



Éclosions de COVID-19 dans les lieux d'hébergement collectif



Table des matières

Table des matières	2
Introduction	3
Résumé	4
1. Foyers de groupe.....	9
2. Refuges	12
3. Établissements d'aide à la vie autonome	14
4. Établissements correctionnels.....	16
5. Activité COVID-19 dans la communauté	18
6. Leçons tirées	19
a. Résumé.....	19
b. Foyers de groupe	19
c. Refuges.....	20
d. Établissements d'aide à la vie autonome.....	20
e. Établissements correctionnels	21
f. Immunisation.....	21
Références	22



Introduction

Les lieux d'hébergement collectif sont une gamme d'installations où les personnes (dont la plupart ou la totalité ne sont pas apparentées) vivent ou passent la nuit et utilisent des espaces communs (p. ex., des espaces de couchage communs, des salles de bains, des cuisines). Par exemple, les foyers de groupe, les refuges (refuges communautaires pour membres de la famille et adultes), les établissements de vie autonome appuyés (maisons de chambres et logements de soutien) et les établissements correctionnels. Au total, il y a environ 320 résidences d'hébergement collectif à Ottawa.

Les résidents des lieux d'hébergement collectif présentent un risque plus élevé d'exposition à la COVID-19 en raison de l'utilisation d'espaces protégés, de la surpopulation et de l'exposition au personnel atteint d'une infection à la COVID-19 asymptomatique ou présymptomatique (1-3). La prévalence des conditions médicales sous-jacentes augmente la vulnérabilité de cette population (4) et étant donné la difficulté de contrôler la propagation de la COVID-19 une fois qu'il a pénétré dans ces milieux, il faut mettre l'accent sur la prévention de l'exposition initiale.

La pandémie a de nouveau exposé les inégalités de santé auxquelles est confronté le secteur d'hébergement collectif. Cela a été souligné par les taux disproportionnés de COVID-19 dans ces populations vulnérables, ce qui souligne un besoin urgent d'améliorer la réponse de Santé publique d'Ottawa à l'appui de cette population. L'application d'une approche d'équité en matière de santé était essentielle pour combler les lacunes et sera essentielle pour appuyer les lieux d'hébergement collectif et les populations à risque élevé dont ils servent à l'avenir. Pour ce faire, SPO doit continuer de maintenir la capacité du personnel à soutenir tous les lieux de rassemblement à Ottawa, tout en veillant à ce que le travail continu soit effectué en partenariat avec les principaux intervenants internes, à savoir la Direction générale des services sociaux et communautaires de la ville, la Ottawa Inner City Health, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et l'équipe régionale de prévention et de contrôle des infections. L'engagement et la collaboration continus avec ces intervenants sont essentiels à la refonte de notre façon de faire des affaires et seront importants pour la planification future de l'État afin de répondre davantage aux besoins en santé de ce secteur à risque élevé, et souvent isolé.

Santé publique Ottawa (SPO) mobilise les partenaires communautaires pour prévenir, détecter et gérer les éclosions. Les activités de prévention comprennent les visites préventives sur place et l'éducation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI). SPO aide les installations à déterminer le moment où une éclosion est déclarée et aide à déterminer les expositions potentielles à l'intérieur de l'installation. Le soutien à la gestion des éclosions comprend des visites sur place, des communications quotidiennes et de l'aide pour cerner les lacunes dans les mesures de contrôle ou d'autres problèmes qui peuvent avoir une incidence sur la transmission de la COVID-19.

La définition d'une éclosion de la COVID-19 pour les lieux d'hébergement collectif varie selon le type d'installation. En général, une éclosion confirmée dans un lieu d'hébergement collectif est définie comme étant au moins deux cas confirmés en laboratoire de COVID-19 avec des preuves de transmission à l'intérieur de l'installation. Une éclosion suspecte est déclarée lorsqu'il y a au moins un cas confirmé dans une installation avec une acquisition possible dans l'installation. Ce rapport sera axé sur les éclosions confirmées.



Résumé

- De mars 2020 au 15 juillet 2021, SPO a mené une enquête sur 104 **éclosions de COVID-19 confirmées** dans des lieux d'hébergement collectif avec **872 personnes qui ont reçu un test positif** à la COVID-19 (tableau 1, figure 1), y compris :
 - 57 éclosions dans des foyers de groupe, avec un total de 235 personnes qui ont reçu un test positif (99 résidents et 136 membres du personnel)
 - 27 éclosions dans des refuges, avec un total de 436 personnes qui ont reçu un test positif (303 résidents et 133 membres du personnel)
 - 16 éclosions dans des établissements d'aide à la vie autonome, avec un total de 155 personnes qui ont reçu un test positif (99 résidents et 56 membres du personnel)
 - 4 éclosions dans des établissements correctionnels, avec un total de 46 personnes qui ont reçu un test positif (39 résidents et 7 membres du personnel)
- **Les éclosions répétées étaient fréquentes.** Seize (16) établissements ont connu plus d'une éclosion de COVID-19, dont cinq foyers de groupe, six refuges, quatre établissements d'aide à la vie autonome et un établissement correctionnel.
- Bon nombre (56) d'éclosions ont été confinées à **trois résidents ou moins** qui ont reçu un test positif à la COVID-19, notamment :
 - 34 éclosions dans des foyers de groupe (dont 27 sans cas chez les résidents)
 - 13 éclosions dans des refuges (dont 3 sans cas chez les résidents)
 - 13 éclosions dans des établissements d'aide à la vie autonome (dont 8 sans cas chez les résidents).
- Seize (16) éclosions ont eu **au moins dix résidents** qui ont reçu un test positif à la COVID-19, dont six dans des foyers de groupe, six dans des refuges, trois dans des établissements d'aide à la vie autonome et un dans un établissement correctionnel.
- Il y a eu **32 hospitalisations, huit admissions aux unités de soins intensifs (USI) et neuf décès** associés à des éclosions de COVID-19 dans des établissements de soins collectifs, y compris :
 - 18 hospitalisations, deux admissions aux USI chez les résidents et les employés de refuge.
 - 18 hospitalisations, deux admissions aux USI chez les résidents et les employés d'établissements d'aide à la vie autonome.
 - Neuf hospitalisations et quatre admissions aux USI chez les résidents et les employés de foyer de groupe.
 - Trois décès ont eu lieu chez les résidents de refuges et six décès ont eu lieu chez les résidents d'établissements d'aide à la vie autonome.
- En **moyenne, les éclosions duraient 21 jours**, mais la durée de l'éclosion variait largement de six à 35 jours dans les foyers de groupe, de 10 à 67 jours dans les



refuges, de 9 à 42 jours dans les établissements d'aide à la vie autonome et de 14 à 30 jours dans les établissements correctionnels.

- La **nature transitoire** du lieu de résidence dans les établissements correctionnels et les refuges a facilité l'introduction et la propagation de la COVID-19, malgré les programmes de test à l'admission (qui sont exécutés de façon uniforme dans les établissements correctionnels, mais pas dans les refuges). Les réseaux de contacts montrent l'introduction et la circulation soutenues de la COVID-19 entre le Centre de détention d'Ottawa-Carleton (CDOCC) et les refuges ayant des liens directs avec les établissements de soins de santé, et des liens indirects par des contacts et l'exposition des ménages aux foyers pour personnes âgées et aux établissements de soins de longue durée.

La diversité exige une approche personnalisée : Les difficultés dans la gestion des éclosions étaient évidentes, en particulier dans les milieux d'hébergement pour adultes avec des populations de passage, les problèmes fréquents de santé mentale et de toxicomanie sous-jacents, la difficulté d'isoler des cas, les préoccupations en matière de capacité du personnel et les difficultés à cerner les symptômes. Ces facteurs mènent intrinsèquement à une plus grande complexité de l'éclosion, ce qui indique qu'il est nécessaire d'établir des stratégies particulières de PCI, y compris des stratégies de cohorte créatives, des recommandations d'essais souples ou ciblés et un besoin général d'un plus grand niveau de soutien à l'éclosion. Il est également important de savoir que la population en hébergement peut également être employée ou être liée à de nombreux emplois de soins de santé à risque élevé ou à des professions semblables.

- **Les partenariats étaient essentiels** à la prévention et à la gestion des éclosions : Les partenaires de communication et de collaboration continus ont facilité une réponse souple et agile qui était nécessaire pour mobiliser les ressources appropriées, en particulier dans les grands refuges pour adultes. De nouveaux partenariats avec les directeurs et le personnel de plus petite taille, le Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESC) et le Ministère des foyers de soins spéciaux (MFSS) devraient être encouragés afin de continuer à veiller à ce que les établissements, le personnel et les clients reçoivent un soutien efficace après la pandémie.
- **La vaccination incitative** était essentielle à l'adoption de la vaccination, en particulier chez les adultes dans les refuges d'urgence. De plus, la vaccination sur place et les stratégies de rappel pour les deuxièmes doses étaient importantes pour augmenter la participation et doivent être améliorées à mesure que les troisièmes doses deviennent disponibles. Les résidents des hébergements collectifs ont été priorisés pour la vaccination, bien que malheureusement le lancement ait été trop tardif pour beaucoup de personnes qui ont testé positif.
- **La déclaration rapide d'éclosions à l'échelle des établissements**, même en l'absence de preuves de liens épidémiologiques entre les cas, pourrait réduire la propagation des maladies infectieuses dans les établissements en mobilisant plus rapidement les ressources.



- **Dépistage** : SPO, en collaboration avec des partenaires d'essai (Ottawa Inner City Health, CHEO, l'Hôpital Montfort, Services paramédicaux d'Ottawa, l'Hôpital d'Ottawa et le CSC du sud-est d'Ottawa) a facilité la surveillance et le dépistage des éclosions dans les lieux de rassemblement. Les tests mobiles fournis par ces partenaires ont réduit les obstacles aux tests pour les environnements collectifs et permis l'évaluation et la mise en œuvre rapides de mesures appropriées en cas d'éclosion. Le dépistage sur les lieux d'hébergement collectif requiert plus de souplesse que dans les autres types d'établissements. La nature éphémère de la population et les sentiments potentiels de méfiance exigent une approche souple pour les tests de surveillance. Les attentes en ce qui concerne l'atteinte des seuils d'essai, le temps requis pour entreprendre les activités d'essai, les créneaux des tests de dépistage, etc., doivent être harmonisées avec la capacité de ces sites et la volonté de leurs clients de subir des tests de dépistage. Mettre à profit la relation préexistante entre les clients et les partenaires de dépistage a donné lieu à une plus grande confiance et à un meilleur taux de participation au dépistage de clients. De plus, les attentes en matière d'établissement de rapports doivent également tenir compte des difficultés liées à la conciliation des renseignements personnels sur la santé des clients qui peuvent ne pas avoir d'adresse fixe, de numéro de carte d'assurance maladie et qui peuvent hésiter à communiquer des renseignements personnels au personnel qui effectue les tests.
- Les **centres de distanciation physique et d'isolement** étaient des interventions clés : Les centres d'isolement ont joué un rôle déterminant dans l'isolement de cas positifs et des clients symptomatiques. Isoler en place, particulièrement dans les refuges communautaires, est incroyablement difficile en raison de la disposition physique et de la nature de la clientèle. Les refuges communautaires temporaires et les services de centre de relève ont joué un rôle déterminant dans l'offre d'espace aux clients pour qu'ils puissent rester physiquement distants et avoir accès aux services de base tout en réduisant le risque d'acquiescer ou de propager la COVID-19.



Tableau 1. Résumé des indicateurs d'écllosion de la COVID-19 dans les lieux d'hébergement collectif, d'avril 2020 à juillet 2021, Ottawa

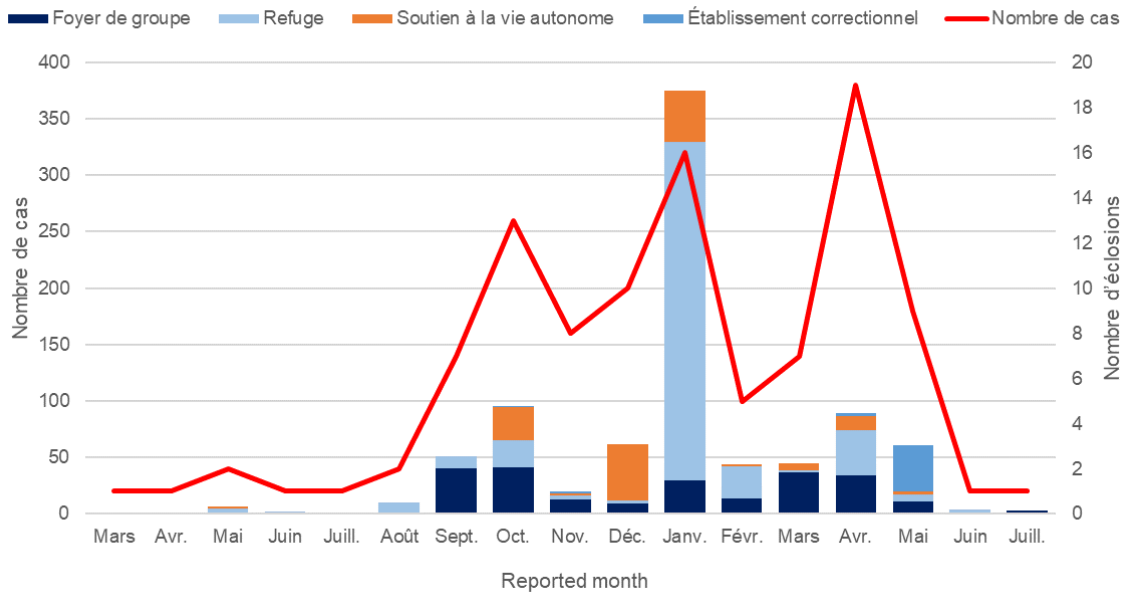
Indicateur	Foyer de groupe	Refuge	Établissement d'aide à la vie autonome	Établissement correctionnel
Nombre d'éclussions	57	27	16	4
Durée moyenne (jours)	15	27	20	20
Nombre total de cas	235	436	155	46
Nombre de cas chez les résidents	99	303	99	39
Nombre de cas chez le personnel	136	133	56	7
Taux global d'attaque des éclussions de COVID-19	7 % (fourchette de 1 % à 56 %)	24 % (fourchette de 3 % à 100 %)	17 % (fourchette de 4 % à 81 %)	10 % (fourchette de 3 % à 11 %)
Nombre de décès chez les résidents	0	3	6	0
Nombre de décès chez le personnel	0	0	0	0
Nombre d'hospitalisations	9	18	15	0
Nombre d'admissions à l'USI	2	4	2	0

Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Le nombre d'éclussions qui étaient encore ouvertes au moment de l'extraction de données comprenait une éclussion dans un foyer de groupe et une éclussion dans un refuge. Toutes les éclussions ont été fermées dans des établissements d'aide à la vie autonome et des établissements correctionnels.
3. La durée de l'éclussion est calculée à partir de la date déclarée de l'éclussion jusqu'à la date de clôture.
4. Les taux d'attaque sont fondés sur la capacité des lits d'installation, qui peut ne pas refléter le nombre exact de personnes à risque en raison du roulement.



Figure 1. Résumé des éclosions de COVID-19 et des cas associés dans les lieux de rassemblement d'Ottawa par mois où une éclosion a été déclarée, avril 2020 à juillet 2021



Remarques :

1. Les données sur les cas et les éclosions proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.



1. Foyers de groupe

Une éclosion confirmée de COVID-19 dans un foyer de groupe se produit lorsqu'il y a des preuves de transmission ou plus d'un cas confirmé en laboratoire signalé au cours d'une période de 14 jours. Une éclosion présumée de COVID-19 dans un foyer de groupe est déclarée lorsque la transmission active n'est pas présumée, qu'aucun contact à risque élevé (CRE) n'a été identifié et que l'acquisition est réputée provenir de l'extérieur du foyer.

D'avril 2020 au 15 juillet 2021, SPO a enquêté 57 éclosions confirmées dans des foyers de groupe (tableau 2).

- Il y a eu un total de 235 cas associés (99 résidents et 136 membres du personnel).
- Le plus grand nombre de cas a été enregistré à l'automne 2020, suivi du début du printemps 2021.
- Six foyers de groupe (11 %) ont connu deux éclosions de COVID-19.
- La plupart des éclosions (n=34, 60 %) avaient trois cas ou moins chez les résidents.
- Sur les 27 éclosions impliquant uniquement du personnel, la plupart étaient associées à 1 cas (81 %).
- Six éclosions (11 %) comportaient au moins dix résidents ou membres du personnel qui ont reçu un test positif à la COVID-19, le plus grand nombre de cas associés à une éclosion étant de 17.
- Une faible proportion de cas a été hospitalisée (4 %) et/ou admis à l'USI (1 %).
- Il n'y a pas eu de décès associés aux éclosions dans les foyers de groupe.
- La durée de l'éclosion variait de six à 35 jours (une éclosion était toujours ouverte au moment de l'extraction).
- Il y avait sept éclosions (12 %) qui ont duré 28 jours ou plus.

Tableau 2. Résumé des indicateurs d'éclosion de COVID-19 dans les foyers de groupe, avril 2020 à juillet 2021, Ottawa

Indicateur	Total	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T5 2021	T2 2021	T3 2021
Nombre d'éclosions	57	1	7	16	12	20	1
Durée moyenne (jours)	15	11	23	18	21	15	- ²
Nombre de cas chez les résidents	99	0	12	30	34	20	3
Nombre de cas chez le personnel	136	1	30	33	47	25	0
Taux d'attaque des infections à la COVID	7 % (fourchette de 1 % à 56 %)	0 %	2 %	3 %	3 %	2 %	0 %
Nombre de décès chez les résidents	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de décès chez le personnel	0	0	0	0	0	0	0



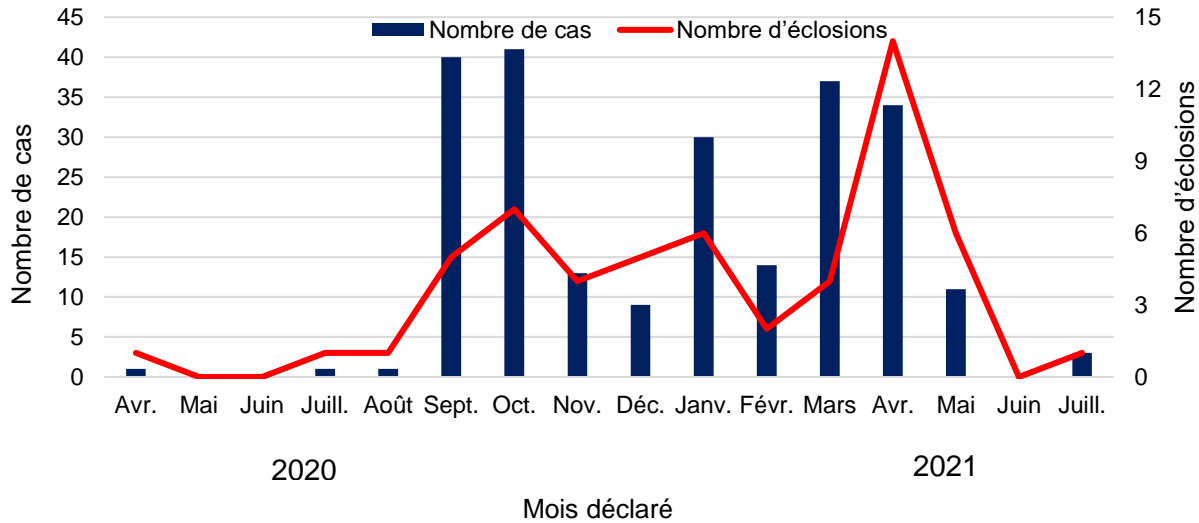
Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021
2. Une éclosion dans un foyer de groupe était toujours ouverte au moment de l'extraction de données.



Au total, 235 cas ont été recensés chez les résidents de foyers de groupe et du personnel entre avril 2020 et juillet 2021 (figure 2). Le plus grand fardeau de cas a été enregistré dans les écloisions signalées à l'automne 2020 (en particulier en septembre et en octobre), suivi du début du printemps 2021 (en particulier en mars et avril). Le nombre d'écloisions à l'automne 2020 a été inférieur, malgré un nombre élevé de cas. Le plus grand nombre d'écloisions a été observé en avril 2021.

Figure 2. Nombre de cas confirmés de COVID-19 associés à des écloisions confirmées dans les foyers de groupe d'Ottawa par mois où une écloision a été déclarée



Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Une écloision dans un foyer de groupe était toujours ouverte au moment de l'extraction de données.
3. Les cas confirmés sont ceux dont le résultat de laboratoire COVID-19 a été confirmé conformément à la version 8.0 du 23 juin 2020 du ministère de la Santé intitulée « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 par les autorités de santé publique en Ontario ».



2. Refuges

Une éclosion confirmée de COVID-19 dans un refuge communautaire est déclarée lorsque la transmission est survenue ou est soupçonnée dans plus d'un cas au cours d'une période de 14 jours. Une éclosion suspecte de COVID-19 dans un refuge se produit lorsque 1 cas a été signalé sans preuve de transmission.

D'avril 2020 au 15 juillet 2021, SPO a mené une enquête sur 27 éclosions confirmées dans des refuges (tableau 3).

- Il y a eu un total de 426 cas associés (303 résidents et 133 membres du personnel).
- La majorité (70 %) des cas associés à l'éclosion se sont produits en janvier 2021 (n=299).
- Six refuges (22 %) ont connu plus d'une éclosion de COVID-19.
- Treize éclosions (48 %) ont eu trois cas ou moins chez les résidents.
- Trois éclosions (11 %) se sont produites parmi le personnel seulement.
- Six éclosions (22 %) comportaient au moins dix résidents ou membres du personnel qui ont reçu un test positif à la COVID-19, le plus grand nombre de cas associés à une éclosion étant de 131.
- Une faible proportion de cas a été hospitalisée (4 %) et/ou admis à l'USI (1 %).
- Il y a eu trois décès associés aux éclosions dans les refuges.
- La durée de l'éclosion variait de 10 à 67 jours (une éclosion étant toujours ouverte au moment de l'extraction).
- Il y a eu 7 (26 %) éclosions qui ont duré 28 jours ou plus.

Tableau 3. Résumé des indicateurs d'éclosion de COVID-19 dans les refuges, avril 2020 à juillet 2021, Ottawa

Indicateur	Total	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021
Nombre d'éclosions	27	2	3	7	10	5	0
Durée moyenne (jours)	27	16	29	20	28	29	0
Nombre de cas chez les résidents	303	5	15	15	235	33	0
Nombre de cas chez le personnel	133	2	5	15	94	17	0
Taux d'attaque des infections à la COVID	23 % (fourchette de 3 % à 100 %)	0 %	1 %	2 %	18 %	3 %	0 %
Nombre de décès chez les résidents	3	0	0	1	2	0	0
Nombre de décès chez le personnel	0	0	0	0	0	0	0

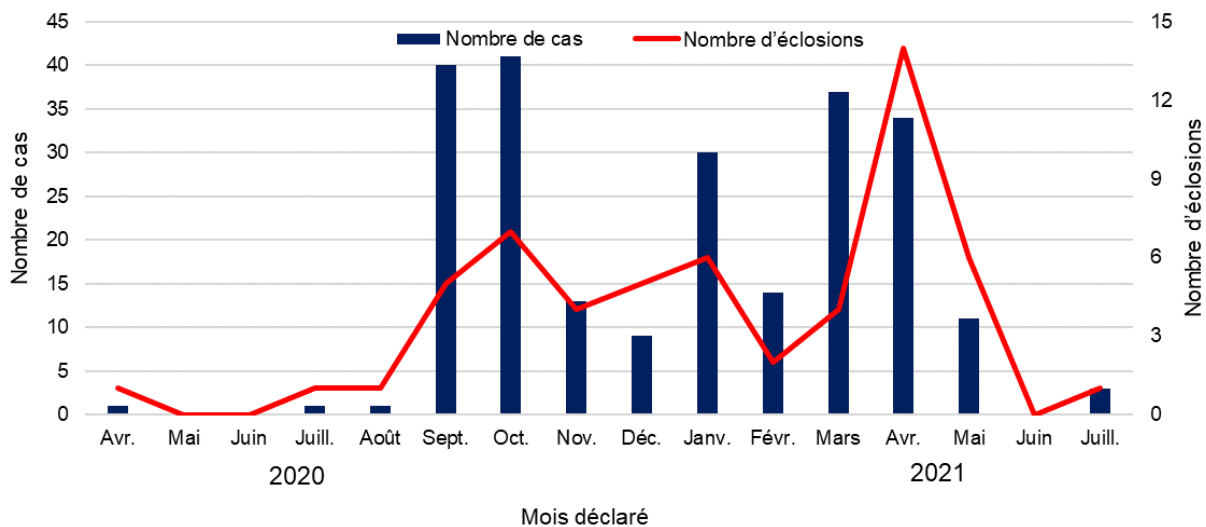
Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Une éclosion dans un refuge était toujours ouverte au moment de l'extraction des données.



Dans l'ensemble, le nombre de cas de COVID-19 associés à des éclosions dans des refuges était inférieur à 50 par mois (figure 3). Toutefois, le nombre d'éclosions et le nombre de cas connexes ont augmenté en janvier 2021.

Figure 3. Nombre de cas confirmés de COVID-19 associés à des éclosions dans les refuges d'Ottawa par mois où une éclosion a été déclarée



Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Une éclosion dans un refuge était toujours ouverte au moment de l'extraction de données.
3. Les cas confirmés sont ceux dont le résultat de laboratoire COVID-19 a été confirmé conformément à la version 8.0 du 23 juin 2020 du ministère de la Santé intitulée « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 par les autorités de santé publique en Ontario ».



3. Établissements d'aide à la vie autonome

Une éclosion confirmée de COVID-19 dans un établissement d'aide à la vie autonome se produit lorsqu'il y a des preuves de transmission de plus d'un cas signalé au cours d'une période de 14 jours. Une éclosion suspecte de COVID-19 peut être déclarée sans preuve de transmission, et l'acquisition est réputée provenir de l'extérieur du foyer et aucun CRE n'a été identifié.

De mars 2020 au 15 juillet 2021, SPO a mené une enquête sur 16 éclosions confirmées dans des établissements d'aide à la vie autonome (tableau 4).

- Il y a eu un total de 155 cas associés (99 résidents et 56 membres du personnel).
- Trois établissements de vie autonome (19 %) ont connu plus d'une éclosion.
- La majorité (75 %) des éclosions avaient trois cas ou moins chez les résidents.
- Il y a eu huit éclosions (50 %) parmi le personnel seulement.
- Trois éclosions (19 %) comportaient au moins dix résidents ou membres du personnel qui ont reçu un test positif à la COVID-19, le plus grand nombre de cas associés à une éclosion étant de 44.
- Une faible proportion de cas a été hospitalisée (10 %) et/ou admis à l'USI (1 %).
- Il y a eu six décès de résidents associés à des éclosions dans des établissements de vie autonome.
- Les périodes d'éclosion variaient de neuf à 42 jours (toutes les éclosions étaient fermées au moment de l'extraction).
- Il y a eu trois éclosions (19 %) qui ont duré 28 jours ou plus.

Tableau 4. Résumé des indicateurs d'éclosion de la COVID-19 dans les établissements d'aide à la vie autonome, de mars 2020 à juillet 2021, Ottawa

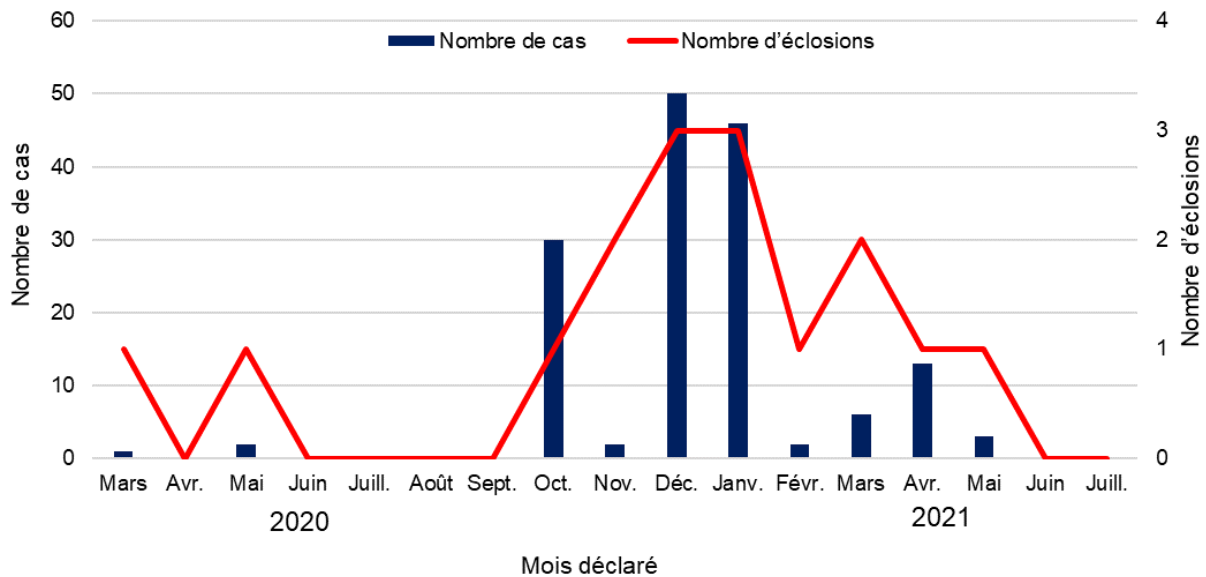
Indicateur	Total	T5 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T5 2021	T2 2021	T3 2021
Nombre d'éclosions	16	1	1	0	6	6	2	0
Durée moyenne (jours)	20	9	13	0	26	17	22	0
Nombre de cas chez les résidents	99	0	1	0	49	42	7	0
Nombre de cas chez le personnel	56	1	1	0	33	12	9	0
Taux d'attaque des infections à la COVID	17 % (fourchette de 4 % à 81 %)	0 %	0 %	0 %	9 %	6 %	2 %	0 %
Nombre de décès chez les résidents	6	0	0	0	5	1	0	0
Nombre de décès chez le personnel	0	0	0	0	0	0	0	0

Remarque : Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021



Le plus grand nombre de cas de COVID-19 associés à des éclosions dans des établissements d'aide à la vie autonome appuyées a été enregistré en décembre 2020 et en janvier 2021 (figure 4).

Figure 4. Nombre de cas confirmés de COVID-19 associés à des éclosions à Ottawa appuyées par un établissement de vie autonome par mois où une éclosion a été déclarée



Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Les cas confirmés sont ceux dont le résultat de laboratoire COVID-19 a été confirmé conformément à la version 8.0 du 23 juin 2020 du ministère de la Santé intitulée « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 par les autorités de santé publique en Ontario ».



4. Établissements correctionnels

Une éclosion de COVID-19 confirmée dans un établissement correctionnel peut être déclarée dans le cas où il y a plus d'un cas COVID-19 et avec des preuves de transmission à l'intérieur du centre de détention. Une éclosion suspecte de COVID-19 dans un établissement correctionnel peut être déclarée s'il y a 1 cas dans la population générale ou 1 membre du personnel qui a travaillé pendant leur période de communication et qu'aucune autre transmission n'a eu lieu.

Du début de la pandémie jusqu'au 15 juillet 2021, SPO a mené une enquête sur quatre éclosions confirmées dans les établissements correctionnels d'Ottawa (tableau 5).

- La première éclosion dans un établissement correctionnel a été déclarée en octobre 2020.
- Le plus grand nombre de cas associés à des éclosions (n=41) a été enregistré en mai 2021.
- Il y a eu un total de 46 cas associés (39 résidents et sept membres du personnel).
- Un établissement correctionnel a connu trois éclosions de COVID-19. C'est dans cet établissement que 96 % des cas associés à l'éclosion dans l'établissement correctionnel ont eu lieu.
- Trois éclosions (75 %) avaient un cas parmi les résidents.
- Une éclosion (25 %) comptait plus de dix résidents ou membres du personnel (41 cas) qui ont reçu un test positif à la COVID-19.
- Il n'y a pas eu d'hospitalisations ou d'admissions aux USI associées aux éclosions.
- Il n'y a pas eu de décès associés aux éclosions dans les établissements correctionnels d'Ottawa.
- La durée de l'éclosion variait de 14 à 30 jours, toutes les éclosions étant fermées au moment de l'extraction des données.

Tableau 5. Résumé des indicateurs d'éclosion de la COVID-19 dans les établissements correctionnels, de mars 2020 à juillet 2021, Ottawa

Indicateur	Total	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021
Nombre d'éclosions	4	0	0	2	0	2	0
Durée moyenne (jours)	20	0	0	14	0	25	0
Nombre de cas chez les résidents	39	0	0	2	0	37	0
Nombre de cas chez le personnel	7	0	0	1	0	6	0
Taux d'attaque des infections à la COVID	10 % (fourchette de 3 % à 11 %)	0 %	0 %	1 %	0 %	9 %	0 %
Nombre de décès chez les résidents	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de décès chez le personnel	0	0	0	0	0	0	0

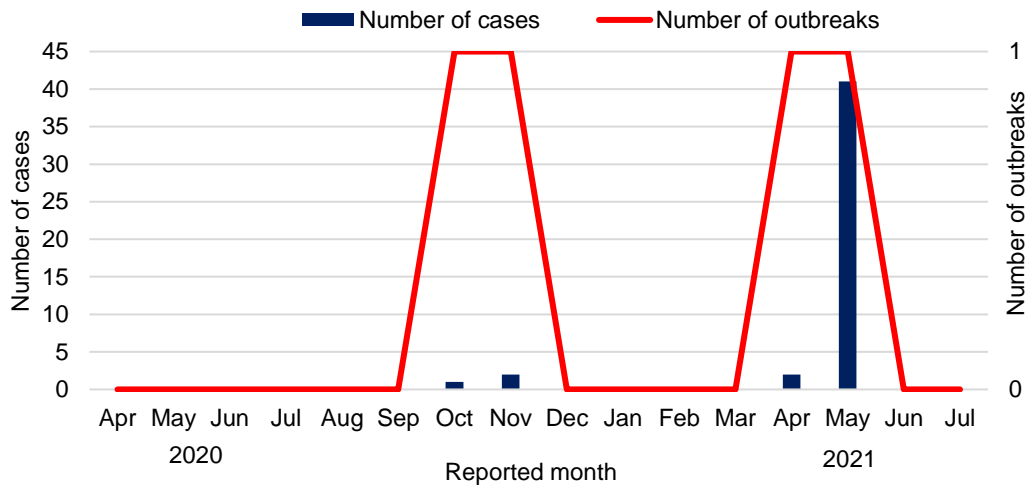
Remarques :

1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.



Le nombre de cas de COVID-19 associés à des écloisions dans des établissements correctionnels a augmenté en mai 2021, avec 41 cas au total (figure 5). Les écloisions précédentes (n=3) avaient moins de trois cas de COVID-19.

Figure 5. Nombre de cas confirmés de COVID-19 associés à des écloisions dans les établissements correctionnels d'Ottawa par mois où une écloision a été déclarée



Remarques :

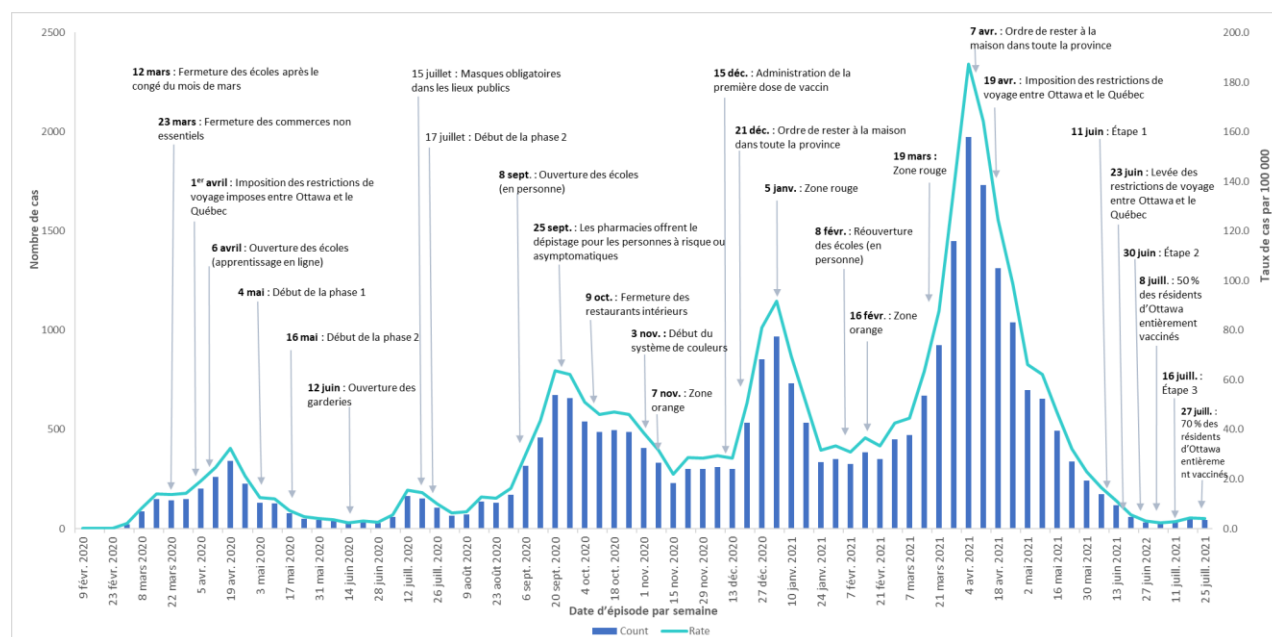
1. Les données sur les cas proviennent de la GCC à compter de 15 h le 15 juillet 2021.
2. Les cas confirmés sont ceux dont le résultat de laboratoire COVID-19 a été confirmé conformément à la version 8.0 du 23 juin 2020 du ministère de la Santé intitulée « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 par les autorités de santé publique en Ontario ».



5. Activité COVID-19 dans la communauté

La figure 6 montre une tendance temporelle des cas de COVID-19 dans la communauté en général afin de démontrer la relation entre les éclosions dans les lieux d'hébergement collectif et les taux d'infection dans la communauté en général. Les pics observés à l'automne 2020 et à l'hiver et au printemps 2021 reflètent l'augmentation des éclosions en habitation collective confirmées au cours des mêmes périodes. Le plus grand nombre de cas confirmés d'infection à la COVID-19 chez les résidents d'Ottawa s'est produit au cours de la semaine du 4 au 10 avril (1751 cas), suivie de la semaine du 11 au 17 avril 2021 (1 698 cas). Toutefois, le pic de cas dans les habitations collectives a eu lieu en janvier 2021, en raison de l'introduction de la COVID-19 dans les grands refuges communautaires pour adultes ce mois-là. Les cas hebdomadaires d'infection à la COVID-19 déclarés chez les résidents d'Ottawa ont diminué progressivement et considérablement pour s'établir à moins de 50 cas entre la semaine du 27 juin au 3 juillet 2021 et les semaines suivantes. Les cas dans les habitations collectives ont également diminué au fil du temps.

Figure 6. Cas hebdomadaires confirmés de COVID-19 chez les résidents d'Ottawa



6. Leçons tirées

a. Résumé

Les lieux d'hébergement collectifs sont des milieux à risque élevé pour la transmission de maladies infectieuses et posent des défis importants pour la gestion des éclosions. De plus, chaque lieu d'hébergement collectif est unique et présente ses propres exigences et défis. Bien que les mesures typiques de prévention et de contrôle des infections (IPAC) (c.-à-d. regroupement en cohortes, maintien de la distanciation physique, utilisation d'équipement de protection individuelle [ÉPI]) étaient importantes pour la prévention des éclosions de COVID-19 dans tous les milieux, en raison de la nature de la population et des complexités associées à ces milieux (c.-à-d. la capacité en locaux et en dotation, etc.), c'était l'orientation propre à l'établissement et la formation axée sur le personnel qui étaient les plus efficaces.

Vous trouverez ci-dessous les percées, les défis et les recommandations spécifiques au milieu. Dans la mesure du possible, les efforts futurs devraient être axés sur l'augmentation de la vaccination. Une analyse de l'environnement réalisée par Santé publique Ontario a permis d'identifier des stratégies de communication pour aider à l'éducation et à l'adoption à la vaccination dans les lieux d'hébergement collectifs communautaires (5). Voir l'annexe 8 pour un résumé.

Tout au long de la pandémie, SPO a établi des partenariats avec des partenaires communautaires qui étaient essentiels pour équilibrer les services continus de santé mentale et de toxicomanie tout en prévenant et en gérant les éclosions dans les lieux d'hébergement collectif. Parmi ceux-ci, on compte les établissements eux-mêmes, les centres de santé communautaire, le Ottawa Inner City Health, la Direction générale des services sociaux et communautaires de la Ville et le Groupe de travail sur les besoins humains, ainsi que les partenaires régionaux en PCI. En outre, SPO a collaboré avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et le ministère de la Santé, le cas échéant, à appuyer davantage les lieux d'hébergement collectif.

Avant la pandémie, le secteur n'a pas souvent collaboré directement avec la santé publique, et les éclosions étaient largement sous-déclarées. Toutefois, à la suite de la pandémie, SPO et l'équipe de la PCI ont considérablement élargi leur portée, leurs partenariats et leurs interventions dans le secteur, y compris l'intervention en cas d'éclosion, l'éducation sur la PCI ainsi que l'immunisation. La pandémie a positionné la SPO (et l'équipe de la PCI) pour appuyer plus de 300 sites, a introduit de nouveaux partenariats et de nouvelles possibilités de collaboration et a cerné un besoin urgent d'un soutien accru à ce secteur, en particulier avec des services améliorés avec une optique d'équité saine. Afin de continuer à prévenir et à réduire la transmission des maladies infectieuses dans ces milieux tout au long de la pandémie de COVID-19 et après la pandémie, la SPO doit maintenir sa capacité opérationnelle d'offrir un soutien spécifique aux installations tout en assurant une collaboration continue avec les intervenants.

b. Foyers de groupe

Les principaux clients des foyers de groupe sont les enfants, les jeunes ou les adultes ayant un handicap physique ou des besoins médicaux complexes, et sont donc très vulnérables et l'on ne peut s'attendre à ce qu'ils respectent les mesures typiques de la PCI. D'autres difficultés



sont dues au partage du personnel entre les foyers de groupe et d'autres lieux d'hébergement collectif, ce qui perpétue les épidémies entre les foyers de groupe. Afin d'atténuer l'exposition des clients à l'infection, un dépistage rigoureux auprès du personnel est devenu l'objectif principal. On pourrait envisager d'avoir une dotation en personnel unique pour ces établissements. Toutefois, cela peut mener à des défis en matière de dotation dans l'ensemble du secteur et, par conséquent, constituer un obstacle.

c. Refuges

La prévalence des problèmes médicaux sous-jacents signifie que la population des refuges pour adultes dans les collectivités risque davantage de souffrir d'une maladie grave. En raison des problèmes sous-jacents de santé mentale et de consommation de substances, la méfiance à l'égard du système de soins de santé, les taux élevés de roulement et le besoin d'un abri, le dépistage autodéclaré des clients par orientation du ministère a été difficile. Contrairement à d'autres lieux d'hébergement collectif comme les soins de longue durée où les résidents sont généralement prêts à subir des tests et à prendre des mesures de la PCI (p. ex., la distanciation physique, l'utilisation de masques, etc.), la population ayant accès aux refuges a besoin d'une stratégie plus souple qui maximise l'engagement. Par exemple, le dépistage rapide qui a réussi dans d'autres milieux n'était pas une stratégie utilisée dans les refuges communautaires d'Ottawa, car les clients ne consentiraient pas à un dépistage continu.

Ainsi, l'éducation axée sur le personnel en matière d'hygiène des mains, de distanciation sociale, du port du masque et du dépistage était importante et des améliorations à ces mesures ont été observées tout au long de la pandémie. L'engagement communautaire avec les partenaires était également important pour la prévention et la gestion des éclosions. Les efforts futurs doivent être axés sur l'augmentation des taux de vaccination dans cette population. De nombreuses études ont démontré l'efficacité de l'incitation à la vaccination pour augmenter les taux de vaccination des personnes qui vivent dans l'itinérance et il faut en tenir compte (6-7). Les mesures incitatives distinctes dont des interventions qui facilitent la vaccination et peuvent prendre la forme de dons monétaires ou non monétaires et sont généralement de petite taille (c.-à-d. bons alimentaires, cartes cadeaux, petits prix). Il pourrait également être utile d'envisager des stratégies pour les rappels de deuxième dose comme les cartes téléphoniques prépayées, les téléphones cellulaires ou les rappels programmés.

Dans les refuges pour famille, une grande partie du travail des résidents dans les zones à risque élevé a entraîné des taux élevés d'infection. La crainte de conflits d'isolement et de planification a entraîné des problèmes de mise à l'essai de l'adoption. Les partenariats avec les hôtels urbains ont réduit le nombre d'occupants dans les refuges pour famille, ce qui a réduit les taux de transmission. Toutefois, les personnes déplacées vers les hôtels étaient difficiles à identifier et avaient un soutien diminué. Des améliorations sont nécessaires à l'interne pour assurer l'identification des personnes vivant dans un lieu d'hébergement collectif.

d. Établissements d'aide à la vie autonome

Les maisons de chambres offrent un logement abordable et sont souvent composées de plusieurs pièces qui partagent un espace de vie commun. Les résidents des maisons de chambres ne sont pas liés à un centre de santé communautaire et peuvent donc être les plus à



risque. Le secteur de la santé publique doit chercher de façon proactive à offrir des services de soutien à ces résidents en général et à planifier les pandémies futures.

Les logements de soutien offrent un soutien et un mode de vie aux personnes âgées ou aux adultes ayant des déficiences physiques ou mentales, ou aux personnes atteintes d'une maladie terminale ou chronique. Des politiques strictes concernant les visiteurs et les sorties, des inspections fréquentes par la ville, le soutien des organismes communautaires et une faible interaction entre les résidents ont contribué à des éclosions inhabituelles dans les milieux de logement de soutien.

e. Établissements correctionnels

Les établissements correctionnels ont de la difficulté à contrôler la propagation de la COVID-19 en raison de la surpopulation, des espaces partagés et des taux de roulement élevés. Les éclosions dans les établissements correctionnels ont été gérées par l'équipe régionale de la PCI en consultation avec SPO, où le dernier mot revient à l'équipe régionale de la PCI. SPO a également effectué des visites sur place et a formulé des recommandations dans la mesure du possible.

f. Immunisation

Les mesures de la PCI dans les lieux d'hébergement collectif sont difficiles à appliquer et, par conséquent, les résidents courent un plus grand risque d'infection. Il est donc important d'accorder la priorité à la vaccination de ces secteurs afin d'éviter que la COVID-19 ne pénètre dans ces établissements. Il faudrait établir un plan ciblé pour appuyer la vaccination continue dans les secteurs, en particulier ceux qui ne bénéficient pas du soutien d'Inner City Health. Cela devient de plus en plus important puisque certaines populations commencent à recevoir des troisièmes doses, et d'autres qui présentent un risque plus élevé d'exposition ne sont pas vaccinés.



Références

- (1) Reddit V, Wright V, Rasheed M, Male R, Bogoch I. Outbreak of SARS-CoV-2 infection at a large refugee shelter in Toronto, April 2020: a clinical and epidemiologic descriptive analysis. *CMAJ Open*. 8 déc. 2020 8(4) : E819-E824. DOI : 10.9778/cmajo.20200165.
- (2) Zimmerman S, Sloane PD, Katz PR, Kunze M, O'Neil K, Resnick B. The Need to Include Assisted Living in Responding to the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mai 2020; 21(5) : 572-575. DOI : 10.1016/j.jamda.2020.03.024.
- (3) LANDES SD, TURK MA, FORMICA MK, MCDONALD KE, STEVENS JD. COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability living in residential group homes in New York State. *Disability and Health Journal*. Octobre 2020; 13(4) : 100 969. DOI : 10.1016/j.dhjo.2020.100969. ePub 24 juin 2020.
- (4) Centers for Disease Control and Prevention. Evidence for Conditions that Increase Risk of Severe Illness. Mise à jour le 12 mai 2021.
- (5) Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Stratégies de communication sur la COVID-19 pour les lieux d'hébergement collectif communautaires. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021.
- (6) Guide to Community Preventive Services. Vaccination Programs: Client or Family Incentive Rewards. <https://www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-client-or-family-incentive-rewards>. Dernière mise à jour de la page : le 8 juin 2021. Page consultée : le 12 août 2021.
- (7) Wood SP. Vaccination Programs among Urban Homeless Populations: A Literature Review. *J Vaccines Vaccin*. 2012 Oct 30;3:156. DOI : 10.4172/2157- 7560.1000156

