



SOMMAIRE EXÉCUTIF

La pandémie de COVID-19 : impact sur les unités de soins intensifs au Canada

Juin 2022

Une note de breffage de la SRC

La pandémie de COVID-19, plus que toute autre pression exercée sur le système de santé au cours de notre histoire récente, a mis à l'épreuve notre capacité à fournir des soins de courte durée et critiques vitaux aux Canadiens. Elle a mis en évidence le précaire équilibre entre la demande et la capacité qui s'est dessiné dans le système de santé canadien; un équilibre où la capacité répond tout juste à la demande la plupart des périodes de l'année.

Dans son rapport de 2016 sur les unités de soins intensifs (USI) au Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a constaté que les USI des grands hôpitaux urbains et des hôpitaux universitaires affichaient un taux d'occupation moyen de 86 pour cent et de 90 pour cent respectivement. Cela signifie que, pendant de longues périodes, les taux d'occupation sont proches de 100 pour cent, notamment en période de forte demande, comme pendant la « saison de la grippe » en hiver et pendant la « saison des traumatismes » au printemps et en été. Il a été démontré que les taux d'occupation élevés des USI, en particulier ceux supérieurs à 80 pour cent, sont associés à des taux plus élevés de mortalité en USI, de mortalité hospitalière et de réadmission dans les USI dans les sept jours suivant le congé des patients. C'est pourquoi il est généralement conseillé de ne pas dépasser un taux d'occupation moyen de 80 pour cent dans les USI pour pouvoir répondre aux augmentations subites de la demande.

Outre l'augmentation de la capacité en matière de santé publique et de soins de courte durée au Canada, cette pandémie a mis en évidence la nécessité et l'utilité d'accroître la coopération entre les systèmes de santé. Sans coopération régionale et interprovinciale/territoriale et sans les transports de patients gravement malades qui ont été effectués, beaucoup plus de patients auraient souffert ou seraient morts en raison de l'incapacité à fournir les soins nécessaires. Cela démontre que nous sommes capables et qu'il est essentiel de faire évoluer notre système de soins de courte durée, qui est soutenu par le gouvernement fédéral et administré par les provinces et les territoires, vers un système qui soit davantage interconnecté à l'échelle nationale et, peut-être, motivé à s'adapter par le gouvernement fédéral par le biais du système de paiements de transfert.

Il est désormais également manifeste que pour pouvoir répondre efficacement à une éventuelle nouvelle maladie, le système de santé devra être prêt à mener les recherches nécessaires pour établir des normes de traitement efficace à l'échelle nationale. Le mécanisme le plus efficace pour apprendre rapidement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas est de disposer d'un réseau national préexistant d'infrastructures de recherche – des chercheurs et des coordinateurs de recherche menant des essais cliniques conformes à une éthique de recherche et des accords contractuels préexistants, dans le cadre d'un réseau national de soins de courte durée et critiques financé de manière durable. Les bailleurs de fonds, les autorités de réglementation, les comités d'éthique de la recherche et les chercheurs au pays doivent être prêts à réagir immédiatement à une nouvelle crise de santé publique, avec le concours des patients, de la population et des

autres parties prenantes. En outre, les parties prenantes impliquées doivent établir des priorités nationales ciblées en matière de recherche observationnelle et expérimentale, sur lesquelles ce réseau se concentrera, en privilégiant des modèles de recherche suffisamment vastes qui offriront des réponses incontestables aux questions posées, plutôt que plusieurs projets individuels et non coordonnés.

Nous avons appris que les pandémies ont des effets durables sur les patients, les travailleurs de la santé et la population en général. Un élément important de notre réponse à la pandémie devrait maintenant être axé sur la prévention et le traitement du syndrome post-COVID-19 chez les patients, sur le soutien de la santé mentale et physique des travailleurs de la santé et sur le renforcement de l'infrastructure nationale de recherche nécessaire pour répondre à la prochaine crise des soins de santé.

Nous ne devons pas oublier ce que nous avons appris et nous devons continuer à nous préparer en vue de la prochaine pandémie. Dans son rapport de 2004, le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a conclu que l'épidémie de SRAS au Canada nous a beaucoup appris – en grande partie parce que trop de leçons antérieures avaient été ignorées.

En 2006, le juge Archie Campbell, président de la Commission sur le SRAS, avait écrit :

« Le SRAS nous a appris des leçons qui peuvent nous aider à surmonter nos échecs. Toutefois, si nous ne tirons pas les leçons qui s'imposent de l'épidémie de SRAS et si nous n'obligeons pas les gouvernements actuels à résoudre les problèmes qui subsistent, nous paierons un lourd prix lorsque nous serons confrontés à de futures éclosions de maladies virulentes. »

Le Canada doit comprendre l'impact qu'a eu la pandémie de COVID-19 sur le pays et se préparer à la prochaine pandémie. En date du 5 juin 2022, cette pandémie avait causé la mort de 41 354 Canadiens en 26 mois, ce qui correspond à un taux de mortalité plus élevé que celui observé pendant la Seconde Guerre mondiale, au cours de laquelle 45 500 Canadiens étaient morts en 5 ans et demi. Les virus passent constamment d'une espèce à l'autre et de nouvelles épidémies risquent de se produire plus fréquemment à mesure que l'homme empiète sur les habitats des autres espèces. De futures pandémies causées par de nouveaux agents pathogènes dont le taux de létalité serait supérieur à celui de la COVID-19 ne sont pas seulement probables, mais inévitables.

Des niveaux élevés d'immunité contre la COVID-19 doivent être maintenus au sein de la population canadienne

Bien que la plupart des personnes qui ont été suffisamment malades en raison de la COVID-19 pour nécessiter une hospitalisation n'aient pas été vaccinées, les personnes entièrement vaccinées représentent 20 à 25 pour cent des hospitalisations et 10 à 12 pour cent des admissions en soins intensifs. Ces infections graves surviennent généralement chez des personnes âgées, plus de six mois après leur deuxième injection de vaccin. Cependant, des personnes plus jeunes, apparemment en bonne santé et entièrement vaccinées, contractent également l'infection, probablement en raison à la fois d'une diminution des niveaux d'anticorps neutralisants au fil du temps et d'une transmission par des personnes infectées ayant une charge virale élevée d'un nouveau variant. En Ontario, selon le Science Table, même avec le variant Omicron, les personnes non vaccinées sont actuellement presque six fois plus susceptibles d'être hospitalisées et presque 12 fois plus susceptibles de nécessiter des soins en USI qu'une personne ayant reçu deux ou trois

vaccins et rappels. En d'autres termes, la meilleure façon d'éviter que nos USI ne soient à nouveau submergées par des infections à la COVID-19 est de maintenir un niveau élevé d'immunité, notamment en administrant des rappels à la population canadienne.

La vaccination contre un agent pathogène viral dont la prévalence est aussi élevée à l'échelle mondiale est sans précédent et nous nous trouvons donc en terrain inconnu. Cependant, tant que les vaccins restent efficaces, un taux plus élevé de vaccination permettra : (1) de réduire le nombre de décès liés à la COVID-19, (2) d'endiguer la propagation de la souche transmissible du virus, (3) de réduire le risque d'apparition d'autres souches potentiellement plus virulentes à l'avenir et (4) de réduire considérablement l'impact de la pandémie sur nos systèmes de santé.

Si nous ne maintenons pas un niveau suffisant d'immunité, les Canadiens et le système de soins de santé demeureront vulnérables. Les responsables de la santé publique et la profession médicale doivent s'efforcer de gagner la confiance de la population au regard de la vaccination et s'efforcer d'augmenter le pourcentage de personnes complètement immunisées, tout en reconnaissant que la définition de ce qui constitue une immunisation complète évoluera avec le temps.

La capacité des USI au Canada doit être considérablement accrue

La possibilité d'accroître la capacité des USI à répondre à une augmentation subite du nombre de patients gravement malades est très faible dans de nombreuses provinces canadiennes, et ce, depuis passablement de temps. Par conséquent, chaque province doit réfléchir aux moyens qu'elle pourrait prendre pour augmenter le nombre de lits d'USI dotés de personnel et permettant de fournir une ventilation mécanique invasive et de soutenir de multiples organes. Dans un premier temps, cela nécessitera la déclaration régulière et précise du nombre de lits d'USI dotés de personnel, financés et disponibles pour traiter un patient gravement malade nécessitant une ventilation mécanique. Par la suite, des fonds seront nécessaires pour agrandir les USI existantes et en construire de nouvelles, ainsi que pour financer l'augmentation du nombre de professionnels de la santé nécessaire pour fournir les soins intensifs requis. Tout cela nécessitera une réflexion approfondie à tous les niveaux du gouvernement et, probablement, un soutien financier fédéral. À terme, il faudrait arriver à un modèle où le taux d'occupation moyen des USI canadiennes ne dépasserait pas 80 pour cent, mais où des plans clairs permettraient d'augmenter rapidement le nombre de lits dans les USI pour atteindre le niveau de 200 pour cent du taux d'occupation normal dans les cas de forte poussée ou de nouvelle pandémie.

Étant donné que la plupart des USI au Canada fonctionnaient à un taux d'occupation de 100 pour cent ou presque avant la pandémie, une augmentation moyenne d'au moins 20 pour cent des lits d'USI par rapport à la capacité actuelle serait nécessaire à l'échelle nationale, mais un pourcentage considérablement supérieur serait requis dans certaines provinces, tellement leur capacité actuelle est insuffisante. L'un des problèmes à surmonter est qu'il faudrait pouvoir affecter des ressources humaines qualifiées à d'autres tâches lorsque les USI sont moins occupées et pouvoir les rapatrier lorsque la demande de soins intensifs augmente.

Les professionnels des soins intensifs doivent être retenus et de nouveaux professionnels doivent être recrutés

De nouveaux hôpitaux et de nouvelles USI seraient de peu d'utilité s'il manque de professionnels de la santé qualifiés pour y travailler. Même avant la pandémie, il y avait une pénurie d'infirmières, y compris dans les USI. Les professionnels des soins intensifs avaient sonné l'alarme au sujet d'une

pénurie imminente de personnel, qui se ferait sentir en particulier dans les USI pendant le reste de la durée de la pandémie et subséquemment. En raison de la pression qu'il subit, le personnel des USI est à bout de souffle. De nombreux travailleurs ont déjà quitté leur poste et certains ont décidé de quitter définitivement la profession. Malheureusement, il est probable que d'autres professionnels quittent la profession dans les mois et les années à venir.

Les associations professionnelles ont largement couvert les répercussions physiques, mentales et psychologiques de la COVID-19 sur le personnel des soins intensifs et ont exprimé leurs préoccupations à ce sujet. Une exposition constante à la souffrance, à la mort et à l'agonie pendant vingt-cinq mois, dans des environnements de travail à court de personnel, en manque de ressources et souvent peu sécuritaires a eu des conséquences néfastes graves et possiblement à long terme, et ont mis à rude épreuve la santé des professionnels des soins intensifs, notamment des infirmières autorisées (IA), des techniciens en radiologie, des intensivistes et du personnel de soutien.

Des services psychologiques facilement et rapidement accessibles devraient être mis à la disposition des membres du personnel des soins intensifs, car beaucoup d'entre eux n'ont pas encore fait le point sur une expérience traumatique qu'ils vivent toujours et n'ont pas encore découvert toute l'étendue de leur détresse émotionnelle. Cela pourrait avoir un impact important sur la rétention du personnel des soins intensifs lorsque cette pandémie prendra fin. Certains ont avancé que la violence au travail, les pénuries de personnel et l'épuisement professionnel dans le secteur de la santé sont tous reliés.

Le comportement inapproprié d'une minorité bruyante de patients, de membres de leurs familles et d'une partie du public à l'égard du personnel des soins intensifs ajoute un facteur supplémentaire de détresse morale. Les professionnels des soins intensifs sont exposés à des violences verbales sous forme de messages haineux sexistes et racistes, ainsi qu'à des billets de colère laissés sur leurs véhicules, des plaintes sans fondement, des agressions, des crises de colère et de la méfiance, en particulier au cours de la quatrième vague. Ces actes de violence contribuent non seulement à la détérioration de la santé mentale, psychologique et physique des travailleurs, mais mettent également leur vie et leur sûreté en danger. L'Association médicale canadienne et l'Ontario Medical Association réclament que des mesures législatives soient adoptées pour protéger les travailleurs de la santé et les patients contre les manifestants agressifs.

L'impact de cette pandémie non encore terminée sur le personnel des soins intensifs ne doit pas être minimisé. Il est impératif que les gouvernements, les hôpitaux et les autorités de la santé mettent en œuvre des stratégies pour former, retenir et recruter cette main-d'œuvre hautement qualifiée et extrêmement précieuse afin que les Canadiens qui doivent être traités dans nos USI continuent de recevoir des soins de qualité.

Les hôpitaux canadiens de soins de courte durée doivent être mis à niveau

Pendant les diverses vagues de la pandémie, de nombreux vieux hôpitaux canadiens ont eu du mal à fournir un approvisionnement adéquat et constant en oxygène au grand nombre de patients gravement malades et en état critique qui devaient être traités.

Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) de nombreux vieux hôpitaux n'ont pas été mis à niveau pour répondre aux normes actuelles (12 renouvellements d'air à l'heure) applicables aux interventions générant des aérosols. Lors de la conception des nouveaux hôpitaux, il sera important d'intégrer des éléments qui empêchent la transmission d'agents pathogènes par

voie aérienne. Des patients admis pour des maladies non liées à la COVID ont été placés dans des chambres et des salles ouvertes où ils ont contracté l'infection. Les hôpitaux du Canada ont signalé un nombre important d'épidémies d'infections à la COVID-19 acquises à l'hôpital qui ont entraîné des maladies et des décès de patients vulnérables et de membres du personnel.

Les USI de nombreux hôpitaux ont eu à placer deux patients à la fois dans des espaces à cloisons aménagés et équipés pour n'en soigner qu'un seul. Il est temps d'examiner l'état de nos hôpitaux de soins de courte durée au Canada, de réfléchir à la façon dont nous pourrions mettre à niveau nos infrastructures hospitalières pour les rendre conformes aux normes les plus récentes, lorsque nécessaire, et de construire de nouveaux hôpitaux modernes, à la pointe de la technologie.

Les nouveaux bâtiments hospitaliers doivent être adaptés au niveau d'acuité des patients

Lors de la planification des nouvelles ailes et des nouveaux bâtiments hospitaliers au Canada, il faudra penser à intégrer à leur conception et à leur fonctionnalité des éléments qui permettront d'assurer un bon niveau d'adaptabilité au degré d'acuité des patients. En particulier, il faudra envisager de doter les unités médicales et chirurgicales de base de prises supplémentaires pour les gaz, l'aspiration, l'électricité et les données, afin qu'elles puissent être facilement converties pour soigner des patients gravement malades. En outre, ces hôpitaux devraient disposer de prises dissimulées de gaz, d'aspiration, d'électricité et de données dans des zones non cliniques telles que les salles de réunion, les stationnements souterrains et même les couloirs d'entrée, afin que ces zones puissent devenir des unités médicales en cas de pandémie.

Nous devons comprendre que le SRAS-CoV-2 n'en a pas fini avec nous

Bien que l'on espère tous que l'immunisation acquise par la vaccination et les infections mette fin à la pandémie, il est désormais manifeste que ce virus et ses futurs variants n'en ont pas encore fini avec nous. L'apparition du variant Omicron et de ses nombreux sous-variants montre clairement que le virus a la capacité de muter fréquemment et de créer des variants capables d'échapper à l'immunité fournie par nos vaccins. Même si un moins grand nombre de personnes infectées par Omicron sont tombées gravement malades, ce variant est tellement transmissible que les systèmes hospitaliers ont tout de même été énormément sollicités. Nombreux sont ceux qui affirment qu'après deux ans d'évolution des virus de la COVID-19, ceux-ci ont tendance à se transmettre de façon plus efficace, mais à provoquer des maladies moins graves. Cependant, la réalité est que les virus à ARN, tels que le SRAS-CoV-2, mutent de manière aléatoire et il n'y a donc aucune raison de croire que les nouveaux variants pourraient ne pas également provoquer de graves maladies. À cet égard, les taux de transmission plus élevés accroissent le potentiel évolutif du virus en augmentant la quantité de nouvelles mutations, ce qui peut donner lieu à des souches encore plus virulentes.

Dans le meilleur des cas, la COVID-19 deviendra endémique. Une pandémie est une situation urgente où la maladie se propage de manière incontrôlée à travers les pays et les continents. « Endémique » indique que l'infection se propage de manière régulière, intermittente et prévisible. Toutefois, si les stades pandémiques s'estompent et que la COVID-19 devient endémique, il sera essentiel de ne pas perdre la capacité actuelle de dépistage, de maintenir des stocks appropriés d'équipements de protection individuelle et de faire en sorte que les systèmes de santé continuent de pouvoir répondre à de nouvelles vagues de la maladie.

Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent procéder à des examens approfondis, honnêtes et francs de leurs réponses à la pandémie et amorcer l'élaboration d'un système de réponses coordonnées

Les moments où les différentes provinces canadiennes ont mis en œuvre les restrictions de santé publique et les obligations de vaccination et la manière dont elles l'ont fait ont varié considérablement. Malgré les appels des intensivistes et des experts en santé publique, certaines provinces ont retardé la mise en œuvre de mesures de santé publique efficaces, ce qui a entraîné des décès inutiles et la nécessité d'évacuer des patients gravement malades vers les hôpitaux d'autres provinces. De même, lorsque les cas de COVID-19 se sont multipliés au début de l'automne 2021, certaines provinces ont interrompu prématurément l'application de leurs mesures de santé publique et ont ignoré les appels des experts. En outre, certaines provinces ont tardé à obliger la population à se faire vacciner et ont été les premières à supprimer cette obligation ainsi que les exigences relatives au port du masque. Il est évident qu'il n'est pas judicieux pour les provinces et les territoires de compter uniquement sur les vaccins, en particulier lorsque leur taux de vaccination, y compris des doses de rappel, est faible. Il est également évident que le moment où les mesures de santé publique sont mises en place et annulées est déterminant au regard de l'atténuation des vagues de cas graves de COVID-19.

Malgré ce que prétendent certaines provinces, la pandémie n'est pas encore terminée et la COVID-19 n'est pas encore au stade endémique. Il est essentiel que chaque province et territoire procède à une analyse provisoire franche et honnête de sa réponse individuelle et que le gouvernement du Canada procède à un examen provisoire de l'impact de la pandémie sur les systèmes de santé du pays afin de déterminer la meilleure façon de gérer les futures vagues d'infections que pourraient causer des variants jusqu'à maintenant inconnus.

Des mécanismes officiels doivent être élaborés pour assurer la cohésion des interventions de santé publique, en tenant compte de la capacité des hôpitaux de soins de courte durée et des USI au Canada. D'autres mécanismes doivent être mis au point pour faciliter la délivrance rapide des autorisations requises pour permettre aux professionnels de la santé de circuler d'une province à l'autre. Le gouvernement du Canada doit être prêt à adopter les pouvoirs d'urgence nécessaires pour protéger ses citoyens, quel que soit leur lieu de résidence, si les provinces n'agissent pas de manière adéquate lors de l'éclosion éventuelle d'un nouveau variant hautement résistant.

Voici une liste des autres recommandations formulées dans le présent rapport

- Il convient de recueillir des données nationales précises sur le nombre de lits d'USI capables d'assurer la ventilation mécanique et les autres soins de soutien requis par les patients souffrant de défaillances multiviscérales.
- Outre l'augmentation de la capacité et des effectifs des USI, comme nous l'avons recommandé plus haut, un groupe sélectionné d'infirmières de chaque hôpital ne travaillant pas dans les USI devrait être formé aux soins intensifs et être disponible en cas de besoin. Leurs compétences devraient être maintenues par des quarts de travail intermittents dans les USI.
- Bien que les USI pédiatriques (USIP) aient contribué de manière substantielle aux soins fournis aux adultes et à leurs résultats de santé, il pourrait être plus efficace de maximiser la capacité des USI pour adultes et d'envoyer du personnel dans les USI pour adultes plutôt que d'envoyer des patients adultes dans les USIP.

- Des stratégies doivent être mises en œuvre dès maintenant pour faire en sorte que les ressources des USI pour adultes et pédiatriques soient utilisées au mieux lors de crises futures.
- Les organismes provinciaux d'autorisation doivent être prêts à délivrer rapidement des permis aux intensivistes et aux autres professionnels de la santé des USI des autres provinces et territoires en cas d'augmentation subite de la demande de lits d'USI.
- Santé Canada, le ministère de la Défense nationale et les ministères provinciaux de la Santé devraient préparer des plans d'urgence pour l'évacuation des patients gravement malades vers des USI d'autres provinces dans l'éventualité où les USI d'une province seraient débordées.
- Les plans de triage des USI devraient être uniformisés dans toutes les provinces et tous les territoires et le public devrait être informé de leur existence.
- Avec des précautions appropriées, les membres de la famille et les amis proches devraient pouvoir rendre visite aux patients traités dans les USI.
- Des fonds supplémentaires devraient être investis dans la création et l'exploitation de cliniques spécialisées dans les survivants des USI. Celles-ci fourniraient des soins holistiques prolongés, y compris des soins de santé mentale, aux patients atteints du syndrome post-soins intensifs.
- Des stratégies devraient être mises en œuvre pour assurer une surveillance active du bien-être du personnel des soins intensifs, afin de prévenir la détresse morale et psychologique, et pour s'assurer que les répercussions de l'alourdissement de la charge de travail sont correctement comprises et, dans la mesure du possible, atténuées.
- Des équipes de liaison en santé mentale devraient être mises en place pour aider les familles à s'y retrouver dans le système et pour s'assurer qu'elles reçoivent un soutien approprié en santé mentale dans la collectivité.
- La recherche clinique doit être intégrée à chacun de nos systèmes de santé et entre eux.
- Une discussion devrait être amorcée sur le manque de recherches cliniques menées au sein des systèmes de santé canadiens, et sur ses conséquences.
- Il faudrait recueillir des données cliniques et biologiques à l'échelle nationale à des fins de recherche.
- Un modèle standard de contrat d'essai clinique devrait être disponible dans les établissements de recherche canadiens.