

Revue rapide



NORTH AMERICAN
OBSERVATORY
on Health Systems and Policies

Stratégies de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts au Canada

Revue rapide préparée pour les Médecins de santé
publique du Canada

Bhatia, D., K. Vaga, M. Roerig, J. Pawa, S. Allin et G. Marchildon

Novembre 2020

Le présent rapport est réalisé par le North American Observatory on Health Systems and Policies [observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé] à la demande des Médecins de santé publique du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne visent pas à refléter celles des Médecins de santé publique du Canada, ni celles des autres partenaires de l'Observatoire.



Citation suggérée :

Bhatia, D., K. Vaga, M. Roerig, J. Pawa, S. Allin et G. Marchildon. « Stratégies de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts au Canada », *Revue rapide* n° 27 (2020), Toronto, North American Observatory on Health Systems and Policies.

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux personnes qui travaillent à la riposte à la pandémie de COVID-19 et à celles qui continuent de faire avancer les programmes de santé publique. Nous sommes également reconnaissants à Mariana Morales Vazquez et Sterling Stutz pour leur appui à la recherche et à Patrick Farrell pour son aide avec la correction du texte. Merci enfin à l'équipe des MSPC, en particulier M^{me} Leah Salvage et D^{re} Karla Gustafson.

Informations générales

Les Médecins de santé publique du Canada ([MSPC](#)) sont la société nationale des spécialistes en santé publique et en médecine préventive (SPMP) et des autres médecins qui travaillent en santé publique au Canada.

Le North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO), un partenariat de collaboration entre des chercheurs intéressés, des organismes de recherche, des gouvernements et des organismes de santé, promulgue la prise de décisions stratégiques éclairées par les données probantes à l'égard des systèmes de santé.

© North American Observatory on Health Systems and Policies 2020

Coordonnées

North American Observatory on Health Systems and Policies
155, rue College, bureau 425
Toronto (Ontario) M5T 3M6



www.uoft.me/NAObservatory



naobservatory@utoronto.ca



[nao_health](https://twitter.com/nao_health)

Résumé

Au Canada, le premier cas de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été détecté le 25 janvier 2020, et au 28 septembre 2020, il y avait 155 301 cas confirmés et 9 278 décès associés. Le nombre de cas a d'abord culminé au Canada entre avril et mai 2020, la première vague ayant dans une large mesure été atténuée par les mesures de riposte et les restrictions imposées à grande échelle. Une deuxième vague d'infections était cependant attendue au début de l'automne 2020. Une capacité suffisante de prise en charge des cas et des contacts – une activité de base des enquêtes sur les maladies transmissibles – est considérée comme un élément important d'une stratégie de riposte complète à la COVID-19.

Nous en savons peu sur la façon dont les efforts de prise en charge des cas et des contacts ont été menés dans les provinces et territoires du Canada pour faire face aux difficultés posées par la pandémie. Il est particulièrement important, pour riposter aux vagues d'infections futures, de comprendre les stratégies de recrutement de main-d'œuvre, l'utilisation de la technologie, et les mesures d'adaptation aux populations particulières qui ont porté le plus lourd fardeau de cas de COVID-19 et de décès associés. En partant d'une revue rapide antérieure sur les expériences de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts à l'étranger, nous avons mené une analyse environnementale de la littérature et consulté un échantillon de commodité de spécialistes locaux, principalement des directeurs et directrices de la santé publique ou des médecins hygiénistes, dans sept provinces canadiennes pour comprendre leurs approches et leurs expériences de prise en charge des cas et des contacts au Canada. Le présent rapport vise à communiquer les pratiques prometteuses et les difficultés aux médecins de santé publique du Canada pour faciliter les efforts actuels de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts.

Dans les provinces sélectionnées, le recrutement de personnel pour la prise en charge des cas et des contacts s'est généralement étalé sur deux à quatre semaines; on a embauché de nouveaux employés, procédé à des réaffectations internes et externes, et collaboré avec des associations de professionnels de la santé. Entre autres pratiques de recrutement novatrices, on a appelé et formé des fonctionnaires fédéraux et des stagiaires en médecine. La formation du nouveau personnel a toutefois présenté des problèmes récurrents pour bien jumeler les compétences spécialisées aux rôles à exercer, élaborer des programmes de formation et accroître la charge de travail. En outre, peu de provinces avaient des cibles précises en matière de main-d'œuvre, des plans concrets en cas de poussée soudaine ou des critères d'activation de ces plans.

La plupart des cas au Canada sont confirmés en laboratoire, et le suivi des cas et des contacts est effectué par téléphone. Certaines provinces ont l'objectif précis de joindre les cas au cours des 24 heures qui suivent la notification du laboratoire, et les contacts, dans un délai de 24 à 48 heures de leur identification; il y a cependant quelques ratés dans les processus de prise en charge des cas et des contacts. Ce sont notamment l'utilisation de méthodes sur papier (p. ex. envois groupés par télécopieur) pour les notifications des laboratoires, ce qui crée des dossiers en double; l'accès limité au dépistage et la mauvaise compréhension du rôle du dépistage; et l'incapacité de joindre certains cas et contacts par téléphone, ce qui prolonge considérablement les délais de suivi. Les contraintes des plateformes de technologie de l'information communément utilisées pour les enquêtes sur les maladies à déclaration obligatoire aggravent encore ces problèmes en raison de leur interopérabilité limitée avec d'autres systèmes, de leur recours à la saisie manuelle des données, et de leurs capacités limitées d'extraction et de partage des données.

De nombreuses provinces envisagent ou ont développé une application pour téléphone intelligent (« appli ») pour la recherche de contacts/la notification d'exposition; ces efforts ont toutefois été stoppés en faveur de l'appli utilisant Bluetooth commandée par le gouvernement fédéral (*Alerte COVID*), qui fait appel au cadre international de « préservation de la confidentialité » d'Apple/Google. *Alerte COVID* a été lancée en Ontario à la fin de juillet 2020 et, en septembre 2020, avait été déployée à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan. Les technologies semblables sont prometteuses en théorie pour repérer les contacts asymptomatiques non connus des cas, mais elles présentent plusieurs contraintes d'efficacité, dont l'absence d'interaction personnelle, la possibilité de taux d'adoption et d'utilisation insuffisants, les problèmes d'accessibilité et de protection des renseignements personnels, et le manque de précision dans la détection des expositions. En réponse à ces questions, notre analyse environnementale et nos consultations avec des spécialistes locaux ont permis de dégager les considérations et les pratiques exemplaires suivantes :

- **L'établissement de cibles de dotation en personnel et l'élaboration de programmes et de modèles de formation rapide** qui réduisent le temps consacré par le personnel expérimenté peuvent contribuer à obtenir le personnel nécessaire en peu de temps. Des cibles de dotation précises (p. ex. un ratio entre le personnel et le nombre de cas ou le volume de tests) peuvent aussi éclairer les critères d'activation d'un plan en cas de poussée soudaine.
- L'élaboration de **systèmes de technologie de l'information intégrés** à ceux des laboratoires et aux dossiers médicaux électroniques, si possible, peut éliminer le recours aux documents sur papier et à la saisie manuelle des données. De tels systèmes peuvent aussi hiérarchiser et simplifier la notification des résultats des tests (p. ex. pour ceux dont les résultats sont négatifs) et le suivi (p. ex. des contacts à faible risque) par des moyens automatisés (p. ex. textos, courriels).
- **L'utilisation d'autres technologies des communications** (p. ex. textos, *Facetime*, *Zoom*, *Microsoft Teams*) peut être utile pour communiquer avec les cas et les contacts moins susceptibles de suivre les directives de santé publique. De tels outils peuvent aussi être utiles pour les échanges d'informations entre les équipes de prise en charge des cas et des contacts, surtout celles qui travaillent dans plusieurs provinces.
- **L'amélioration des communications et du partage d'informations** avec les laboratoires et autres partenaires peut réduire les délais observés. Des canaux de communication améliorés peuvent aussi contribuer à disséminer les pratiques exemplaires, les directives et les ressources de formation, réduisant ainsi les efforts en double.
- **L'implication de professionnels de la santé publique dans le développement d'applis et l'élaboration d'indicateurs d'efficacité normalisés** pourrait atténuer les difficultés liées à l'utilisation des applis de notification d'exposition, à savoir : l'absence d'interactions personnelles, l'adoption et l'utilisation limitées de ces applis, et leur manque de précision dans la détection des expositions. Quoiqu'il en soit, les applis devraient être considérées comme des outils pour compléter les processus existants de prise en charge des cas et des contacts, et non pour les remplacer.
- **La création de groupes de travail spécialisés** est une pratique exemplaire de prise en charge des cas et des contacts dans les milieux ou les populations (p. ex. régions isolées, établissement de soins de longue durée, usines de transformation de viande, refuges pour sans-abri, écoles) réputés courir un risque accru d'infection par la COVID-19 ou de conséquences graves de la maladie. Les activités

de ces groupes de travail consistent à monter des équipes-ressources d'intervention rapide, à adapter les directives de prévention et de contrôle des infections, et à établir des partenariats avec les acteurs locaux concernés.

- La publication de données chiffrées sur les cas dans les régions à faible densité peut présenter des difficultés sur le plan de la protection de la vie privée, tandis que les données regroupées peuvent entraver la compréhension des mécanismes de transmission de la maladie. **Il est nécessaire de tenir compte du contexte local et de faire participer la communauté pour éclairer les décisions de partage des données.**
- Les pratiques novatrices de prise en charge des cas et des contacts, comme **la recherche active de cas** de porte en porte et **l'appui à l'isolement et à la quarantaine** (dont les mesures d'aide liées au logement, aux finances, à la consommation de substances et aux fournitures de nettoyage), peuvent contribuer à réduire les obstacles au dépistage et au suivi dans les populations à risque élevé.

Comme les systèmes de santé publique et de soins de santé sont déjà sursollicités, la mise en œuvre immédiate de bon nombre de ces mécanismes pourrait être irréaliste, et il faudrait plutôt les envisager dans la planification à long terme. En interprétant ces considérations, il est important de les adapter aux compétences spécialisées et au contexte locaux.