case report. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 2020, **162**(9): 60–2. doi:10.1007/s15006-020-0481-0.
18. Dora A V, Winnett A, Jatt LP, Davar K, Watanabe M, Sohn L et al. Universal and serial laboratory testing for SARS-CoV-2 at a long-term care skilled nursing facility for veterans: Los Angeles, California, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020, **69**(21): 651–5. doi:10.15585/mmwr.mm6921e1.
19. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*, 2020, **382**(21): 2005–11. doi:10.1056/NEJMoa2005412.
20. *Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales*. Office for National Statistics, 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20deaths\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20deaths))), page consultée le 2 août 2020).
21. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*, 2020, **23**(5): 605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
22. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*, May 2020.
23. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, May 2020, doi:10.1111/jgs.16625.
24. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, June 2020, doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
25. *COVID-19*. Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>, page consultée le 2 août 2020).
26. Fisman D, Lapointe-Shaw L, Bogoch I, McCready J, Tuite A. Failing our most vulnerable: COVID-19 and long-term care facilities in Ontario. medRxiv. doi:10.1101/2020.04.14.20065557.
27. Yanover C, Mizrahi B, Kalkstein N, Marcus K. What factors increase the risk of complications in SARS-CoV-2 positive patients? A cohort study in a nationwide Israeli health organization. *medRxiv*, 2020, doi:10.1101/2020.05.07.20091652.
28. Dawson WD, Ashcroft E, Lorenz-Dant K, Comas-Herrera A. *Impact of the COVID-19 outbreak on community-based care services: a review of initial international policy responses*. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Community-Based-Care-Report-19-May.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
29. Lorenz-Dant K. *International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic*. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-support-unpaid-carers-in-manage-the-COVID19-situation-20.05.20-complete-2.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
30. *COVID-19 supercharges existing inequalities faced by Glasgow's 150,000 disabled people*. Glasgow Disability Alliance, 2020 (<http://gda.scot/our-community/news/2020/4/28/covid-19-supercharges-existing-inequalities-faced-by-glasgows-150-000-disabled-people>, page consultée le 2 août 2020).
31. *Noncommunicable diseases and COVID-19*. Geneva, World Health Organization (<https://www.who.int/teams/ncds/covid-19>, page consultée le 2 août 2020).
32. *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context*. Geneva, World Health Organization, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>, page consultée le 2 août 2020).
33. *Coronavirus: Spanish army finds care home residents "dead and abandoned"*. BBC News, 24 March 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-52014023>, page consultée le 2 août 2020).

34. *31 Senioren in Kanada tot: Pfleger kamen aus Angst vor Corona nicht [31 seniors dead in Canada: carers did not come for fear of Corona]*. MSN, 18 April 2020 (<https://www.msn.com/de-at/news/other/31-senioren-in-kanada-tot-pfleger-kamen-aus-angst-vor-corona-nicht/ar-BB12QiDh#image=1>, page consultée le 2 août 2020).
35. Bauer A, Dixon J. *The challenges of providing end-of-life support in LTCFs during the COVID-19 pandemic, and opportunities for the future: an international perspective*. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Challenges-of-providing-end-of-life-support-in-care-homes-during-the-COVID-19-pandemic-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
36. *Clinical management of COVID-19: interim guidance*. Geneva, World Health Organization, 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>, page consultée le 2 août 2020).
37. *Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions*. Dans : Gender equality. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019 (<https://www.oecd.org/gender/data/women-are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.htm>, page consultée le 2 août 2020).
38. *COVID-19 et violence à l'égard des femmes : ce que le secteur et le système de santé peuvent faire, 7 avril 2020*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331762>, page consultée le 2 août 2020).
39. Shippee T, Akosionu O, Ng W, Woodhouse M, Duan Y, Thao M et al. COVID-19 pandemic: exacerbating racial/ethnic disparities in long-term services and supports. *Journal of Aging and Social Policy*, June 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1772004.
40. *Long-term care for older people: a new global gender priority*. New York, UN Women, 2017.
41. *Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons*. New York, United Nations, 2020.
42. Scheil-Adlung X. *Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. Extension of Social Security Series, No. 50*. Geneva, International Labour Organization, 2015.
43. *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011 (<https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/besoin-d-aide-9789264097766-fr.htm>, page consultée le 2 août 2020).
44. Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé Rapport du Secrétariat, soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, avril 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf, page consultée le 2 août 2020).
45. *Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027)*. New York, United Nations, 2018 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
46. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration*, 2010, 44(4): 359–74. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x.
47. Protective equipment being diverted from LTCFs to hospitals, say bosses. *The Guardian*, 30 March 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/protective-equipment-being-diverted-from-care-homes-to-hospitals-say-bosses>, page consultée le 2 août 2020).
48. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. *Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies*. Brussels, European Commission, 2018.
49. Zalakain J, Davey V, Suárez-González A. The COVID-19 on users of long-term care services in Spain. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
50. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A. Italy and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
51. King D, Zigante V. *Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care market management*. Brussels, Publications Office of the European Union, 2020.
52. Lloyd-Sherlock P, Neto J, Comas-Herrera A, Redondo N. Re: Covid-19: why we need a national health and social care service. *BMJ*, 2020,369. doi:10.1136/bmj.m1465.

53. Lloyd-Sherlock P, Bastos J, Geffen L, Giacomini K, Redondo N, Sasat S et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in LTCFs in LMICs: the CIAT Framework. 2020 (<https://www.corona-older.com/post/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-care-homes-in-lmics-the-ciat-framework-version-1>, page consultée le 2 août 2020).
54. *Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2019.
55. *COVID-19: Singapore to house nursing home staff in hotels to protect the elderly*. Channel News Asia, 8 May 2020 (<https://www.facebook.com/ChannelNewsAsia/videos/1098221953890384/>, page consultée le 2 août 2020).
56. *Covid-19 testing completed for nursing home residents and staff; no new cases found apart from 5 earlier ones*. The Straits Times, 31 May 2020 (<https://www.straitstimes.com/singapore/health/covid-19-testing-completed-for-all-nursing-home-residents-and-staff>, page consultée le 2 août 2020).
57. Tsadok-Rosenbluth S, Leibner G, Hovav B, Horowitz G, Brammli-Greenberg S. The impact of COVID-19 on people using and providing long-term care in Israel. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Israel-4-May.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
58. Fenech MA, Vella M, Calleja N. The COVID-19 long-term care situation in Malta and Gozo. International Long-Term Care Policy Network, 2020.
59. Cès S, Coster S. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: summary report. Brussels, European Commission, 2019.
60. Hashiguchi T, Llana-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? OECD Health Working Papers. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en, page consultée le 2 août 2020).
61. Van Houtven CH, Boucher NA, Dawson WD. The impact of COVID-19 outbreak on long term care in the United States. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/USA-LTC-COVID-situation-report-24-April-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
62. HHS Provider Relief Fund. Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://data.cdc.gov/Administrative/HHS-Provider-Relief-Fund/kh8y-3es6>, page consultée le 2 août 2020).
63. Kim H. The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
64. Lum T, Shi C, Wong G, Wong K. COVID-19 and long-term care policy for older people in Hong Kong. *Journal of Aging and Social Policy*, 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1773192.
65. Wong K, Lum T, Wong G. The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: impact and measures. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Hong-Kong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
66. Shi C, Hu B, Feng M, Wong G. Report from mainland China: policies to support long-term care during the COVID-19 outbreak. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Report-from-Mainland-China-18-April-final.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
67. Statistics Commission endorses new Titchfield City Group on Ageing. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 16 March 2018 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>, page consultée le 2 août 2020).
68. *Descubren una residencia ilegal en La Laguna por las pruebas del Covid-19* [They discover an illegal residence in La Laguna by the tests of Covid-19]. La Provincia, 4 April 2020 (<https://www.laprovincia.es/sociedad/2020/04/04/descubren-residencia-ilegal-laguna-pruebas/1271776.html>, page consultée le 2 août 2020).
69. Burton A, Goodman C, Quinn T. The invisibility of the UK care home population: UK care homes and a minimum dataset. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/the-invisibility-of-the-uk-care-home-population-uk-care-homes-and-a-minimum-dataset/>, page consultée le 2 août 2020).
70. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network, 2020.
71. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. *JAMA*, 2020. doi:10.1001/jama.2020.9540.

72. Jacobs R, Ashwell A, Docrat S, Schneider M. The impact of COVID-19 on long-term care in South Africa. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Long-Term-Care-Situation-in-South-Africa.docx>, page consultée le 2 août 2020).
73. *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA*. European Centre for Disease Prevention and Control, 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>, page consultée le 2 août 2020).
74. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2012.
75. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2020. doi:10.1111/jgs.16509.
76. Schmidt AE, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria-15-May.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
77. Pierce M, Keogh F, O'Shea E. The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Ireland-COVID-LTC-report-updated-13-May-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
78. Rajagopalan J, Huzruk S, Arshad F, Raja P, Alladi S. The COVID-19 long-term care situation in India. International Long-Term Care Policy Network 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-situation-in-India-30th-May.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
79. Amour R, Robinson JN, Govia I. The COVID-19 long-term care situation in Jamaica. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Jamaica-25-May-2020-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
80. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
81. Low L-F. The long-term care COVID-19 situation in Australia. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Australia-LTC-COVID19-situation-24-April-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
82. *Extra payment for unpaid carers*. Scottish Government, 6 May 2020 (<https://www.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers/>, page consultée le 2 août 2020).
83. *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva, World Health Organization, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>).
84. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*, 2020, **395**(10231): 1190–1.
85. Suarez-Gonzalez A, Livingston G, Comas-Herrera. Report: the impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/03/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/>, page consultée le 2 août 2020).
86. Joint statement on advance care planning. Care Quality Commission; 2020 (<https://content.govdelivery.com/accounts/UKCQC/bulletins/283e565>, page consultée le 2 août 2020).
87. *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance*. Geneva, World Health Organization, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1, page consultée le 2 août 2020).
88. *Soins à domicile pour les patients présumés infectés par le nouveau coronavirus (nCoV) présentant des symptômes bénins et prise en charge des contacts : Lignes directrices provisoires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 ([https://www.who.int/fr/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/fr/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), page consultée le 2 août 2020).
89. Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>, page consultée le 2 août 2020).
90. Bauer A. COVID19: providing palliative care for the many. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/03/31/covid19-proving-palliative-care-for-the-many/>, page consultée le 2 août 2020).

91. Oven A. COVID-19 and long-term care in Slovenia: impact, measures and lessons learnt. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessons-learnt-21-April-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
92. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1, page consultée le 2 août 2020).
93. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health), page consultée le 2 août 2020).
94. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>, page consultée le 2 août 2020).
95. Sani TP, Tan M, Rustandi KK, Turana Y. COVID-19 long-term care situation in Indonesia. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Indonesia-30-May-1.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
96. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf, page consultée le 2 août 2020).
97. Contact tracing in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, page consultée le 2 août 2020).
98. Rostgaard T. The COVID-19 long-term care situation in Denmark. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
99. Hasmuk K, Sallehuddin H, Tan MP, Cheah WK, Rahimah I, Chai ST. The long term care COVID-19 situation in Malaysia. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Malaysia-LTC-COVID-situation-report-30-May.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
100. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, page consultée le 2 août 2020).
101. Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R. Unpaid care in England: future patterns and potential support strategies. London, London School of Economics, 2018.
102. *Caring behind closed doors: forgotten families in the coronavirus outbreak*. London, Carers UK, 2020 (<https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/caring-behind-closed-doors-report>, page consultée le 2 août 2020).
103. Wharton TC, Ford BK. What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? *Journal of Gerontological Social Work*, 2014, **57**(5):460–77. doi:10.1080/01634372.2014.882466.
104. Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>, page consultée le 2 août 2020).
105. Da Mata F, Oliveira D. COVID-19 and long-term care in Brazil: impact, measures and lessons learned. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-Long-term-care-situation-in-Brazil-6-May-2020.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
106. COVID-19 and violence against older people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people>, page consultée le 2 août 2020).
107. Leiblfinger M, Prieler V, Schwiter K, Steiner J, Benazha A, Lutz H. Impact of the COVID-19 pandemic on live-in care workers in Germany, Austria and Switzerland. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>, page consultée le 2 août 2020).
108. Coronavirus Plan of Action. Chile: Senama (<http://www.senama.gob.cl/protocolos-covid-19>, page consultée le 2 août 2020).
109. Cuenta con migo [count on me]. Government of Chile (<https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>, page consultée le 2 août 2020).

110. López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. COVID-19 and long-term care in Mexico: questions, challenges, and the way forward. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/LTC-Covid-19-situation-in-Mexico-8-June.pdf>, page consultée le 2 août 2020).
111. Musyimi C, Mutunga E, Ndeti D. COVID-19 and long-term care in Kenya. International Long-Term Care Policy Network, 2020 (<https://ltccovid.org/2020/06/02/new-country-report-the-covid-19-long-term-care-situation-in-kenya/>, page consultée le 2 août 2020).
112. COVID Trauma Response Working Group (<https://www.traumagroup.org/>, page consultée le 2 août 2020).
113. Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-fr.pdf>, page consultée le 2 août 2020).

Annexe 1. Méthodes

Examen systématique actualisé en continu

Un examen systématique actualisé en continu et visant à faire une synthèse des premières données internationales sur les taux de mortalité ainsi que sur l'incidence de la COVID-19 chez les personnes qui utilisent ou qui fournissent des soins de longue durée a été réalisé. Il a été enregistré auprès de Prospero (CRD42020183557) et porte sur des études identifiées à l'aide de recherches menées dans des bases des données effectuées le 15 mai 2020 et mises à jour jusqu'au 5 juin 2020. Les méthodes et les résultats ont été publiés dans leur intégralité dans medRxiv. Les publications ont été recherchées dans sept bases de données (MEDLINE ; Embase ; CINAHL Plus ; Web of Science ; Global Health ; WHO COVID-19 Research Database ; medRxiv) afin d'identifier l'ensemble des études faisant état de données primaires sur la mortalité et l'incidence des maladies liées à la COVID-19 chez les utilisateurs de soins de longue durée et sur le personnel qui fournit ces soins. En outre, des données probantes sur les taux de mortalité au niveau des pays ont été identifiées à partir du site Internet LTCcovid.org, qui regroupe les données fournies par un réseau international d'experts en soins de longue durée. Les études dont l'objet principal n'était pas les soins de longue durée ont été exclues. Les études primaires incluses ont été évaluées de façon critique et une synthèse sous forme de texte a été préparée pour les résultats suivants : nombre de décès ; taux de mortalité, taux de létalité et excès de mortalité liés à la COVID-19 (résultats co-primaires) ; et incidence de la maladie, des hospitalisations et des admissions dans les unités de soins intensifs.

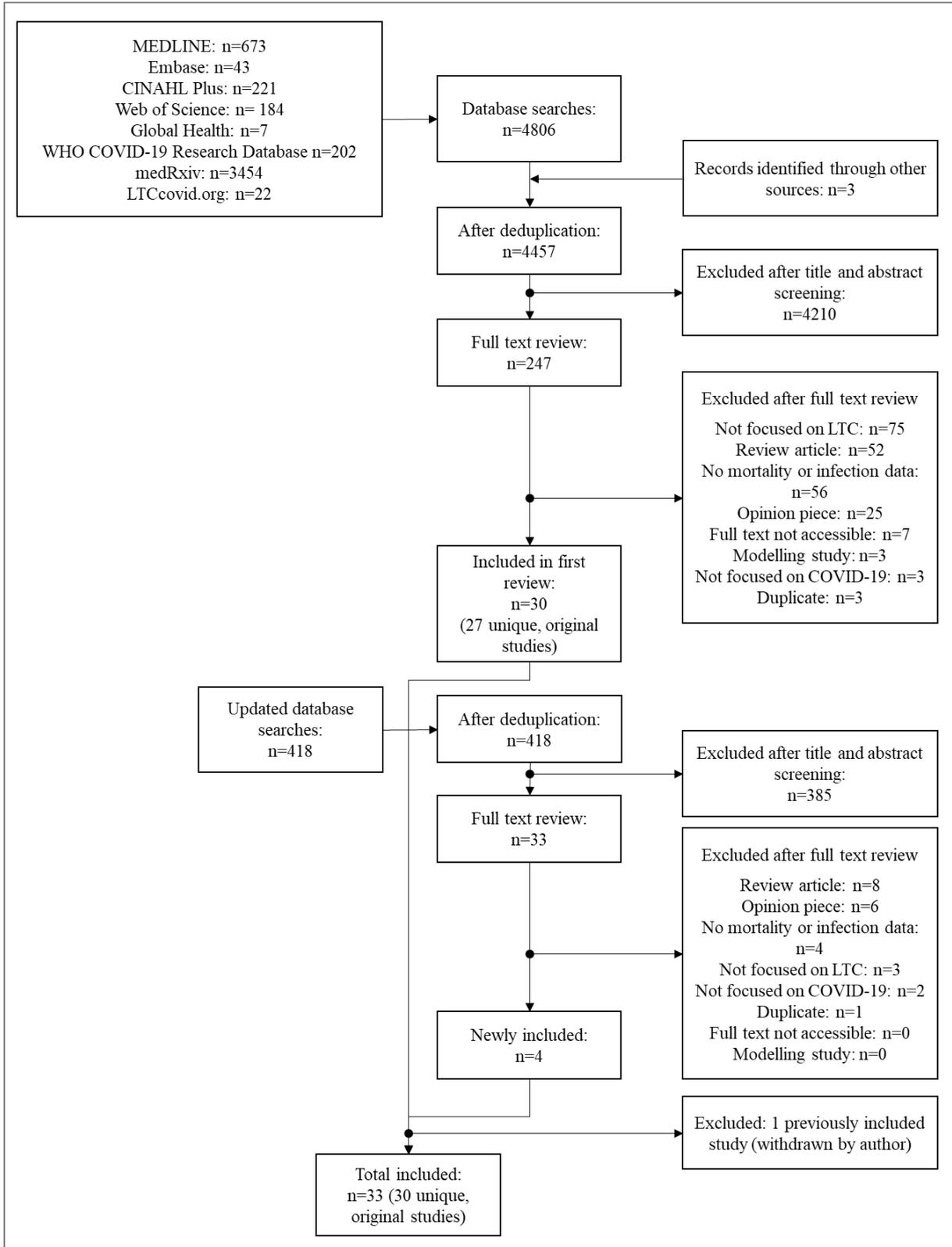
Trois personnes différentes ont passé en revue les titres et les résumés des publications puis ont effectué un examen du texte complet des publications retenues afin de sélectionner les études pertinentes. Les données concernant les mêmes études ou les mêmes flambées épidémiques ont ensuite été combinées. Un canevas normalisé a été utilisé pour extraire des données de chaque étude, y compris des renseignements sur les éléments suivants : structure de l'étude ; cadre des soins (institutionnel ou communautaire) ; mode de diagnostic et de confirmation de la COVID-19 ; caractéristiques de base des participants ; nombre absolu de décès et taux de mortalité chez les cas de COVID-19 confirmés ou présumés ; taux de létalité ; excès de mortalité ; nombres absolus et taux de cas de COVID-19 confirmés ou présumés ; taux d'hospitalisation et taux d'admission en unité de soins intensifs parmi les cas de COVID-19 confirmés ou présumés. Toutes les données sur les caractéristiques des participants aux études et sur les résultats ont été extraites séparément pour les utilisateurs des soins de longue durée et pour le personnel qui fournit ces soins. Les informations sur la proportion de cas asymptomatiques au moment du test, ainsi que les conclusions des études qui comparent les résultats chez les utilisateurs de soins de longue durée et chez d'autres personnes, ont également été extraites.

En raison de l'hétérogénéité des définitions utilisées pour les numérateurs, les dénominateurs et les durées de suivi dans les différentes études incluses, il n'a pas été possible de regrouper les données. Au lieu de cela, les résultats ont été résumés sous forme de textes et présentés dans des tableaux, en incluant les informations sur les caractéristiques de l'échantillon, la durée du suivi et les définitions de cas, selon le cas. Lorsque des études ont fait état d'un chevauchement des populations, celles avec la taille d'échantillon la plus grande et le temps de suivi le plus long ont été retenues.

La qualité des études primaires incluses faisant état de chiffres relatifs aux taux de mortalité, aux taux de létalité ou à l'incidence de la maladie a été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation critique pour les études de prévalence de l'Institut Joanna Briggs. Le risque de biais dans les différentes études n'a pas été évalué.

Au total, les rapports de 33 études provenant de 30 études primaires ou rapports de flambées épidémiques différents ont été inclus (Figure A1.1).

Figure A1.1 Diagramme représentant la sélection des études primaires incluses



| ANGLAIS | FRANCAIS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDLINE: n=673 Embase: n=43 CINAHL Phis: n=221 [Web of Science: n=184 Global Health: n=7 WHO COVID-19 Research Database n=202 medRxiv: n=3454 LTCcovid.org: n=22 | MEDLINE : n=673 Embase : n=43 CINAHL Phis : n=221 Web of Science : n=184 Global Health : n=7 WHO COVID-19 Research Database n=202 medRxiv : n=3454 LTCcovid.org : n=22 |
| Database searches n=4806 | Recherches dans les bases de données : n=4806 |
| Records identified through other sources: n=3 | Données identifiées via d'autres sources : n=3 |
| After deduplication: n=4457 | Après retrait des doublons : n=4457 |
| Excluded after title and abstract screening: n=4210 | Exclusion après passage en revue des titres et des résumés : n=4210 |
| Full text review n=247 | Examen du texte entier : n=247 |
| Excluded after full text review Not focused on LTC: n=75 Review article: n=52 No mortality or infection data: n=56 Opinion piece: n=25 Full text not accessible: n=7 Modelling study: n=3 Not focused on COVID-19: n=3 Duplicate: n=3 | Exclusion après examen du texte entier Non axée sur les SLD* : n=75 Article de synthèse : n=52 Pas de données sur les infections ou la mortalité : n=56 Article d'opinion : n=25 Texte entier non accessible : n=7 Étude de modélisation : n=3 Non axée sur la COVID-19 : n=3 Doublet : n=3 |
| Included in first review: n=30 (27 unique. Original studies) | Incluses au cours du premier examen : n=30 (27 études originales uniques) |
| Updated database searches: n=418 | Mise à jour des recherches dans les bases de données : n=418 |
| After deduplication: n=418 | Après retrait des doublons : n=418 |
| Excluded after title and abstract screening n=385 | Exclusion après passage en revue des titres et des résumés : n=385 |
| Full text review n=33 | Examen du texte entier : n=33 |
| Excluded after full text review Review article: n=8 Opinion piece: n=6 No mortality or infection data: n=4 Not focused on LTC: n=3 Not focused on COVID-19: n=2 Duplicate: n=1 Full text not accessible: n=0 Modelling study: n=0 | Exclusion après examen du texte entier Article de synthèse : n=8 Article d'opinion : n=6 Pas de données sur les infections ou la mortalité : n=4 Non axée sur les SLD : n=3 Non axée sur la COVID-19 : n=2 Doublet : n=1 Texte entier non accessible : n=0 Étude de modélisation : n=0 |
| Newly included n=4 | Nouvellement incluses : n=4 |
| Excluded: 1 previously included Study (withdrawn by author) | Exclusion : 1 étude incluse au préalable (retrait par l'auteur) |
| Total included: n=33 (30 unique original studies) | Total incluses : n=33 (30 études originales uniques) |
| | * SLD : soins de longue durée |

Projet pilote d'un examen systématique de l'efficacité des interventions visant à atténuer l'impact de la COVID-19 sur les personnes qui utilisent ou qui fournissent des soins de longue durée

Un examen systématique de l'efficacité des interventions destinées à faire face à l'impact de la COVID-19 sur les personnes qui utilisent ou qui fournissent des soins de longue durée est en cours de réalisation. Un test de la stratégie de recherche des publications pertinentes dans sept bases de données (MEDLINE ; Embase ; CINAHL Plus ; Web of Science ; Global Health ; WHO COVID-19 Research Database ; medRxiv) a permis d'identifier 21 études ayant décrit des ripostes à la pandémie de COVID-19 et fourni une évaluation sous une forme ou une autre de l'efficacité des services de soins de longue durée, ou tenté d'évaluer l'impact des caractéristiques de ces services, sur les taux d'infection par le virus responsable de la COVID-19 et les taux de mortalité associés. Ces rapports provenaient des États-Unis d'Amérique (cinq rapports), de l'Italie (trois rapports), du Canada, de la Chine, de la République de Corée et de l'Espagne (deux rapports chacun) ainsi que de la Belgique, de la France, de l'Irlande, de Singapour et du Royaume-Uni (un rapport chacun).

Les interventions identifiées et les groupes cibles variaient d'une étude à l'autre. Trois études ont fourni des données sur des traitements pharmacologiques administrés dans des maisons de retraite (1-3), d'autres études ont décrit la mise en œuvre de mesures de prévention (Chine et Singapour) et de mesures visant à limiter la propagation (Canada, Chine, République de Corée et États-Unis d'Amérique) de flambées épidémiques dans des établissements de soins (1, 4-8), une étude a fourni des données sur des mesures de prévention instaurées dans le cadre de soins communautaires aux États-Unis d'Amérique (9), quatre études ont décrit des changements organisationnels multidimensionnels mis en place pour faire face à la pandémie de COVID-19 dans des établissements de soins de longue durée, y compris la collaboration et la coordination multidisciplinaires (6, 10-12), trois étaient des études pilotes sur la détection de la COVID-19 grâce à des tests rapides réalisés sur le lieu de soins, à des tests regroupés (*pooled testing*) et à l'échographie thoracique au lit du malade (13-15), et une étude a adapté une intervention de stimulation cognitive existante destinée aux personnes atteintes de démence afin de fournir des informations et un soutien en rapport avec la COVID-19 (16).

Pour la plupart, ces études étaient descriptives, ne comportaient pas de groupe témoin et n'étaient pas conçues pour évaluer de manière rigoureuse l'efficacité des mesures mises en œuvre. Néanmoins, les interventions de prévention et de gestion des flambées épidémiques décrites dans les publications de Chine, de République de Corée et de Singapour étaient toutes associées à une efficacité dans la prévention ou la limitation de la propagation de ces flambées.

Trois autres études ont évalué l'association entre les différentes caractéristiques des maisons de retraite d'une part et les flambées épidémiques de COVID-19 et les résultats obtenus d'autre part. Stall *et al.* ont constaté qu'en Ontario (Canada), le statut « être à but lucratif » des maisons de retraite était associé à la fois à l'ampleur de la flambée épidémique qui y est survenue et au nombre de décès de résidents (17). Toutefois, ce statut n'était pas associé à une augmentation de la probabilité de survenue d'une flambée épidémique. En Irlande, Romero-Ortuño et Kennelly ont trouvé une association statistiquement significative modérée entre le nombre brut de décès et l'occupation à pleine capacité des établissements de soins, mais n'ont trouvé aucune association statistiquement significative avec la qualité des maisons de retraite (18). De même, aux États-Unis d'Amérique, Abrams *et al.* n'ont pas trouvé d'association statistiquement significative entre le fait de déclarer au moins un cas de COVID-19 dans une maison de retraite et les critères de qualité habituels (19). Cependant, il existait une association statistiquement significative avec la taille des grandes structures, le fait que la structure soit située en milieu urbain, le pourcentage de résidents afro-américains, le fait de ne pas appartenir à une chaîne, et l'État où se trouve la structure.

Enfin, deux études menées dans différentes régions d'Italie ont analysé l'association entre les caractéristiques régionales, y compris les caractéristiques du système de soins de longue durée, telles que la proportion de lits de soins de longue durée dans le système privé par rapport au système public ainsi que la disponibilité de lits en maison de retraite, et la propagation de la COVID-19 (20, 21).

Rapports sur la situation de la COVID-19 dans les soins de longue durée

Les rapports publiés sur le site Web LTCcovid (une initiative du Réseau international des politiques en matière de soins de longue durée) ont été examinés. Ces rapports ont été produits par des experts en soins de longue durée, généralement des universitaires. Les rapports visaient à rassembler des informations sur l'impact de la COVID-19 sur les personnes qui utilisent ou qui fournissent des soins de longue durée, ainsi que sur les mesures adoptées pour atténuer les répercussions de la pandémie sur cette population. Les informations tirées de ces rapports ont été utilisées pour donner des exemples des mesures qui ont été adoptées.

Références bibliographiques

1. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*, April 2020 105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
2. Ahmad I, Alam M, Saadi R, Mahmud S, Saadi E. Doxycycline and hydroxychloroquine as treatment for high-risk COVID-19 patients: experience from case series of 54 patients in long-term care facilities. *medRxiv*, May 2020. doi:10.1101/2020.05.18.20066902.
3. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, June 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
4. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*, May 2020.
5. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, May 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
6. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*, May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
7. Munanga A. Critical infection control adaptations to survive COVID-19 in retirement communities. *Journal of Gerontological Nursing*, 2020, **46**(6): 3–5. doi:10.3928/00989134-20200511-03.
8. Mills WR, Sender S, Lichtefeld J, Romano N, Reynolds K, Price M et al. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2020. doi:10.1111/jir.12740.
9. Archbald-Pannone LR, Harris DA, Albergo K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB. COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.044.
10. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*, 2020, **23**(5): 605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
11. Koeberle S, Tannou T, Bouillier K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C et al. COVID 19 outbreak: organisation of a geriatric assessment and coordination unit – a French example. *Age and Ageing*, May 2020. doi:10.1093/ageing/afaa092.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*, 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Cabrera JJ, Rey S, Perez S, Martinez-Lamas L, Cores-Calvo O, Torres J et al. Pooling for SARS-CoV-2 control in care institutions. *medRxiv*, June 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20108597.
14. Nouvenne A, Ticinesi A, Parise A, Prati B, Esposito M, Cocchi V et al. Point-of-care chest ultrasonography as a diagnostic resource for COVID-19 outbreak in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.050.
15. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 2020, **22**(5):e19434. doi:10.2196/19434.
16. Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit nursing homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths in Ontario, Canada. *Medrxiv*, 2020. doi:10.1101/2020.05.25.20112664.

17. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. *International Long-Term Care Policy Network*, 2020.
18. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. nursing homes with COVID-19 cases. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2020. doi:10.1111/jgs.16661.
19. Buja A, Paganini M, Cocchio S, Scioni M, Rebba V, Baldo V. Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in northern Italy: an ecological study. *medRxiv*, 2020. doi:10.1101/2020.04.25.20078311.
20. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *PLoS One*, 2020, **15**(5):e0233329. doi:10.1371/journal.pone.0233329.

Remerciements

Cette note d'orientation a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au moyen d'une nouvelle analyse ainsi que d'un consensus d'experts et en se servant des orientations de l'OMS existantes.

Départements ayant assuré la coordination

Département Services de santé intégrés (Shannon Barkley, Edward Kelley).

Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement (Zee-A Han, Anshu Banerjee).

Principales personnes chargées de la rédaction

OMS : Zee-A Han (responsable), Shannon Barkley, Yuka Sumi.

London School of Economics and Political Science : Adelina Comas-Herrera, Klara Lorenz-Dant, Maximilian Salcher-Konrad.

Autres entités ayant examiné ou contribué à l'élaboration de ce document

Comité d'orientation de l'OMS : Vieillissement et santé ; Services et systèmes cliniques ; Genre, équité et droits humains ; Services de santé intégrés ; Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement ; Santé mentale et usage de substances psychoactives ; Fonctions sensorielles, handicap et réadaptation ; Plateforme d'interconnexion et groupe spécial sur la lutte anti-infectieuse ; Centre OMS de Kobe et bureaux régionaux (Benedetta Allegranzi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Sarah Louise Barber, Anjana Bhushan, Alessandro Cassini, Alarcos Cieza, Theresa Diaz, Stefanie Freel, Manfred Huber, Anne Johansen, Theadora Koller, Margrieta Langins, Madison Moon, Paul Ong, Ritu Sadana, Nicoline Schiess, Katrin Seeher et Enrique Vega).

Les personnes citées ci-dessous ont examiné ou contribué à l'élaboration de ce document. Elles ont chacune signé un accord de confidentialité, et leurs déclarations d'intérêts ont été obtenues et passées en revue.

Experts ne travaillant pas pour l'OMS : réseau mondial de l'OMS sur les soins de longue durée pour les personnes âgées (Liat Ayalon, Pablo Villalobos Dintrans, Walter Frontera, Muthoni Gichu, Sandhya Gupta, Hanadi Khamis Al Hamad, Arvind Mathur, Reshma A. Merchant, Stephen O'Connor, Vinod Shah et Lieve Van den Block) ainsi que Rachel Albone, Sean Cannone, Leon Geffen, Terry Fulmer, Richard Humphries, Caitlin Littleton, Terry Lum, Saniya Sabzwari et David Stewart.

L'OMS continue de suivre de près la situation, à la recherche de tout changement susceptible d'avoir des conséquences sur cette note d'orientation. Si certains facteurs venaient à changer, elle publiera une nouvelle mise à jour de ce document.

L'OMS remercie chaleureusement pour son aimable soutien le Ministère de la santé et du bien-être social du Gouvernement de la République de Corée.

© Organisation mondiale de la Santé 2020. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1)