

Université de Montréal

Soins liés à la COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval

Par Casey Coleman-Marcil

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.) en
administration des services de santé, option gestion des services infirmiers

Août 2022

© Casey Coleman-Marcil, 2022

Résumé

Afin de répondre à l'augmentation des besoins au niveau des ressources hospitalières causées par pandémie de la maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19), différents sites non traditionnels (SNT) ont été déployés au Québec et mondialement. Le SNT de la Place Bell a été déployé à Laval durant la première vague de la pandémie et avait comme fonctions de libérer des lits en milieu hospitalier en accueillant des usagers atteints de la COVID-19. Le but de cette étude de cas était d'examiner la capacité du SNT de la Place Bell à remplir ces fonctions. Un devis mixte convergent a été utilisé, incluant une analyse descriptive des données quantitatives ainsi que des entrevues semi-dirigées auprès de sept participants, incluant des professionnels, des non professionnels et un gestionnaire.

Malgré un faible taux d'occupation et une ouverture tardive, le SNT a permis de libérer 29% des lits occupés par des usagers atteints de la COVID-19 à l'hôpital. Le cout par nuit au site était plus élevé qu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée et que pour un autre SNT dans la province, mais moins élevé qu'en milieu hospitalier. En considérant le risque de transmission de la maladie dans les milieux de vie et qu'une des options alternatives était de garder les usagers en milieu hospitalier, le SNT semble avoir été un choix financier efficient. Le SNT a été un environnement favorable au déploiement d'une plus grande étendue de pratique infirmière, en raison du haut ratio de personnel-patient, l'absence de médecin sur place et l'auto-organisation du travail au site.

En conclusion, plusieurs éléments contribuent à l'efficience d'un SNT, dont son déploiement rapide, la composition des équipes, le soutien offert aux employés et l'autonomie et l'indépendance du site.

Mots-clés: COVID-19, site non traditionnel, administration des services de santé, multidisciplinaire, étude de cas

Abstract

In order to respond to the rapidly increasing needs in hospital resources caused by the coronavirus disease of 2019 (COVID-19) pandemic, different alternate care sites (ACS) were deployed in Quebec and worldwide. The Place Bell ACS was deployed in Laval during the first wave of the pandemic with the aim of offloading the volume of patients in the hospital by admitting patients with COVID-19. The aim of this case study was to examine the capacity of the Place Bell ACS in achieving these functions. A mixed convergent design was used, including a descriptive analysis of the quantitative data and semi-structured interviews with seven participants including professionals, non-professionals and a manager.

Despite the low occupancy rate and the late opening, the ACS was able to free up 29% of the beds occupied by COVID-19 patients at the hospital. The cost per night at the site was greater than that of a residential and long-term care center and of another ACS in the province, but lower than the cost per night in the affiliated hospital. In considering the risk of propagating the virus in certain home environments and an alternative option of keeping the patients in the hospital, the ACS seems to have been an efficient financial option. The high staff-to-patient ratios, the absence of doctors on site and the self-organization of the team's work contributed to making the ACS a favorable environment to a larger scope of practice for nurses.

In conclusion, several elements contribute to the efficiency of an ACS, including its rapid deployment, the team compositions, the support offered to the employees as well as the site's autonomy and independence.

Keywords: COVID-19, alternate care site, healthcare management, multidisciplinary, case study

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1- Problématique.....	1
1.1 Définition des SNT.....	2
1.2 Les politiques et procédures	5
1.3 Les ressources humaines	5
1.4 La perception du personnel soignant.....	8
1.5 Les SNT déployés par le CISSS de Laval durant la pandémie de COVID-19.....	9
1.6 La Place Bell au CISSS de Laval.....	10
1.7 But et objectifs de l'étude.....	12
1.8 Le cadre conceptuel HoSPiCOVID.....	12
Chapitre 2- Recension des écrits.....	15
2.1 La COVID-19.....	15
2.2 La pandémie de la COVID-19 au Québec	17
2.3 Les différentes fonctions des sites non traditionnels	19
2.4 Les SNT et la COVID-19.....	22
2.5 Les ressources humaines	23
2.6 Les politiques et procédures	26
2.7 Coordination et collaboration avec les autres milieux de soins.....	27
2.8 Confidentialité.....	30
2.9 Prévention et contrôle des infections.....	30
2.10 Satisfaction au travail du personnel soignant	33
2.11 Le rôle des infirmières dans les SNT.....	36
Chapitre 3- Méthodologie.....	39
3.1 Présentation du cas d'étude	39
3.2 Devis de recherche	40
3.2.1 Volet quantitatif.....	40
3.2.2 Volet qualitatif.....	40
3.3 Population et échantillon.....	41
3.3.1 Le processus d'échantillonnage.....	42
3.3.2 La taille de l'échantillon.....	43
3.4 Collecte de données.....	44
3.4.1 Collecte de données quantitatives	44
3.4.2 Collecte de données qualitatives	46
3.4.3 Le processus de recrutement	46
3.4.4 Le guide d'entretien.....	47
3.5 Analyse des données	47
3.5.1 Analyses statistiques.....	47
3.5.2 Analyse des données qualitatives	48
3.5.3 Analyse mixte des données	49

3.6 Considérations éthiques	49
Chapitre 4- Résultats	51
4.1 Article des résultats de l'étude.....	52
4.2 Résultats complémentaires	84
4.2.1 La pratique infirmière en SNT	84
4.2.2 Le rôle d'une infirmière gestionnaire en contexte de SNT	86
4.2.3 L'expérience de travail et les effets sur la santé psychologique des soignants	88
4.2.4 Le SNT comme mini-hôpital autonome	92
Chapitre 5- Discussion	95
5.1 Résumé de la discussion de l'article	95
5.2 Discussion des résultats complémentaires	97
5.2.1 L'autonomie et l'indépendance du SNT	97
5.2.2 Le soutien psychologique aux employés offert par les établissements de santé	99
5.3 Contribution aux sciences infirmières	100
5.4 Limites de l'étude.....	103
5.5 Retour réflexif.....	105
Chapitre 6- Conclusion.....	106
Références.....	108
Annexe A.....	ix
Annexe B.....	xii
Annexe C.....	xv
Annexe D.....	xviii
Annexe E.....	xxiv
Annexe F	xxvii
Annexe G.....	xxx

Liste des tableaux

Tableau I. Résumé des 7 rôles des sites non traditionnels de soins selon Lam et al. (2006).....	21
Tableau II. Résumé des ressources humaines au SNT de la Place Bell	42
Tableau III. Composition des participants de l'étude.....	43
Tableau IV. Résumé des éléments de la collecte de données quantitatives.....	45

Liste des figures

Figure 1. Le cadre conceptuel HoSPiCOVID.....	14
---	----

Liste des abréviations

AIC	Assistante infirmière-chef
CÉPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
COVID-19	Corona virus disease of 2019
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique
GMF	Groupe de médecine de famille
IC	Infirmière-chef
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCI	Prévention et le contrôle des infections
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
SNT	Site de soins non traditionnels

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes deux directeurs de recherche, Arnaud Duhoux et Pierre-Marie David. Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos commentaires constructifs qui m'ont permis de développer mes réflexions tout au long de ce projet de mémoire. Merci de m'avoir soutenu et guidé, tout en m'accordant la liberté d'orienter cette étude et de développer mes habiletés de recherche.

Je remercie ma famille et ma belle-famille, qui m'ont soutenu et écoutée dans les moments plus difficiles. Je tiens à remercier mon conjoint pour son écoute, son encouragement et ses commentaires constructifs. Merci pour votre temps, sans quoi la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Je tiens également à remercier tous les participants à cette étude qui ont accepté de partager leurs expériences avec moi. Merci pour votre précieuse collaboration et le temps que vous m'avez accordé.

La pandémie de la COVID-19, qui a débuté en mars 2020 au Québec, a causé de grandes pressions sur le système de santé québécois ainsi que dans plusieurs autres pays (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2020a). Suite à une augmentation des individus infectés et nécessitant des soins de santé ainsi qu'une augmentation du nombre d'hospitalisations, plusieurs services de santé ont dû être réorganisés afin de continuer de répondre aux besoins de la population (INESSS, 2020a). Au Québec ainsi que dans plusieurs autres pays, l'ouverture de sites non traditionnels de soins (SNT) fut une des solutions employées. Au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval, le SNT de la Place Bell a été créé afin de répondre aux besoins grandissants de la population causés par cette pandémie. Ce mémoire vise à examiner la capacité de ce site à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé durant cette pandémie.

Chapitre 1- Problématique

La COVID-19 est une maladie infectieuse causée par un coronavirus, le SRAS-CoV-2 (Tesini, 2020). La COVID-19 est transmise par contact direct et indirect, par gouttelettes et par aérosols. Les personnes infectées peuvent avoir des symptômes incluant de la fièvre, toux, difficulté respiratoire, fatigue, douleur musculaire, céphalées, maux de gorge, perte d'odorat ou de goût et des symptômes gastro-intestinaux, ou être asymptomatique (Gouvernement du Québec, 2020b). La vaccination et les mesures visant à prévenir la propagation, telle que l'hygiène des mains, le port du couvre-visage et la distanciation physique sont des moyens efficaces de prévenir la contamination (Gouvernement du Canada, 2021).

En décembre 2019, les premiers cas de COVID-19 ont été identifiés à Wuhan, en Chine, et le virus s'est ensuite propagé mondialement (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2020). Au Québec, le premier cas de COVID-19 a été déclaré le 27 février 2020 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021). Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré l'état de pandémie de la COVID-19 (OMS, 2020b) et le 13 mars 2020 l'urgence sanitaire a été déclarée au Québec (INSPQ, 2021). Le 7 avril 2020, le Québec atteint 10 000 cas confirmés de la

COVID-19 et 50 000 cas confirmés le 29 mai 2020 (INSPQ, 2021). La première vague¹ de la pandémie de la COVID-19 au Québec est identifiée comme étant la période entre le 1^{er} mars 2020 et le 27 juillet 2020 (INESSS, 2020a). Le nombre de cas au Canada et au Québec a augmenté durant cette vague, exerçant ainsi une pression sur le système de santé et créant une augmentation des besoins au niveau des ressources hospitalières (INESSS, 2020a). Le 23 mars 2020, en réponse à l'évolution de la situation pandémique mondiale qui cause de la pression sur les ressources de soins de courte durée, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) crée un « Protocole de surcapacité » avec des lignes directrices pour les soins de courte durée (MSSS, 2020a). Ce protocole demande aux milieux hospitaliers de mettre en place des mesures afin de permettre une augmentation de la capacité d'accueil pour les unités de soins de courte durée de 200 % ou 300 % de la capacité de base (MSSS, 2020a). La "surcapacité" peut être définie comme une capacité excédante celles des installations habituelles désignées et est déployée lorsque les installations du réseau sont saturées et ne peuvent plus admettre un usager dans un service ou une unité de soins (MSSS, 2020a). Pour opérationnaliser ce besoin, plusieurs CIUSSS et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont déployé des sites de soins non traditionnels dans leur communauté.

1.1 Définition des SNT

Les SNT peuvent être une façon d'augmenter la capacité du système de santé. Un SNT peut être déployé dans « un lieu qui n'est pas un établissement de soins de santé reconnu ou un établissement hospitalier qui assure normalement un type ou niveau de soins différent » (Gouvernement du Canada, 2017, paragr. 4). Ces sites peuvent donc être créés dans des établissements servant antérieurement à d'autres fonctions, dans de nouveaux établissements construits spécifiquement à cet effet ou dans des établissements hospitaliers en modifiant les services qui y sont habituellement offerts. L'INSPQ donne comme exemples de milieux utilisés comme SNT les écoles, les auditoriums, les palais de congrès et les hôtels (INSPQ, 2006). Les SNT sont souvent déployés lors de désastre naturel tel que les tremblements de terre ou lors de guerres, sous forme d'hôpital mobile ou d'hôpital de campagne (Naor, 2019). Les SNT ont également été utilisés lors de situation d'épidémie et de pandémie incluant la maladie à virus

¹ Une vague épidémique est définie comme une « brusque intensification d'une épidémie pendant laquelle le nombre de cas d'une affection contagieuse évolue rapidement vers un pic épidémique avant de redescendre tranquillement, et qui se traduit par une courbe épidémique en forme d'une vague » (Office québécois de la langue française, 2020).

Ébola et l'influenza (Bogucki et Isakov, 2015 ; Cinti et al., 2008). Les SNT peuvent donc être déployés afin de générer une surcapacité temporaire pour répondre aux besoins en santé excédentaires causés par une variété de problématiques, tels que celles causées par la pandémie de la COVID-19.

Les fonctions des SNT varient selon les besoins de la communauté et du système de santé (Gouvernement du Canada, 2004) et certains modèles expliquent les services pouvant y être offerts ont été développés. Lam et al. (2006) proposent sept fonctions pour les SNT déployés lors des pandémies telles que celle de l'influenza. Selon ce modèle, les SNT peuvent servir à offrir les services complets d'un milieu hospitalier, des services ambulatoires ou bien des soins non critiques aux usagers atteints ou non de la maladie infectieuse et ayant reçu des congés précoces de l'hôpital (Lam et al., 2006). Les SNT peuvent également servir de lieu d'isolement des usagers atteint d'une maladie infectieuse, de lieu de triage des usagers ou de sites de quarantaine (Lam et al., 2006). Les SNT peuvent prendre une seule de ces fonctions ou une combinaison de celles-ci. Lors de désastres ou de transmission de maladies infectieuses, les SNT sont utilisés afin de répondre aux besoins additionnels nécessaires au système de la santé, soit en termes de capacité d'accueil ou de spécialité des soins requis, ou une combinaison des deux. Par exemple, les SNT créés aux États-Unis lors de cas confirmés de la maladie à virus Ébola étaient déployés afin de répondre à la complexité des soins pour un nombre limité d'usagers (Bogucki et Isakov, 2015). À l'opposé, lors de planification des SNT en cas de pandémie de maladie infectieuse, plusieurs modèles visent à prodiguer des soins de base à un nombre élevé d'usagers (Cinti et al., 2008). Les hôpitaux de campagne établis lors de catastrophe naturelle ou lors de guerre visent majoritairement à stabiliser les usagers et répondre à des blessures graves (Zaboli et al., 2016 ; Kreiss et al., 2010 ; Quinn, Amouri et Reed, 2018 ; Perez, 2015). Ces types de SNT peuvent faire face à des enjeux différents de ceux vécus dans les SNT déployés lors de propagation d'une maladie infectieuse, tels que la prévention et le contrôle des infections qui devient un enjeu central (Chen et al., 2020 ; Meyer et al., 2020 ; Naganathan et al., 2020). Les SNT peuvent donc avoir différentes fonctions, qui sont entre autres établies selon le type de crise et le contexte.

Les différentes fonctions que peut prendre un SNT ne constituent pas les seules particularités de tels sites de soins. L'administration de ces sites comporte également des différences avec les milieux de soins traditionnels, telles que la nécessité de déployer rapidement

le site ainsi que la coordination avec les autres milieux de soins impliqués. Toutefois, la gestion de ce type de milieu hors du commun est un phénomène peu étudié. Les rôles et les compétences et connaissances des gestionnaires requis dans ces contextes uniques peuvent s'avérer différents de ceux requis dans d'autres milieux hospitaliers (Stewart et al., 2020). De plus, la mise en œuvre et la gestion de ces types de milieux peuvent apporter de différents défis pour les gestionnaires du système de la santé (de Val et al., 2020). Ceci inclut plusieurs facteurs externes tels que la rapidité de déploiement requise et les aspects légaux liés au site (de Val et al., 2020). Certains facteurs internes, incluant la main-d'œuvre et les politiques et procédures, peuvent créer des défis (de Val et al., 2020). L'adaptabilité dont le site et le personnel doivent faire preuve afin de répondre aux besoins parfois changeants et évolutifs de la communauté (Kreiss et al., 2010 ; Naor, 2019 ; Déserts et al., 2020) peut apporter des enjeux de gestion. Par exemple, dans un SNT déployé en Haïti lors d'un tremblement de terre en janvier 2010, les fonctions et les services offerts par le site ont évolué et changé selon les besoins des victimes (Kreiss et al., 2010). Une des unités de traitement orthopédique avait alors été convertie en unité de chirurgie, nécessitant une restructuration des équipes en transférant des infirmières vers cette unité et en recrutant une équipe chirurgicale additionnelle (Kreiss et al., 2010). Les processus de communication et de coordination entre les différentes instances et milieux de soins concernés ressortent comme des facteurs essentiels pour le déploiement et le bon fonctionnement d'un SNT dans la littérature (Zaboli et al., 2016 ; Kreiss et al., 2010 ; Naor, 2019 ; Peleg et Kellermann, 2009 ; Cinti et al. 2008 ; Naganathan et al., 2020 ; Stewart et al., 2020 ; Iserson, 2020). Ceci inclut notamment les services de sécurité, les services médicaux d'urgence et parfois les services militaires, pour intervenir en cas de feu ou de violence (Naganathan et al., 2020; Naor, 2019; Peleg et Kellermann, 2009; Kreiss et al., 2010; Stewart et al., 2020). Lorsque le SNT est affilié à un milieu de soins traditionnel, les services internes de pharmacie, d'équipements et de matériaux et d'imagerie et de radiologie doivent également être coordonnés (Peleg et Kellermann, 2009; Stewart et al., 2020). Cette coordination complexe entre le SNT et les structures traditionnelles, incluant les processus d'admission, de transfert et de références entre les milieux de soins crée d'autres défis pour les gestionnaires de ces milieux (Zaboli et al., 2016 ; Kreiss et al., 2010 ; Naor, 2019 ; Peleg et Kellermann, 2009 ; Cinti et al. 2008 ; Naganathan et al., 2020 ; Stewart et al., 2020 ; Iserson, 2020). Considérant les défis et enjeux additionnels qu'apporte la gestion d'un site non traditionnel de soins, il est possible que ces gestionnaires

doivent avoir davantage de connaissances, compétences et expériences. Les connaissances et l'expérience entourant la gestion des ressources humaines particulièrement en période de crise et de pénurie de personnel ainsi que pour une variété de types de professionnels semblent fondamentales. Une bonne compréhension du système de santé et du contexte entourant le SNT est importante afin d'interpeler les bons partenaires et développer les politiques et procédures adéquates pour ce site de service de santé.

1.2 Les politiques et procédures

Les circonstances exceptionnelles entourant le déploiement et le fonctionnement des sites non traditionnels apportent également des particularités au niveau des politiques et procédures. L'importance de politiques et procédures claires est soulignée dans plusieurs études (Zaboli et al., 2016 ; de Val et al., 2020 ; Naor, 2019 ; Skipp, Zimmerman et Val de Mortel, 2020 ; Peleg et Kellermann, 2009 ; Naganathan et al., 2020 ; Stewart et al., 2020 ; Iseron, 2020). Les fonctions uniques des SNT peuvent créer le besoin d'avoir de différentes politiques et procédures que les sites de soins traditionnels. Par exemple, des politiques et procédures concernant les admissions, transferts et congés peuvent différer de celles des milieux de soins connexes au site (de Val et al., 2020; Kreiss et al., 2010). De plus, le déploiement habituellement urgent et rapide des SNT peut exiger d'avoir des méthodes d'approbation des politiques et procédures plus rapides qu'à l'habitude (de Val et al., 2020). Ceci peut notamment être le cas des politiques et procédures en matière de recrutement et formation des ressources humaines, afin de surmonter certains enjeux de pénurie de personnel (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020) et de rapidité d'embauche et de déploiement du site (de Val et al., 2020).

1.3 Les ressources humaines

Les ressources humaines sont une composante de l'administration des SNT qui comporte des spécificités. Les besoins en ressources humaines et en formation constituent un enjeu central au bon fonctionnement de plusieurs SNT. Selon les fonctions qu'occupe le SNT, divers professionnels peuvent devoir détenir des formations spécifiques. Ceci est le cas pour les infirmières qui doivent avoir des formations en soins chirurgicaux et opératoires ou en soins critiques dans plusieurs types de SNT (Naor, 2019). De plus, certains employés et professionnels se verront attribuer de nouveaux rôles et responsabilités et devraient recevoir la formation

adéquate. Par exemple, dans un SNT déployé par l'armée française offrant des soins critiques aux individus atteints de la COVID-19, les ambulanciers n'ayant pas d'expérience en soins critiques ont dû s'adapter et apprendre rapidement de leurs collègues infirmiers et médecins (Déserts et al., 2020). Les professionnels peuvent aussi devoir acquérir de nouvelles connaissances rapidement. Ceci a notamment été le cas lors de la pandémie de la COVID-19, qui a causé un besoin important en formation de prévention et contrôle des infections afin de protéger les travailleurs et les usagers (Chen et al., 2020; Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). L'embauche massive de personnel dans une courte période peut également causer des défis de formation, tant au niveau des formations spécifiques reliées à la crise qu'à la formation initiale et à l'accompagnement normalement offert aux nouveaux employés (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). Le manque de temps et de personnel formateur peut entraîner un besoin de restructurer les formations offertes (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). La création des SNT apporte souvent des besoins additionnels en ressources humaines, qui peuvent être difficiles à combler (Meyer et al., 2020). De plus, certaines circonstances, telles que les pandémies de maladies infectieuses, peuvent mener à des enjeux supplémentaires comme un taux d'absentéisme élevé causé par la contamination du personnel ou la peur du personnel de se contaminer ou de contaminer leurs proches (Ehrenstein, Hanses et Salzberger, 2006). L'épuisement du personnel soignant peut également mener à un taux d'absentéisme élevé. Une étude de Georger et al. (2020) réalisée en France après la première vague de la pandémie de la COVID-19 révèle que la réorganisation des conditions de travail a augmenté le niveau de fatigue physique chez 62% du personnel soignant sondé (Georger et al., 2020). De plus, le manque d'information, d'équipement de protection et de test de dépistage, les réaffectations de postes et d'horaires et la réorganisation de la vie familiale ont causé de l'épuisement moral chez 36% du personnel soignant sondé (Georger et al., 2020). Tous ces facteurs peuvent donc contribuer aux enjeux de ressources humaines pouvant être présents dans des SNT accueillant des usagers atteints d'une maladie infectieuse.

Le recours aux agences de placement de personnel est un moyen utilisé afin de répondre à cette pénurie de personnel dans le réseau de la santé, particulièrement en temps de crise (Gouvernement du Québec, 2021a). Par contre, tel que vu durant la pandémie de la COVID-19, cette solution peut entraîner d'autres problématiques. Tout d'abord, le déplacement du personnel d'agence de placement d'un milieu de soins à un autre peut augmenter les risques de propagation

de la COVID-19 (Gouvernement du Québec, 2021a). De plus, le recours aux agences de placement de personnel de soins dans le réseau public peut avoir comme conséquence de mobiliser le personnel de la santé du réseau public vers le réseau privé. Afin de prévenir ces effets durant la pandémie de la COVID-19 au Québec, le MSSS a émis un arrêté ministériel le 26 mars 2021 qui exige aux agences de placement d'affecter chaque employé pour une durée minimale de 14 jours dans un milieu et interdit les agences de placement d'embaucher un employé qui a travaillé dans le réseau public dans les 90 derniers jours (MSSS, 2021a). Le délestage de certains services afin de réorienter le personnel vers des secteurs prioritaires est un autre moyen de faire face à la problématique de pénurie de personnel (MSSS, 2020c). Ceci inclut notamment de « conserver le personnel minimal requis en première ligne et de réaffecter les autres infirmières en centre hospitalier » (MSSS, 2020c, p. 6). De plus, le regroupement de certaines activités électives normalement distribuées sur plusieurs sites peut être fait afin de redistribuer les ressources additionnelles (MSSS, 2020c). Le recours aux non professionnels et aux autres professions afin d'aider les équipes de soins infirmiers dans certaines tâches est également une mesure possible (MSSS, 2020c). Finalement, le réaménagement des horaires de travail en augmentant la prestation de travail à temps complet ainsi que les quarts de 12 heures est une autre solution envisageable pour répondre à la pénurie de personnel (MSSS, 2020c).

La composition des équipes et les ratios personnel-patients dans ces types de milieux de soins sont un autre aspect des ressources humaines à considérer. Les différents types de professionnels requis et les ratios de personnel-patients peuvent grandement différer d'un SNT à l'autre, notamment selon la clientèle admise et les fonctions du SNT. Par exemple, un SNT offrant plusieurs services de soins aigus pour une variété de conditions demandera une variété de professionnels et d'important ratio de personnel-patients, alors qu'un SNT accueillant des usagers post-aigus atteints d'une condition spécifique requerra moins de types de professionnels et un plus faible ratio de personnel-patients (Meyer et al., 2020). Il est donc important de comprendre comment la composition des équipes sera affectée par différents enjeux administratifs, tels que la pénurie de personnel, et le type de SNT déployé afin de mieux prévoir les besoins en ressources humaines.

1.4 La perception du personnel soignant

L'expérience vécue du personnel soignant exerçant dans des SNT est un autre phénomène qui peut grandement différer de l'expérience des soignants en site traditionnel. La routine de travail du personnel soignant peut avoir été modifiée et la clientèle admise peut avoir des caractéristiques et des besoins différents que la clientèle qu'ils soignent habituellement. De plus, le changement d'environnement et de relation de travail avec divers professionnels peut avoir un impact sur leur expérience. L'expérience vécue et le ressenti des différents professionnels en SNT sont peu étudiés.

La revue de la littérature de Zaboli et al. (2016) propose la satisfaction du personnel comme indicateur de la performance d'un SNT. Par contre, aucune description ou analyse des facteurs favorisant ou nuisant à la satisfaction du personnel n'est abordée dans cette étude. Pourtant, le manque de personnel est un facteur important à considérer lors de situations d'urgence sanitaire qui force le personnel à travailler dans des conditions plus difficiles qu'à l'habitude (Chen et al., 2020; Kreiss et al., 2010; Naor, 2019; Quinn V, Amouri et Reed, 2018; Cinti et al., 2008; Naganathan et al., 2020). Le manque de personnel peut se traduire par une charge de travail plus importante et de plus faibles ratios personnel-patients, notamment celui d'infirmière-patients (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII], 2012). La charge de travail des infirmières a un impact sur la qualité de vie au travail et le degré de satisfaction des patients (FCSII, 2012). Des ratios infirmière-patient adéquats peuvent permettre d'améliorer la rétention et le recrutement du personnel, les résultats des patients et le degré de satisfaction des patients et du personnel infirmier (FCSII, 2012). De ce fait, les changements qui peuvent se produire lors du délestage de personnel, tel que les changements d'horaires, de lieu de travail et de fonctions, peuvent avoir un impact sur l'expérience de travail du personnel (Brami, Damart et Kletz, 2013 ; Bourhis et Chênevert, 2019). De plus, les risques encourus par le personnel travaillant dans des milieux traitant des usagers avec des maladies infectieuses peuvent également avoir un impact sur leur satisfaction et présence au travail (Ehrenstein, Hanses et Salzberger, 2006 ; Balicer et al., 2006). La satisfaction du personnel soignant est étroitement liée à leur expérience vécue et à leurs conditions de travail. L'expérience du personnel travaillant dans des SNT pourrait donc être influencée par plusieurs facteurs et avoir des répercussions sur les ressources humaines dans les SNT.

1.5 Les SNT déployés par le CISSS de Laval durant la pandémie de COVID-19

Le premier SNT déployé par le CISSS de Laval lors de la pandémie de la COVID-19 fut le SNT de la Place Bell. Le but de ce site était de libérer des lits de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en transférant des personnes âgées atteintes de la COVID-19 vers ce site. Les usagers transférés vers ce milieu pouvaient recevoir des soins médicaux de base. Il était prévu que le SNT permette de libérer les lits de soins aigus de l'hôpital. Le site permettait également d'offrir des soins médicaux aux usagers atteints de la COVID qui provenaient de ressources intermédiaires et de résidences pour aînés (Lacroix, 2020). 43 employés et une gestionnaire composaient l'équipe de base du SNT de la Place Bell. Cette équipe incluait une gestionnaire, plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires, plusieurs préposés aux bénéficiaires et aides de services, un physiothérapeute, une travailleuse sociale, un thérapeute en réadaptation physique, un ergothérapeute, une agente administrative et deux employés en prévention et contrôle des infections. Le personnel était composé d'employés délestés de leurs fonctions respectives ainsi que de personnes recrutées via la plateforme numérique Je Contribue (<https://jecontribuecovid19.gouv.qc.ca/Inscription.aspx>), créée par le gouvernement du Québec pour répondre aux besoins de main-d'œuvre.

Afin de répondre à la surcapacité du système, le CISSS de Laval a également fait la location d'un hôtel afin d'accueillir des usagers durant la première vague. Ce site pouvait accueillir 133 usagers, sur trois étages. Chaque étage accueillait un type de clientèle différent, soit des usagers en soins palliatifs, en santé mentale ou une clientèle gériatrique en attente de relocalisation vers un lieu d'hébergement permanent (Rédaction Laval, 2020). Aucun usager atteint de la COVID-19 n'était admis à ce SNT. En novembre 2020, la clientèle accueillie semblait être exclusivement des usagers en soins palliatifs, non atteints de la COVID-19 (Urgences-santé Québec, 2020). L'objectif de ce site était donc d'offrir des soins et services à des usagers non infectieux, afin de maintenir une capacité d'accueil dans les milieux hospitaliers (Authier, 2020). Le centre communautaire de Lausanne à Laval a également été transformé en SNT ayant une capacité de 20 usagers. Ce site a été développé afin d'accueillir des usagers ayant des besoins de réadaptation provenant de l'Hôpital Juif de réadaptation du CISSS de Laval. Les usagers admis ne devaient pas être atteints de la COVID-19. L'objectif de ce SNT était

également de libérer des lits de soins aigus, à l'Hôpital Juif de réadaptation ainsi qu'à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (St-Amour, 2020).

Les SNT déployés par le CISSS de Laval durant cette période avaient donc différentes fonctions et le SNT de la Place Bell était le seul à accueillir des usagers atteints de la COVID-19. Les spécificités du système de santé, le contexte de l'hôpital et les services déjà en place au CISSS de Laval lors de la première vague de la pandémie ont eu un impact sur le choix de fonction(s) qu'a pris le SNT de la Place Bell. Les spécificités du système dans lequel un SNT peut être déployé incluent donc notamment les services déjà déployés dans la communauté ainsi que leur état actuel ainsi que les besoins de la population. Ces différentes spécificités doivent donc être prises en considération dès le début d'un tel projet, afin de bien identifier le but, les objectifs et le type de SNT à déployer.

1.6 La Place Bell au CISSS de Laval

Le CISSS de Laval regroupe deux hôpitaux ainsi que plusieurs centres de services ambulatoires, centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation et groupes de médecine de famille (GMF) (CISSS de Laval, 2020b). La Place Bell est un complexe multifonctionnel culturel et sportif qui inclut un amphithéâtre qui se transforme en salle de spectacle et en patinoire pour des parties de hockey, une patinoire olympique et une patinoire communautaire (Ville de Laval, 2021). La Place Bell est située dans le sud de l'île de Laval, près de l'île de Montréal. Construit à la place de la patinoire communautaire du centre sportif, le SNT avait pour but d'accueillir les usagers infectés par la COVID-19 et avait une capacité d'accueil de 50 usagers. Ce site fut opérationnel du 15 mai 2020 au 26 juin 2020, durant la première vague de la pandémie. Bien que le Gouvernement du Québec eût élaboré des plans pour le déploiement de SNT, notamment lors de pandémie d'influenza, (Gouvernement du Canada, 2017; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007; Gouvernement du Québec 2006; INSPQ, 2006), ces types de SNT ont très peu été utilisés au Québec. Les SNT déployés au Québec dans les dernières années ont majoritairement servi de site pour offrir des soins ambulatoires, tels que la vaccination contre l'influenza dans des écoles ou les arénas (Direction de santé publique de Montréal, 2004). La vaccination contre la COVID-19 au Québec se fait également sous forme de SNT offrant des

soins ambulatoires et a aussi lieu dans différents SNT tels que les palais de congrès, arénas et centres communautaires (Gouvernement du Québec, 2021b). Le SNT de la Place Bell se démarque donc par ses fonctions différentes des SNT précédemment déployés au Québec, incluant l'isolement d'usagers atteints d'une maladie infectieuse et l'offre de soins post-aigus.

Une analyse de ce site et de son fonctionnement et ses répercussions était donc pertinente afin d'apprendre de cette expérience hors du commun pour des besoins futurs, incluant de possibles prochaines vagues de COVID-19 ou d'autres situations occasionnant des pressions sur notre système de santé. Cette étude permet d'avoir une meilleure compréhension des facteurs facilitant la rétention et l'engagement du personnel dans de telles conditions de travail (Draper et al., 2008). Une compréhension de l'expérience du personnel permet de mieux prévoir et prévenir certains enjeux liés aux ressources humaines dans les SNT. L'analyse des équipes de travail à apporté davantage d'information concernant l'organisation du travail, les ratios de personnel-usagers et les catégories de professionnels et non professionnels requis. De plus, cette étude permet de développer les connaissances concernant le rôle des gestionnaires en SNT ainsi que les compétences et connaissances particulières requises. Cette information pourra entre autres servir à guider les décisions quant aux gestionnaires à sélectionner pour ces milieux ainsi que des éléments à prendre en considération par ceux-ci. Il est important de comprendre les types de politiques et procédures à développer ainsi que le contexte entourant leur approbation pour ces milieux de soins. Les perspectives des gestionnaires, professionnels et non professionnels au sujet de la communication et la coordination entre les différentes instances pourront également exposer des améliorations possibles.

Avec des ressources humaines et matérielles restreintes lors de situations de crises comme la pandémie de la COVID-19, il est essentiel que le système de santé soit efficace dans ses décisions quant à l'allocation des ressources et des actions à entreprendre pour s'adapter à cette demande. Les spécificités et enjeux précis qu'apporte la mission du SNT de la Place Bell ont fait en sorte qu'il était pertinent d'étudier ce projet. Les facteurs influençant le succès d'un tel projet ont mieux été compris, afin de mieux les envisager lors de besoins futurs. Considérant la recrudescence des cas de COVID-19 par vagues durant les deux dernières années au Québec et mondialement, il est important d'étudier les mesures mises en place lors de la première vague afin de mieux prévoir l'allocation des ressources et les mesures à déployer dans le futur. Les

leçons tirées de la pandémie de la COVID-19 et d'un projet tel que celui du SNT de la Place Bell pourront nous permettre de mieux prévoir et planifier l'organisation des services de santé lors de futures catastrophes.

1.7 But et objectifs de l'étude

Le but de cette étude de cas était d'examiner la capacité du SNT de la Place Bell à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé. Ces fonctions incluent l'offre de soins à des usagers atteints de la COVID-19 ainsi que de libérer des lits en milieu hospitalier.

Afin d'atteindre ce but, les objectifs spécifiques de cette étude étaient :

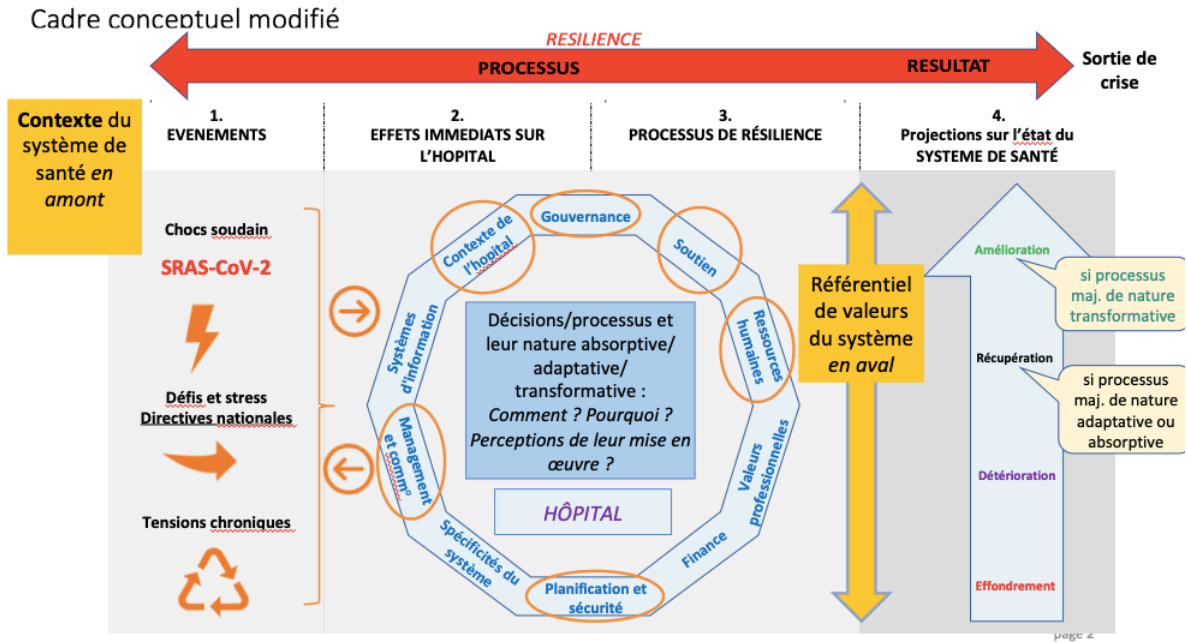
1. de décrire les services produits et les ressources utilisées lors de la période de fonctionnement du SNT de la Place Bell.
2. de décrire l'expérience des professionnels, des non-professionnels et des gestionnaires qui ont contribué au SNT à l'égard du fonctionnement du site.
3. de décrire la contribution des soins infirmiers dans l'atteinte des objectifs du SNT de la Place Bell.

1.8 Le cadre conceptuel HoSPiCOVID

Le cadre conceptuel qui a été utilisé pour cette étude est celui qui a été développé dans le cadre de la recherche HoSPiCOVID (Figure 1). Cette étude internationale porte sur la résilience des systèmes de santé public, des hôpitaux et des professionnels de la santé (Ridde et al., 2021). Le Brésil, le Canada, la Chine, la France, le Japon et le Mali ont collaboré afin de partager les leçons apprises de cette pandémie (Ridde et al., 2021). Le cadre conceptuel développé par cette équipe de chercheurs souligne le processus de résilience et ses résultats sur le système de santé. Selon ce cadre, le processus de résilience se fait en quatre étapes; soit l'arrivée de l'évènement, les effets immédiats sur le milieu hospitalier, le processus de résilience et finalement un impact

sur l'état du système de santé (Ridde et al., 2021). Lorsque l'évènement survient, tel que l'arrivée de la COVID-19 dans les différents pays, cela crée un choc soudain qui cause du stress, des défis et des tensions (Turenne et al., 2019). Ce choc et le processus de résilience qui s'ensuit apportent des effets immédiats sur plusieurs aspects du milieu hospitalier; la gouvernance, le soutien, les ressources humaines, les valeurs professionnelles, les finances, la planification et la sécurité, les spécificités du système, le management et la communication, les systèmes d'information et le contexte de l'hôpital (Ridde et al., 2021). Selon ce cadre conceptuel, dépendamment du processus de résilience, le système de santé peut s'effondrer, se détériorer, récupérer ou s'améliorer (Ridde et al., 2021). Le système de santé peut récupérer lors d'un processus majeur de nature adaptative ou absorptive, alors qu'il peut s'améliorer lors d'un processus majeur de nature transformative (Ridde et al., 2021). Le cadre conceptuel a été utilisé dans cette étude afin d'identifier les différentes sphères sur lesquelles le choc majeur de la pandémie de la COVID-19 peut avoir eu un impact. Le cadre conceptuel n'a donc pas été utilisé dans son ensemble, mais en partie afin de connaître les effets que peut avoir eus la COVID-19 sur le système de santé. Le décagone au centre de ce cadre conceptuel dans la figure 1 est la partie de ce cadre qui a été utilisé pour cette étude. Les effets immédiats sur les différents aspects du milieu hospitalier répertoriés dans le cadre HoSPiCOVID ont guidé l'étudiante-chercheuse dans les facteurs à analyser au cours de cette étude afin de bien étudier l'impact de la COVID-19 sur le CISSS de Laval, et plus précisément le SNT de la Place Bell. Les effets répertoriés dans le cadre conceptuel ont guidé l'étudiante-chercheuse afin d'identifier les facteurs importants à étudier au cours de la recension des écrits de cette étude ainsi que lors de la planification du guide d'entretien pour les entrevues semi-dirigées. L'étudiante-chercheuse a utilisé le cadre conceptuel comme guide des différents facteurs et catégories sur lesquelles la pandémie de la COVID-19 a eu un impact dans le système de santé ainsi que l'impact du SNT de la Place Bell sur ces mêmes sphères au sein du CISSS de Laval.

Figure 1. Le cadre conceptuel HoSPiCOVID



Chapitre 2- Recension des écrits

La recherche reliée à la recension des écrits a débuté en octobre 2020 et s'est terminée en février 2021, à l'exception de quelques ajouts d'information concernant les SNT déployés à titre de comparatifs, les traitements développés et les changements reliés aux consignes de quarantaine et d'isolement. La recherche des écrits a débuté avec la recherche de mots-clés connus correspondant au concept de site non traditionnel comme lieu offrant des soins de santé dans un milieu ne servant pas typiquement à ces fonctions. Au cours de cette recherche, de nouveaux concepts correspondant à des sites non traditionnels ont été identifiés dans la littérature et ont été ajoutés dans la liste des mots-clés utilisés lors de la recherche d'articles. Ces mots-clés incluent « alternate care facilities », « alternate care centers », « mobile health units », « mobile hospital », « module hospital », « field hospital », « shelter hospital » et « military hospital ». Le concept d'efficacité et des mots-clés y étant associés ont également été utilisés afin d'identifier des écrits décrivant l'efficacité en milieu de soins non traditionnels. Ces mots-clés incluent « efficacy », « effectiveness », « efficiency », « performance evaluation », « performance appraisal » et « performance assessment ». Les sphères importantes reliées à l'administration des SNT ont été identifiées lors de la lecture des articles décrivant différents SNT et ont été recherchées individuellement dans les moteurs de recherche CINAHL et MEDLINE, en combinaison avec les mots-clés correspondant au concept de SNT. Ces sphères incluent notamment les ressources humaines, les politiques et procédures, la collaboration et la coordination avec les autres milieux, la sécurité et l'expérience du personnel.

2.1 La COVID-19

La COVID-19 est une maladie causée par le SARS-CoV-2, un nouveau virus dans la famille des coronavirus (OMS, 2020a). Les premiers cas de COVID-19 ont été répertoriés à Wuhan, en République populaire de Chine en décembre 2019 (OMS, 2020a). Les symptômes les plus fréquents incluent de la fièvre, une toux sèche et de la fatigue (OMS, 2020a). La perte de goût et de l'odorat, la congestion nasale, les maux de gorge, céphalée, douleurs musculaires ou articulaires, nausées ou vomissements, diarrhées et frissons sont d'autres symptômes moins fréquents associés à la COVID (OMS, 2020a; Gouvernement du Québec, 2020). Des signes et symptômes moins communs de la maladie incluent l'irritabilité, un état confusionnel, une

altération du niveau de conscience, un état dépressif, des troubles anxieux et des troubles de sommeil (OMS, 2020a). Selon l'OMS, environ 80% des individus qui contractent la COVID-19 guérissent sans avoir recours à des services hospitaliers (OMS, 2020a). Parmi les individus ayant recours à des services hospitaliers, 10% ont besoin d'oxygénothérapie et 5% nécessitent des soins intensifs (OMS, 2020a). Les individus de 60 ans et plus ainsi que ceux atteints de maladies chroniques, incluant l'hypertension, les problèmes cardiaques et pulmonaires, le diabète, l'obésité ou un cancer sont plus à risque de développer une forme grave de maladie et des complications (OMS, 2020a). Les effets à long terme de la maladie sont présentement peu connus et sont étudiés par des chercheurs à travers le monde. Plusieurs chercheurs investiguent les effets à long terme de la maladie, appelés les conditions post-COVID ou la COVID longue (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). La COVID longue fait référence aux problèmes de santé reliés à la COVID qui persistent plus de quatre semaines après avoir été infectés (CDC, 2021). Les symptômes de la COVID longue incluent de la fatigue, de la difficulté à se concentrer, des céphalées, une perte de l'odorat ou du goût, des étourdissements, des palpitations cardiaques, de la tachycardie, des douleurs cardiaques, de la difficulté à respirer, de la toux, des douleurs musculaires, de la dépression ou de l'anxiété et de la fièvre (CDC, 2021). La COVID longue peut également causer le syndrome inflammatoire multisystémique, qui affecte davantage le cœur, les poumons, les reins, les téguments et le cerveau (CDC, 2021).

Afin de prévenir l'infection par la COVID-19, la population doit respecter une distanciation physique entre chaque personne, porter un masque lorsque la distanciation physique n'est pas possible et dans les lieux publics et procéder à l'hygiène des mains régulièrement (OMS, 2020a; Gouvernement du Canada, 2021). Depuis décembre 2020 et au cours de l'année 2021, trois vaccins ont été homologués par des autorités nationales de réglementation comme étant efficaces contre la COVID-19 (OMS, 2020a). Plusieurs autres vaccins sont présentement en processus d'évaluation (OMS, 2021).

Un test moléculaire est utilisé afin de diagnostiquer une infection à la COVID-19 (OMS, 2020a). Le prélèvement est effectué dans la gorge et/ou le nez ou avec un test de salive de l'utilisateur présentant des symptômes, ayant eu un contact avec un cas positif ou de façon préventive. Le test moléculaire est efficace pour confirmer une infection active, quelques jours après l'exposition et lors de l'apparition de symptômes (OMS, 2020a). La durée de l'isolement a

évolué dans le temps, selon l'évolution de la compréhension du virus de la COVID-19. En 2020, la durée de l'isolement était entre 10 et 14 jours de la réception d'un résultat positif, selon si l'individu est symptomatique ou non (OMS, 2020a). En juillet 2022, la durée de l'isolement était de cinq jours suivis de cinq jours supplémentaires ou la reprise des activités essentielles était autorisée, mais lors duquel le port du masque et une distance de 2 mètres étaient requis lors de toute interaction sociale (Gouvernement du Québec, 2022). La durée et la nécessité de la quarantaine ont également évolué dans le temps. Au début de la pandémie, une quarantaine de 14 jours était requise lorsqu'un individu a été en contact avec une personne infectée par la COVID-19 (OMS, 2020a). Cette quarantaine était obligatoire, que l'individu présente des symptômes ou non et qu'elle ait un résultat de dépistage positif ou non (OMS, 2020a). En juillet 2022, la nécessité de faire une quarantaine dépendait du statut vaccinal de l'utilisateur ainsi que du type de contact avec la personne infectée par la COVID-19 (Gouvernement du Québec, 2022).

L'oxygénothérapie et l'assistance respiratoire sont des soins qui peuvent être requis chez certains individus. Selon l'OMS, la dexaméthasone peut être efficace chez les usagers sous assistance respiratoire, afin d'en réduire la durée (OMS, 2020a). En 2022, Santé Canada a approuvé six différents médicaments contre la COVID-19, qui réduisent ou arrêtent la multiplication du virus, réduisent la gravité de la maladie ou pour prévenir la maladie chez les personnes immunodéprimées (Gouvernement du Canada, 2022). Un de ces traitements est autorisé pour un usager à domicile, alors qu'un autre est autorisé en consultation externe et que les autres traitements sont administrés en milieu hospitalier (Gouvernement du Canada, 2022).

2.2 La pandémie de la COVID-19 au Québec

Au Québec, 59 845 individus ont contracté la COVID-19 durant la première vague de la pandémie, correspondant à 0,7% de la population (INESSS, 2020b). 9,7% des individus qui ont contracté la COVID-19 durant cette période sont décédés et 12,2% ont été hospitalisés (INESSS, 2020b). Parmi les individus ayant été hospitalisés, 18,5% ont séjourné aux soins intensifs et 10,3% ont reçu une assistance respiratoire (INESSS, 2020b). La durée médiane de séjour était de 12 jours, plus spécifiquement de 11 jours pour les usagers n'ayant pas séjourné aux soins intensifs et de 18 jours pour ceux qui y ont été admis (INESSS, 2020b). Au Québec, une diminution significative du nombre d'hospitalisations, de la durée de séjour et du nombre

d'admissions a été observée entre mars et septembre 2020. Les taux d'hospitalisations sont passés de 14,3% à 4,8% et ceux d'admissions aux soins intensifs de 3,6% à 1,0% (INESSS, 2020b). Les personnes âgées de 70 ans et plus, représentant 13,8% de la population québécoise, représentaient 26,7% des cas confirmés, 63,6% des individus hospitalisés et 91,3% des décès liés à la COVID-19 (INESSS, 2020b). Entre la fin de la première vague et le mois de septembre, la proportion des cas confirmés chez les personnes de 70 ans et plus a diminué progressivement, jusqu'à ce que les personnes de 70 ans et plus ne représentent que 10% des cas en juillet 2020. Inversement, le nombre de cas chez les individus de 0 à 17 ans et de 18 à 39 ans a augmenté durant cette période, atteignant respectivement une représentation de 17% et 52% des cas totaux dans la province (INESSS, 2020b). Une surreprésentation des cas confirmés a été observée pour les résidents des régions de Montréal et de Laval, qui représentent 28% de la population québécoise, mais 55,3% des cas confirmés (INESSS, 2020b).

Les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès reliés à la COVID-19 ont été étudiés par l'INESSS. Lors de la première vague de la pandémie, les individus âgés de 70 ans et plus avaient un risque d'hospitalisation 4,5 fois plus élevé que ceux de 50 à 59 ans et les hommes étaient 1,5 fois plus à risque d'hospitalisation que les femmes (INESSS, 2020b). Les risques d'hospitalisation et de décès augmentent également avec le nombre de comorbidités (INESSS, 2020b). Le lieu de résidence des individus a également un impact sur le risque de décès. Par exemple, lors de la première vague de la pandémie, les individus demeurant en résidences privées pour aînés (RPA), ressources intermédiaires (RI) et CHSLD avaient respectivement des risques relatifs de décès de 1,47, 1,72 et 3,17 en comparaison aux individus demeurant à domicile et dans d'autres types de résidences (INESSS, 2020b).

Au Québec, 14 191 travailleurs de la santé ont contracté la COVID-19 durant la première vague. Ceci représente 23,7% des cas confirmés durant cette période. Les risques d'hospitalisation et de décès étaient nettement inférieurs pour les travailleurs de la santé par rapport à la population générale (INESSS, 2020b). Ces données pourraient être expliquées par les caractéristiques des travailleurs de la santé en comparaison aux individus de la population en générale, par exemple par leur meilleur état de santé générale, leurs habitudes de vie et leur utilisation des services de santé (INESSS, 2020b).

Outre les effets directs du virus de la COVID-19 sur la population et le système de santé québécois, il est important de considérer les effets indirects de cette pandémie puisqu'il est certain que le délestage de certaines activités cliniques a eu un impact sur la santé de plusieurs individus (INESSS, 2020a; MSSS, 2020c). Par exemple, le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie (MSSS, 2020b) prévoit un triage et une priorisation des services chirurgicaux. Bien que nécessaire, le délestage de certaines activités et leurs impacts doit également être considéré pour dresser un portrait de l'impact de la COVID-19 au Québec. De plus, l'impact de la pandémie sur le personnel du système de la santé doit également être considéré, non seulement pour les impacts directs et immédiats, mais également lorsque les activités cliniques délestées devront être reprises de façons intensifiées (MSSS, 2020c). Les mesures mises en place par le système de santé, tel que le déploiement de SNT, auront donc des impacts indirects sur d'autres secteurs d'activités et sur les ressources humaines qui devraient être considérées lors de leur développement.

2.3 Les différentes fonctions des sites non traditionnels

Les sites de soins non traditionnels peuvent être utilisés pour une variété de fonctions. Notamment, il existe une distinction entre les SNT déployés afin d'augmenter la capacité d'accueil d'un système de soins et ceux déployés afin d'offrir des soins plus complexes que ceux normalement offerts dans ces milieux de soins (Bogucki et Isakov, 2015). Par exemple, les SNT déployés aux États-Unis lors de cas de maladie à virus Ebola sont des sites prêts à offrir des soins spécialisés à un nombre restreint d'utilisateurs (Bogucki et Isakov, 2015; Sugalski et al., 2015). En comparaison, lors d'une transmission de maladie infectieuse à un grand nombre d'individus et lors d'événements causant un nombre élevé de blessés, tels que les catastrophes naturelles et les actes terroristes, le système de la santé doit offrir des soins à un grand nombre d'individus. Lors de catastrophes naturelles ou d'actes terroristes, les types de SNT déployés sont majoritairement des hôpitaux de campagne. L'organisation panaméricaine de la santé (PAHO) définit les hôpitaux de campagne comme « un établissement mobile, autonome et autosuffisant, capable d'être déployé rapidement afin de répondre aux besoins d'urgence immédiats requis pour une période donnée » [Traduction libre] (Pan American Health Organization [PAHO], 2003, p. 6). À ce moment, des SNT peuvent être déployés afin d'augmenter la capacité d'accueil du système de

santé (Shabanikiya et al., 2019; Peleg et Kellermann, 2009; Ardakani et al., 2022) et augmenter la résilience du système de santé (Ardakani et al., 2022).

Lam et al. (2006) ont identifié sept différents rôles et fonctions (Tableau 1) que les sites non traditionnels peuvent avoir lors d'une pandémie d'influenza. Dans un premier temps, un site non traditionnel pourrait être déployé afin d'offrir tous les services offerts dans un milieu hospitalier, incluant les soins aigus. Les SNT pourraient également être déployés afin d'isoler les usagers atteints d'une maladie infectieuse, afin de réduire la propagation vers les autres unités de soins. Ces SNT offrent l'hébergement, les services alimentaires et la lessive, mais offrent peu ou pas de soins médicaux. Une troisième fonction identifiée pour les SNT est l'offre de services ambulatoires, tels que la vaccination et les soins de bases. Le but de ces SNT est d'offrir des services ambulatoires afin que les milieux hospitaliers puissent concentrer leurs ressources pour soigner les usagers requérant des soins plus aigus. La quatrième fonction identifiée par Lam et al. (2006) est d'offrir des soins aux usagers qui ne sont pas atteints de la maladie infectieuse et qui ont reçu des congés précaires de l'hôpital. Le but de ce modèle est d'offrir une continuité des soins pour les usagers non infectieux, tout en maintenant une capacité d'accueil dans les milieux hospitaliers. L'offre de soins médicaux de base pour les usagers stables est une autre fonction identifiée et qui a été utilisée lors de la pandémie de la COVID-19. Dans ce modèle, les services seraient centrés sur l'administration d'antibiotiques, d'hydratation, de bronchodilatateur et de médicaments pour contrôler la douleur. La sixième fonction identifiée est d'utiliser un SNT comme milieu de triage pour les individus présentant des signes et symptômes d'influenza, qui seraient alors transférés vers d'autres sites selon leur portrait clinique. Finalement, les SNT peuvent être utilisés comme milieu de quarantaine pour les individus asymptomatiques, mais ayant eu des contacts à risque, afin de réduire la propagation de la maladie dans la population (Lam et al., 2006). Il est possible pour un SNT d'avoir une ou plusieurs des fonctions identifiées par Lam et al. (2006).

Ces différentes fonctions de SNT pourraient toutes être considérées comme moyen de répondre à la surcapacité du système de santé durant la pandémie de la COVID-19. Comme illustré dans le cadre conceptuel HoSPiCOVID, les spécificités du système de santé et le contexte de l'hôpital auront un impact sur les décisions quant au(x) fonction(s) que prendra un SNT. Le choix du rôle et des fonctions du SNT doit être appuyé par les besoins de la

communauté et du système de santé (Naor, 2019). Les différentes fonctions du site auront un impact entre autres sur l'organisation des soins, la collaboration entre les différents milieux, le choix d'emplacement du site ainsi que le matériel requis (Iserson, 2020). L'adaptabilité du site demeure importante, car des changements dans les besoins de services devraient pouvoir être apportés en adaptant les fonctions du SNT (Iserson, 2020; Naor, 2019; Delgado et al., 2021).

Tableau I. Résumé des 7 rôles des sites non traditionnels de soins selon Lam et al. (2006)

Soins et services complets offerts en milieu hospitalier, incluant les soins aigus.
Isolement des usagers infectieux avec services de base (hébergement, alimentation, lessive) avec peu ou pas de soins médicaux.
Services ambulatoires (ex : vaccination, administration de médication, soins de plaies)
Soins et services aux usagers non infectieux ayant reçu des congés précaires de l'hôpital
Soins médicaux de base/ post aigus pour les usagers stables
Lieu de triage
Milieu de quarantaines pour les individus asymptomatiques ayant eu des contacts à risque, afin de limiter la propagation du virus

Lors du déploiement d'un SNT, la clientèle à admettre doit également être considérée. Dans le cas des SNT déployés lors de transmission d'une maladie infectieuse, l'accueil d'usagers atteints, non atteints ou une combinaison des deux doit être examiné. La combinaison d'usager atteint et non atteint est rarement considérée compte tenu du risque de contamination (Meyer et al., 2020). L'accueil d'usagers non contaminés comporte plusieurs avantages, principalement la protection des employés, la réduction en besoins d'équipements de protection individuelle et une sécurité pour les usagers (Meyer et al., 2020). Par contre, il est difficile de s'assurer qu'aucune contamination n'aura lieu, tant par les usagers que les employés. De plus, ces sites devraient offrir une variété de services de santé incluant des soins aigus, ce qui peut être difficile et coûteux à réaliser (Meyer et al., 2020). Inversement, des SNT accueillant exclusivement des usagers atteints de la maladie infectieuse permettent aux employés de conserver leur équipement de protection en tout temps dans la cohorte d'usagers, éliminent les enjeux de contamination des usagers non atteints et permettent de centraliser l'expertise nécessaire, tels que la prévention et le

contrôle des infections (Meyer et al., 2020). Le choix de la population à accueillir aura donc un impact important sur les fonctions possibles du SNT.

2.4 Les SNT et la COVID-19

Afin de répondre aux besoins causés par la pandémie de COVID-19 en Chine, le premier pays touché par la pandémie, différents lieux publics ont été transformés en SNT. Par exemple, des centres sportifs et des centres d'exposition ont été transformés en milieux de soins afin d'accueillir des usagers avec des symptômes légers à modérés (Chen et al., 2020). Ces types de SNT déployés en Chine avaient cinq fonctions. La fonction principale était l'isolement des individus atteints de la COVID-19 de la population afin de réduire la transmission du virus. Ces mêmes SNT servaient également de lieu de triage afin d'admettre les individus ayant des symptômes faibles à modérés et de transférer les individus avec des symptômes sévères vers des milieux hospitaliers. De plus, ces sites offraient des soins médicaux de base, incluant l'administration d'antibiotiques, d'oxygène, d'hydratation intraveineuse et de soutien psychologique. Une surveillance régulière des usagers était également faite dans ces milieux afin d'assurer des références et transferts rapides en cas de détérioration. Finalement, ces sites servaient également de lieux d'hébergement et offraient les services alimentaires et de douches tout en permettant aux usagers atteints de la maladie infectieuse de socialiser ensemble (Chen et al., 2020). Deux SNT déployés en Chine, l'hôpital de Huoshenshan et l'hôpital de Leishenshan ont été reconnus pour leur construction et déploiement rapide et efficace. Ces deux sites ont admis 3 059 et 2 011 usagers respectivement. Ces deux SNT ont été construits afin de servir de site de quarantaine et de traitement pour des usagers avec des symptômes graves de la COVID-19 (Luo et al., 2020). Donc, ce modèle de SNT déployé en Chine lors de la pandémie de la COVID-19 comportait plusieurs fonctions dans un même site, établis selon les besoins du système de santé local. Au Québec, certains SNT dont celui de la Place Bell, ont pris certaines fonctions similaires à ceux déployés en Chine, dont l'offre de soins médicaux de base et l'isolement des individus atteints de la COVID-19 afin de réduire la propagation du virus. Lorsque le nombre d'usagers atteints de la COVID-19 a diminué de façon drastique à Wuhan, en Chine, plusieurs hôpitaux accueillant des usagers atteints de la COVID-19 et servant de lieu de triage ont fermé (Cheng et al., 2021). Afin de continuer de répondre aux besoins d'identifier et d'isoler les usagers atteints de la COVID-19, des unités d'isolement mobile ont été créées. Ces

unités étaient rattachées à des centres de fièvres, qui avaient comme fonctions l'observation et l'isolement d'usagers symptomatiques. Les unités d'isolement avaient comme fonctions l'isolement d'usagers symptomatiques, le dépistage et le triage des usagers selon leur statut infectieux et l'offre de services médicaux de base et de nourriture durant la période d'observation des usagers (Cheng et al., 2021).

Aux États-Unis, plusieurs SNT ont été déployés afin d'accueillir des usagers stables médicalement avec des symptômes légers à modérés afin de libérer les hôpitaux pour accueillir des usagers avec des besoins médicaux plus complexes. Ces SNT étaient déployés dans différents établissements, par exemple un gymnase de collège (Breyre et al., 2021), dans des établissements de santé déjà existants (Mathews et al., 2020) et un centre d'exposition et de congrès (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020).

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale un hôtel a été converti en SNT afin d'accueillir des usagers atteints de la COVID-19 durant les trois premières vagues de la pandémie (Cousineau, 2021). Ce site accueillait des usagers qui ne nécessitaient pas de services hospitaliers, mais ne pouvaient pas retourner à leur domicile, dû au risque de transmission de la maladie (Cousineau, 2021) et servait donc de lieu d'isolement afin de réduire la transmission du virus. Les usagers admis venaient de ressources intermédiaires (RI), de résidences privées pour aînés (RPA), de ressources de types-familiales (RTF), de CHSLD ainsi que de l'urgence de l'hôpital (Cousineau, 2021).

2.5 Les ressources humaines

La prochaine sphère du cadre conceptuel HoSPiCOVID qui a été étudiée est celle des ressources humaines. Les besoins et difficultés en ressources humaines auxquels les SNT doivent faire face sont multiples et variés. La composition des équipes de soins, la pénurie de personnel lors de situations d'urgence d'envergure et les formations variées requises sont des composantes importantes à analyser lors du déploiement d'un SNT. Les considérations importantes au niveau des ressources humaines pour des SNT de soins sont expliquées dans cette section.

Les fonctions qu'occupera le SNT auront un impact sur les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du site. Pour un SNT offrant des soins médicaux aigus et

complexes, une équipe composée de spécialistes de plusieurs disciplines et du personnel ayant de l'expérience sont requis (Meyer et al., 2020). Ceci est un enjeu considérable lorsque les ressources humaines sont limitées et que le personnel et les volontaires n'ont pas d'expérience en soins critiques (Meyer et al., 2020). En ayant recours aux ressources humaines des milieux hospitaliers pour couvrir les besoins de personnel formé en soins critiques d'un SNT, il y a un risque important de diminuer la capacité du milieu hospitalier (Meyer et al., 2020; Delgado et al., 2021), menant à d'autres enjeux. Inversement, un SNT ayant comme fonction d'offrir des soins médicaux de base peut plus facilement répondre à ses besoins en ressources humaines, car il lui sera plus facile de former des bénévoles et redistribuer du personnel d'autres secteurs (Meyer et al., 2020). Les ressources humaines nécessaires et disponibles doivent donc être considérées lors de la décision du type de SNT à déployer.

Puisque les SNT sont habituellement déployés comme mesure additionnelle aux services déjà présents dans un système de santé, des enjeux de quantité de ressources humaines disponibles sont fréquents. De plus, lorsque les SNT sont déployés dans le cadre d'une pandémie, le taux d'absentéisme relié à la contamination ou le retrait du personnel soignant peut atteindre entre 40% et 50% de la main-d'œuvre (Ehrenstein, Hanses et Salzberger, 2006, cité dans Cinti et al., 2008). La réduction des services offerts dans certains secteurs d'activités afin de réorienter les ressources humaines vers d'autres services essentiels, incluant les SNT, est une façon de répondre à ses besoins en ressources humaines (Naganathan et al., 2020; Peleg et Kellermann, 2009). Lorsque cette solution est employée, une combinaison planifiée de personnel formé en soins critiques et de personnel venant d'autres spécialités pourrait être préférable (Naganathan et al., 2020). L'embauche d'étudiants dans le domaine de la santé ainsi que dans des domaines connexes, tels que les ambulanciers, peut également permettre de répondre aux besoins en personnel (Naganathan et al., 2020; Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020; Iserson, 2020; Ardakani et al., 2022). Le recrutement de personnel retraité peut également être considéré (Iserson, 2020). De plus, du personnel militaire, particulièrement celui avec une formation en soins de santé, peut être déployé dans les SNT et s'incorporer aux équipes de soins (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). Des protocoles de soins clairs ont également été proposés comme méthode pour répondre à la pénurie de personnel probable et la nécessité de travailler à personnel réduit. (Cinti et al., 2008; de Val et al., 2020; Peleg et Kellermann, 2009). L'utilisation de certains membres du personnel pour plusieurs rôles, et donc l'interchangeabilité de ceux-ci,

peut également aider à répondre à la pénurie de personnel (Iseron, 2020). Ceci est le cas pour la sécurité du site, qui peut être assumée par un autre membre du personnel si aucun agent de sécurité ou policier n'est disponible (Iseron, 2020). Finalement, la flexibilité d'horaire pourrait faciliter l'embauche de personnel additionnel (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020).

Le nombre d'employés par titre d'emploi ainsi que les ratios de personnel-usagers sont également abordés dans la littérature. Pour un SNT accueillant des usagers atteints d'une maladie infectieuse ou lors d'un événement causant un grand nombre de blessés, le Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] propose un ratio d'un médecin, une infirmière praticienne, six infirmières ou infirmières auxiliaires, un inhalothérapeute, un travailleur social et un technicien en laboratoire par 50 usagers par quart de 12 heures (Phillips, Knebel et Johnson, 2009). En termes de personnel de soutien, le AHRQ propose deux employés du service alimentaire, deux agents de sécurité, deux agentes administratives, deux employés pour le transport des usagers, deux employés pour l'entretien ménager et quatre bénévoles par 50 usagers par quart de 12 heures (Phillips, Knebel et Johnson, 2009). En termes de ratio d'infirmière-patients, celui-ci doit tenir compte de la présence d'étudiantes en soins infirmiers et d'infirmières nouvellement diplômées (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). Dans un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 et offrant des soins médicaux post-aigus, Erickson, Johnson et Blanchfield (2020) proposent d'avoir un ratio de cinq infirmières d'expérience pour trois infirmières nouvellement diplômées ou ayant moins de six mois d'expérience. Pour les étudiantes en soins infirmiers, Erickson, Johnson et Blanchfield (2020) proposent d'avoir deux infirmières et une monitrice par six à huit étudiantes, pour offrir des soins à jusqu'à 48 usagers. Chen et al. (2020) expliquent le faible ratio de personnel-usagers dans un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 par le fait que les usagers admis ont tous le même diagnostic primaire et devaient seulement avoir des symptômes légers à modéré pour être admis. Ceci contribue donc à réduire la complexité des soins requit les besoins en personnel par usager (Chen et al., 2020). À Séoul en Corée du Sud, un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 qui offraient des services médicaux de base à des usagers stables avait un ratio de deux médecins par quart et de trois infirmières par 20 usagers, sans présence d'aucun étudiant (Kim et al., 2021).

2.6 Les politiques et procédures

Selon la revue systématique de Zaboli et al. (2016), un des indicateurs de performance des SNT est d'avoir un but et des politiques clairs. Les politiques et procédures doivent être standardisées (Naor, 2019) afin de répondre aux besoins de soins lorsqu'un évènement ayant un impact sur une grande quantité d'individus survient. De plus, de Val et al. (2020) recommandent d'avoir un système interne en place afin de faciliter et accélérer le processus d'approbation de nouvelles politiques et procédures pour les SNT. Ils recommandent également d'avoir un processus d'approbation pour des politiques et procédures d'exception, qui pourrait différer des politiques et procédures déjà en place au sein de l'établissement (de Val et al., 2020). Des exemples de politiques et procédures à instaurer incluent les politiques de visites dans les SNT (de Val et al., 2020), les politiques de congé des usagers (de Val et al., 2020; Kim et al., 2021), les politiques d'hospitalisation et de transfert (Kreiss et al., 2010; Delgado et al., 2021) et les politiques standardisées de prévention et contrôle des infections lors de procédures chirurgicales (Skipp, Zimmerman et Val de Mortel, 2020). Naganathan et al. (2020) proposent d'instaurer des protocoles de soins cliniques dans les SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19. Ils mentionnent par exemple des protocoles de prise en charge générale des usagers atteints de la COVID-19, des situations d'urgence et de détérioration de l'état clinique, de l'évaluation de nouveaux symptômes et de la gestion de symptômes chez le personnel (Naganathan et al., 2020; Thompson et al. 2022; Kim et al., 2021). Ces protocoles cliniques peuvent être utilisés par des employés n'ayant pas de formation ou d'expérience en soins d'urgence, afin d'assurer une intervention rapide jusqu'à ce qu'un médecin ou autre professionnel intervienne. (Naganathan et al., 2020). Naganathan et al. (2020) recommandent également d'établir des procédures pour des consultations rapides avec différentes spécialités. Finalement, des politiques d'admission incluant les critères d'inclusion et d'exclusion devraient être développées et diffusées au milieu de soins qui pourraient transférer des usagers (Naganathan et al., 2020; Kim et al., 2021). Les politiques et procédures peuvent donc s'intégrer dans plusieurs sphères du cadre conceptuel HoSPiCOVID, incluant celle de la communication et du management, des systèmes d'information et de la gouvernance.

2.7 Coordination et collaboration avec les autres milieux de soins

Le cadre conceptuel HoSPiCOVID compte également les sphères du management et de la communication ainsi que celle du soutien. La collaboration et la communication au sein du système de santé ainsi qu'entre le système de santé et d'autres services ont donc été étudiées. Plusieurs études portent sur la nécessité d'une collaboration entre différentes instances afin d'assurer une coordination optimale des ressources et le bon fonctionnement du SNT. Des études soulignent la collaboration requise durant la phase de préparation du SNT, lors de sa période d'activité ainsi que lors de son retrait. Kreiss et al. (2010) recommandent une collaboration entre différentes instances afin de décider quelle(s) fonction(s) le SNT devra prendre, selon les services déjà en place et les types de soins requis dans la communauté. De plus, ils recommandent que la coordination avec les autorités locales s'établisse rapidement (Kreiss et al., 2010). Selon Peleg et Kellermann (2009), deux chercheurs en santé publique et médecine d'urgence, afin de s'assurer de répondre à une surcapacité des ressources en santé, le ministère de la Santé doit coordonner les ressources matérielles à un niveau national. Cette responsabilité devrait être assumée à un niveau national afin de s'assurer que chaque hôpital et centre de distribution ont des quantités suffisantes de matériel en temps opportun (Peleg et Kellermann, 2009). Peleg et Kellermann (2009) recommandent également une collaboration quotidienne entre chaque milieu hospitalier et le ministère de la Santé afin d'assurer une surveillance constante du taux d'occupation sur les unités de soins et aux soins intensifs, la capacité d'accueil du milieu et le nombre d'utilisateurs sous respirateur. Cinti et al. (2008) recommandent la mise en place d'un centre régional de coordination médicale afin de gérer l'allocation des ressources lors d'une pandémie de l'influenza. Puisque le déploiement d'un SNT aurait un impact majeur sur l'ensemble du système de santé, Meyer et al. (2020) recommandent également une coopération entre les différentes institutions afin de prendre des décisions basées sur plusieurs perspectives dans l'ensemble du système de santé. Selon ces chercheurs, ceci permet au SNT de répondre aux besoins évolutifs de la communauté et d'aider à restaurer le système de santé lorsque le SNT ne sera plus en fonction (Meyer et al., 2020).

La nécessité de bien coordonner les transferts entre les milieux de soins et les SNT est abordée par plusieurs chercheurs. Selon la revue systématique de Zaboli et al. (2016), la nécessité d'avoir un processus de référence ainsi que l'existence d'une équipe de coordination

sont deux indicateurs majeurs de la performance d'un SNT. Kreiss et al. (2010) expliquent qu'afin de maximiser l'efficacité d'un SNT déployé lors du tremblement de terre à Haïti en 2010, une équipe de coordination fut nécessaire. Cette équipe s'assurait entre autres que chaque milieu de soins qui référerait un usager à leur SNT offrant des services chirurgicaux allait admettre un usager du SNT prêt à être transféré pour son rétablissement. Ce processus maximisait donc le nombre d'opérations et procédures chirurgicales qui pouvaient être effectuées selon les capacités du SNT (Kreiss et al., 2010). Selon la revue de littérature de Naor (2019) concernant les interventions du corps médical de l'armée israélienne dans des SNT, le transfert des usagers stables vers d'autres centres médicaux leur a également permis de maintenir leur capacité d'accueil à un maximum. De plus, le transfert des usagers stables vers d'autres centres médicaux a permis de leur offrir des soins de meilleure qualité que ceux offerts dans un hôpital de campagne (Naor, 2019). Selon cette revue de la littérature et des entrevues avec les commandants des différentes missions, un système centralisé constitue la meilleure façon de coordonner ces transferts entre différents sites (Naor, 2019). La coordination des transferts et des procédures s'y rattachant peuvent donc permettre de maximiser l'efficacité des SNT en s'assurant que chaque usager est admis ou transféré dans le milieu de soins correspondant à ses besoins actuels.

Afin de créer une capacité d'intensification des activités en cas d'urgence, Peleg et Kellermann (2009) proposent différentes solutions telles que celles mises en place par le ministère de la Santé israélien. Une des solutions est notamment d'instaurer un employé de liaison dans chaque hôpital lors d'une situation causant un grand nombre de victimes (Peleg et Kellermann, 2009). La personne qui assume cette position est responsable d'informer les gestionnaires des établissements du nombre d'usagers à admettre, leurs profils et types de soins requis ainsi que leur heure prévue d'admission (Peleg et Kellermann, 2009). De plus, elle collabore avec le centre de contrôle de l'équipe médicale d'urgence afin qu'il distribue les usagers dans les différents centres médicaux selon leur capacité d'accueil (Peleg et Kellermann, 2009).

Durant l'exercice de pratique pour le développement d'un modèle de SNT pour une pandémie d'influenza, Cinti et al. (2008) ont recommandé que la gestion des lits du SNT se fasse sur la même plateforme que celle de l'hôpital connexe. De cette façon, les gestionnaires et

l'équipe de coordination peuvent avoir un portrait global de la situation et des ressources requises (Cinti et al., 2008). Les plateformes informatiques d'un SNT déployé en France durant la première vague de la pandémie de la COVID-19 ont également été centralisées avec ceux de l'hôpital connexe (Déserts et al., 2020). Ceci a permis d'avoir accès aux données cliniques, de laboratoire et radiologiques, aux protocoles du centre hospitalier et a permis une transmission rapide du dossier de l'utilisateur lorsqu'un transfert était requis. (Déserts et al., 2020).

Dans un SNT déployé aux États-Unis pour traiter des usagers stables atteints de la COVID-19, des plans de transfert entre les autres milieux de soins, incluant les services ambulanciers, les hôpitaux et les cliniques ambulatoires furent établis (Naganathan et al., 2020). Tous les transferts étaient coordonnés par un centre de référence intra hospitalier suivant des protocoles et critères d'inclusion et d'exclusion qui avaient été établis (Naganathan et al., 2020). Dans des SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 à Wuhan en Chine, une des fonctions essentielles des SNT était de référer rapidement les usagers vers des hôpitaux plus spécialisés (Chen et al., 2020). Pour ce faire, des critères clinique avaient été établis, et lorsqu'un patient présentait l'un des critères son transfert était effectué (Chen et al., 2020). Ces critères incluaient un rythme respiratoire de 30 ou plus par minutes, un taux de saturation de 93% ou moins, une progression des lésions à plus de 50% en 24 à 48 heures, l'identification ou le développement de maladies chroniques incluant l'hypertension, le diabète, la maladie coronarienne, un cancer, une immunosuppression ou une maladie pulmonaire (Chen et al., 2020). Durant la période d'activité des SNT, 13% des usagers furent transférés vers d'autres centres hospitaliers plus spécialisés (Chen et al., 2020). La nécessité de collaborer avec les autres milieux et services de soins afin de bien coordonner les ressources et transfert des usagers est donc bien établie dans la littérature.

La collaboration est également requise afin d'assurer une pérennité des services lors de la période de rétablissement du système de la santé. Lorsque la mission du SNT prend fin, la fermeture du site devrait être coordonnée avec les autorités locales (Naor, 2019). Meyer et al. (2020) recommandent également de planifier et coordonner le transfert entre l'équipe qui crée le SNT et celui qui l'opèrera. Selon l'expérience de Stewart et al. (2020) dans un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19, la collaboration entre les différentes parties impliquées peut être difficile. Selon leur expérience cette collaboration peut être difficile puisque plusieurs

parties sont impliquées et qu'elles n'ont pas l'habitude de travailler ensemble (Stewart et al., 2020). De plus, le déploiement des SNT se fait souvent en urgence et les relations doivent donc être établies rapidement (Stewart et al., 2020). Finalement, plusieurs membres de l'équipe n'avaient pas de formation en administration des services de santé, nécessitant plus d'explications pour les décisions administratives (Stewart et al., 2020).

2.8 Confidentialité

La sécurité est une autre des sphères incluses dans le cadre conceptuel HoSPiCOVID. Alors que certains SNT sont déployés dans des zones dangereuses, telles que des zones de désastres naturelles ou zones de guerre, doivent faire face à des enjeux de sécurité importante (Naor, 2019), les enjeux d'un SNT tel que celui de la Place Bell sont différents. La confidentialité des usagers est un enjeu de sécurité importante qui est peu abordé dans la littérature. La couverture médiatique des SNT et des situations entourant leur déploiement peut rendre la confidentialité de l'identité des usagers difficile à protéger. Ceci était notamment le cas lors du déploiement de SNT accueillant des usagers atteints de la maladie à virus Ebola aux États-Unis (Bogucki et Isakov, 2015). L'emplacement géographique et les points d'entrée du SNT peuvent aider à conserver la confidentialité (Bogucki et Isakov, 2015). Selon Chen et al. (2020), la disposition intérieure des chambres dans les SNT peut également avoir un impact sur la confidentialité des usagers. Une disposition des lits qui ressemble à des chambres d'hôpital peut permettre de conserver l'intimité et la confidentialité des usagers (Chen et al., 2020).

2.9 Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections (PCI) sont des préoccupations de sécurité majeures pour les SNT accueillant des usagers atteints de maladies infectieuses. La protection et la sécurité des travailleurs dans ces types de SNT sont également des enjeux importants. Les aspects concernant la PCI au SNT de la Place Bell seront donc inclus sous la sphère de la sécurité du cadre conceptuel HoSPiCOVID. Afin d'assurer la sécurité des travailleurs dans les SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19, des zones peuvent être créées selon le risque de contamination et l'équipement de protection individuel requis (Déserts et al., 2020; Naganathan et al., 2020; Chen et al., 2020; Thompson et al. 2022; Kim et al., 2021). Par exemple, toutes les zones où se retrouvent les usagers atteints de la maladie seraient considérées

comme des zones chaudes et seraient équipées de points d'entrée avec des stations d'habillage pour l'équipement de protection (Naganathan et al., 2020). Des zones froides seraient également créées et démarqueraient les endroits où les usagers atteints de la maladie ne seraient pas présents et où certains services, tels que les vestiaires, la cuisine et la pharmacie, seraient situés (Naganathan et al., 2020; Thompson et al. 2022). Des zones tièdes séparerait les zones chaudes et froides (Naganathan et al., 2020). Idéalement, des zones de décontamination des travailleurs, incluant la présence de douches, devraient être disponibles pour les travailleurs avant de quitter les lieux (Naganathan et al., 2020). Le port et le retrait de l'équipement de protection peuvent également être supervisés afin de prévenir la contamination des travailleurs (Déserts et al., 2020; Bogucki et Isakov, 2015; Thompson et al. 2022). Par exemple, lors du déploiement d'un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 en France, des soldats spécialisés en danger biologiques supervisaient le port de l'équipement de protection chez les employés (Déserts et al., 2020). De plus, lors du processus de la pose et le retrait de l'équipement de protection pour des contacts avec des usagers atteints de la maladie à virus Ebola, des procédures requérant une surveillance d'un autre travailleur à chaque pose et retrait ont été instaurées dans certains pays, telles que la Chine (Zimmerman et Val de Mortel, 2020). Dans la revue de la littérature de Zimmerman et Van de Mortel (2020) sur les mesures de PCI dans les SNT militaires, la supervision et des audits de l'hygiène des mains ont également été soulignés comme mesures de prévention des infections efficaces chez le personnel. Une formation concernant le port adéquat de l'équipement de protection serait également requise (Bogucki et Isakov, 2015; Chen et al., 2020; Thompson et al. 2022; Kim et al., 2021) La revue de la littérature de Zimmerman et Van de Mortel (2020) souligne l'importance d'une formation en PCI applicable directement au milieu concerné. Ces formations sont d'autant plus importantes lorsque le personnel n'est pas familier avec les procédures en prévention et contrôle des infections de l'établissement ou de la région (Zimmerman et Val de Mortel, 2020). Ces mesures peuvent également permettre de diminuer l'anxiété des travailleurs qui doivent offrir des soins à des usagers atteints de maladies infectieuses (Bogucki et Isakov, 2015). L'ajustement de la durée des quarts de travail et des périodes de pauses pourrait également contribuer à diminuer l'anxiété des travailleurs dans ces circonstances en diminuant la durée de temps que ceux-ci doivent porter l'équipement de protection et être isolés des autres membres de l'équipe lorsqu'ils offrent des soins pour une durée prolongée (Lehmann et al., 2015; Delgado et al., 2021). Selon l'expérience de Stewart et

al. (2020) lors du déploiement d'un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 aux États-Unis, la directrice des soins infirmiers devrait être impliquée et responsable de ce volet. Selon Stewart et al. (2020), la directrice des soins infirmiers devrait être la responsable de ce volet, car elle aura non seulement les connaissances théoriques requises, mais également les connaissances et l'expérience requises en termes de leadership, de communication, de la réglementation et de collaboration avec les services de soutien impliqués. Selon les auteurs, la directrice des soins infirmiers devrait être responsable de la création des processus reliés à la PCI dans le SNT et devrait donc avoir de bonnes connaissances dans le domaine (Stewart et al., 2020). De plus, elle devrait être responsable des programmes d'orientation et de formation du personnel infirmier (Stewart et al., 2020), qui devrait inclure un volet sur la PCI. Selon ces auteurs, un spécialiste en PCI devrait également être inclus, dès le début du projet du SNT, afin d'aider l'équipe à développer un plan de prévention des infections ainsi que des processus d'admission, de transfert et de congé des usagers (Stewart et al., 2020). Finalement, Stewart et al. (2020) soulignent également l'importance de prévoir les risques de contamination des gestionnaires du milieu. De ce fait, ils suggèrent d'identifier à l'avance les personnes responsables de remplacer les gestionnaires advenant qu'ils deviennent contaminés (Stewart et al., 2020). Selon leur expérience, ces remplaçants devraient recevoir une orientation et travailler avec les gestionnaires en question avant de devoir entrer en fonction (Stewart et al., 2020).

Les fonctions et le type de clientèle admise dans le SNT peuvent également avoir un impact sur les mesures de prévention et contrôle des infections au niveau des usagers et des travailleurs. Selon la revue de la littérature de Zaboli et al. (2016), les infections nosocomiales sont un des indicateurs principaux de la performance d'un SNT. Lorsque les SNT accueillent des usagers atteints d'une maladie infectieuse et transmissible, les impacts du choix de la clientèle à accueillir au niveau de la PCI doivent être analysés. Meyer et al. (2020) expliquent que lorsqu'un SNT accueille exclusivement des usagers non atteints de la COVID-19, les usagers et travailleurs sont théoriquement tous en sécurité face à la possibilité d'acquérir la COVID-19 dans un milieu de soins. Dans ces situations, les besoins en équipement de protection pour le personnel seraient moins grands et moins spécialisés (Meyer et al., 2020). Par contre, comme il est possible pour des usagers et des travailleurs d'être atteints de la maladie et d'être asymptomatique et que la fiabilité des dépistages n'est pas clairement établie, des risques de contamination demeurent présents pour les usagers et les travailleurs (Meyer et al., 2020). Inversement, lorsque la décision

est prise d'accueillir seulement des usagers atteints de la COVID-19, le risque de transmission de la maladie entre usagers n'est plus présent dans ce milieu (Meyer et al., 2020; Stewart et al., 2020). De plus, en accueillant exclusivement des usagers atteints de la même maladie infectieuse, les travailleurs peuvent conserver leur équipement de protection entre les usagers, ce qui réduit les risques qu'ils se contaminent lors du retrait de celui-ci (Meyer et al., 2020). Dans un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 à Wuhan en Chine, un résultat de dépistage positif pour la COVID-19 et négatif pour l'influenza était requis avant l'admission de chaque usager (Chen et al., 2020). Ce même SNT exigeait le port du masque par les usagers afin de diminuer le risque de transmission de maladies infectieuses (Chen et al., 2020) L'accueil d'un usager atteint de la maladie dans le même SNT que des usagers non atteints de la maladie n'est pas recommandé à cause du risque de contamination entre usagers (Meyer et al., 2020).

2.10 Satisfaction au travail du personnel soignant

La satisfaction du personnel soignant est étroitement liée à la qualité des soins et à la satisfaction des usagers (FCSII, 2012; Copanitsanou et al., 2017). La satisfaction du personnel soignant peut englober les sphères des ressources humaines ainsi que des valeurs professionnelles du cadre conceptuel HoSPiCOVID. De plus, plusieurs autres sphères telles que le management et la communication et le contexte de l'hôpital influenceront la satisfaction du personnel soignant. Selon une étude de Baumann et al. (2001), « la satisfaction au travail du personnel infirmier est le plus important prédicteur du degré de satisfaction des patients » (Baumann et al., 2001, cité dans FCSII, 2012, p. 31). Par contre, peu de littérature aborde les facteurs ayant un impact sur l'expérience des soignants travaillant dans des SNT. Les fonctions que prennent les SNT peuvent avoir un impact sur le type de facteurs qui influencent l'expérience des soignants. Par exemple, selon la revue de littérature de Naor (2019), les infirmières travaillant dans des SNT déployés en zones de guerre doivent être davantage spécialisées et travailler durant de longs quarts de travail exigeant. Les ratios d'infirmière-médecin ainsi que le rôle et les responsabilités que prennent les médecins dans ces situations peuvent avoir un impact sur l'expérience des infirmières travaillant dans ces milieux (Naor, 2019).

L'impact de la pandémie de la COVID-19 sur plusieurs professionnels de soins commence à être étudié par plusieurs chercheurs. Plusieurs de ces études analysent l'impact de la pandémie sur les professionnels de différents milieux, particulièrement en milieu hospitalier (Oulehri et Rolling, 2020; Selman et al., 2020; Hermand et Benyamina, 2020). Par contre, il est difficile de savoir si les employés travaillant en SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19 vivent des expériences semblables. Il serait important d'étudier l'impact de la pandémie sur les professionnels exerçant dans un site non traditionnel de soins.

Des études récentes portant sur les conséquences de la pandémie de la COVID-19 sur le personnel soignant rapportent des impacts sur la santé mentale des professionnels (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; Selman et al., 2020; Hermand et Benyamina, 2020; El-Hage et al., 2020). Plusieurs professionnels auraient vécu des sentiments de perte de contrôle relié à la modification de plusieurs repères personnels et professionnels, tels que le changement de routine, la gestion des enfants et domiciles et des isolements et confinements (Oulehri et Rolling, 2020). Un sentiment d'absence de maîtrise des professionnels se faisant également sentir lorsque les équipes de soins devaient être réorganisées et que les directives et protocoles changeaient rapidement (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; El-Hage et al., 2020). L'absence de recommandations d'experts et le changement de directives fréquentes causaient un stress chez plusieurs professionnels de soins (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; El-Hage et al., 2020).

La pénurie de ressources et le risque de pénurie de ressources, incluant notamment les lits disponibles aux soins intensifs, les ventilateurs et les équipements de protection, ont contribué à la fatigue psychologique du personnel soignant (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; El-Hage et al., 2020). Les politiques d'économie du matériel qui allaient parfois à l'encontre des directives de PCI ont également créé de l'anxiété chez le personnel (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; El-Hage et al., 2020). La pénurie de ressources réelle ou anticipée a causé de la détresse morale chez certains professionnels de la santé, qui craignaient ne pas être en mesure d'offrir des soins et traitements adéquats aux usagers (Williamson et al., 2020). Certains professionnels de la santé se retrouvaient ou craignaient se retrouver face à des dilemmes éthiques reliés à l'attribution des ressources (Selman et al., 2020).

Ces facteurs peuvent causer de l'anxiété, de la dépression et de la détresse post-traumatique chez les professionnels de la santé (Selman et al., 2020; Williamson et al., 2020).

La crainte de se contaminer lors de contact avec les usagers atteints de la maladie a causé de l'anxiété et des sentiments de vulnérabilité et d'insécurité chez le personnel soignant (Oulehri et Rolling, 2020; Williamson et al., 2020; El-Hage et al., 2020). Le manque de ressources et de formation adéquate contribue à cette anxiété et à la perception que les employeurs ne les protègent pas de façon adéquate (Williamson et al., 2020). De plus, plusieurs professionnels ont vécu de l'anxiété liée à la peur de contaminer des membres de leur famille (Oulehri et Rolling, 2020; El-Hage et al., 2020). Ces craintes ont parfois mené à des perturbations de la vie de famille lorsque certains professionnels se soumettaient à un isolement strict (Oulehri et Rolling, 2020). La peur de contaminer leurs proches et le désir d'être présent au travail pour soigner la population peuvent également mener à des conflits de loyauté chez le personnel (Oulehri et Rolling, 2020). L'isolement des travailleurs de la santé lorsque ceux-ci ou un membre de leur domicile présentaient des symptômes pouvait également mener à de la détresse morale. La peur que leurs collègues doivent travailler davantage durant leur absence et que des soins ne soient pas donnés pouvait causer une détresse morale chez ces travailleurs en isolement (Williamson et al., 2020). Finalement, la stigmatisation des travailleurs de la santé qui pouvaient être perçus comme une source de contagion a également eu un impact sur la santé mentale de certains professionnels de la santé (Hermand et Benyamina, 2020).

Lorsque les professionnels de la santé prodiguent des soins aux usagers atteints de la COVID-19, ils peuvent être exposés à plus de décès qu'à l'habitude. Cette exposition répétée ainsi que l'engagement émotionnel y étant associé peut mener à de l'anxiété, la dépression et de la détresse (Selman et al., 2020). Les professionnels devaient également ajouter à leur rôle et responsabilité de répondre aux nombreuses questions des familles des usagers en lien avec la maladie (Oulehri et Rolling, 2020). De plus, les professionnels devaient offrir un soutien émotionnel aux usagers et aux familles qui avaient peu ou pas d'accès à venir visiter leur proche atteint de la maladie (Selman et al., 2020). Ceci pouvait causer une surcharge de travail en plus de causer une détresse morale chez les professionnels (Selman et al., 2020).

2.11 Le rôle des infirmières dans les SNT

Les activités professionnelles des infirmières exerçant dans des SNT sont peu décrites dans la littérature. Il serait pertinent de comprendre comment le rôle des infirmières peut être similaire ou différent lorsque celles-ci exercent dans un SNT en comparaison à d'autres milieux de travail plus traditionnel, tels que les centres hospitaliers ou en milieux communautaires. Une compréhension de l'impact du type de SNT et de la clientèle accueillie sur les activités professionnelles des infirmières est également requise afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines pour ce type de milieu. Par exemple, les infirmières exerçant dans des SNT déployés lors de désastres naturels, de guerres ou d'autres situations menant à des usagers ayant des conditions instables devront avoir des connaissances et de l'expérience spécialisée, tel qu'en soins intensifs (Naor, 2019; Kreiss et al., 2010) alors que celles déployées dans des SNT offrant des soins ambulatoires devront avoir de différentes connaissances et expérience. De plus, la modification de l'offre de service et de la clientèle admise au cours de la période d'activité d'un SNT afin de répondre aux besoins de la population aura également une incidence sur les activités professionnelles des infirmières. Par exemple, dans un SNT déployé suite au tremblement de terre à Haïti en 2010, l'offre de service a été modifiée afin de répondre aux besoins changeants des blessés (Kreiss et al., 2010). Les infirmières ont donc vu leurs rôles et responsabilités changer lorsqu'elles ont été transférées vers des unités de chirurgie orthopédique (Kreiss et al., 2010).

Pour les SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19, les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'admission des usagers au site auront un impact sur les spécialités requises ainsi que les responsabilités des infirmières. Par exemple, dans un SNT déployé afin d'accueillir des usagers atteints de la COVID-19, plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion avaient été mis en place afin d'accueillir seulement des usagers stables et ne requérant pas de soins spécialisés (Naganathan et al., 2020). Les équipes de soins pouvaient donc être constituées d'un nombre restreint d'infirmières et de médecins avec des spécialités en soins aigus combinés avec des travailleurs de la santé venant d'autres spécialités afin d'avoir des ressources humaines suffisantes pour répondre au besoin (Naganathan et al., 2020). Il serait donc important de comprendre l'impact du type de SNT et de la clientèle admise sur les activités faisant partie de l'étendue de pratique optimale des infirmières.

Les ressources humaines présentes et la composition des équipes au SNT peuvent également avoir un impact sur l'étendue de pratique et l'autonomie des infirmières dans les SNT. L'étendue de pratique infirmière peut être définie comme « l'éventail des fonctions et responsabilités confiées légalement aux infirmières et pour lesquelles elles détiennent la formation, les connaissances et les compétences » (Déry et al., 2017, p. 51). Lorsqu'un nombre suffisant de personnel de soutien et de personnel médical sont présents, tel que des ambulanciers, il est possible que les infirmières puissent davantage exercer les activités professionnelles de leur profession. Par exemple, dans un SNT déployé en Turquie suite à un tremblement de terre, les infirmières étaient appuyées par des médecins et des ambulanciers qui participaient aux responsabilités des infirmières (Margalit et al., 2002). Les infirmières déléguaient et coordonnaient certains actes, tels que les soins d'hygiène, la prise de signes vitaux et l'installation de cathéters intraveineux (Margalit et al., 2002). Les infirmières pouvaient donc davantage se concentrer sur le suivi des résultats d'examen, l'enseignement auprès des patients et être présentes dans des unités où les soins ne sont pas délégués, telles qu'en pédiatrie et en salle opératoire (Margalit et al., 2002). Par contre, puisque les équipes déployées comptaient un nombre restreint d'individus et de types d'emploi, les infirmières pouvaient également être apportées à effectuer d'autres tâches en dehors de leur étendue de pratique, elles que des tâches administratives ou la construction de tentes pour soigner les patients (Margalit et al., 2002). Une compréhension de la contribution des soins infirmiers dans le fonctionnement du SNT pourrait permettre de mieux comprendre les activités professionnelles et la contribution des infirmières au sein d'une équipe de soins en SNT.

Étant donné que les SNT ont été utilisés dans plusieurs pays et pour une variété de crises, nous avons une bonne compréhension des fonctions possibles pour ces sites. La nécessité de collaborer et coordonner les soins et services entre les différents milieux de soins et les SNT est bien documentée. Par contre, peu d'information est disponible concernant les recommandations des ratios personnel-usagers selon les différentes professions et les fonctions du SNT. De plus, plus d'information serait nécessaire sur les politiques et procédures spécifiques à prévoir, selon le type de SNT. Compte tenu de la pénurie de personnel importante présente durant la pandémie de la COVID-19, davantage de pistes de solution pour cette problématique seraient requises. Parallèlement, les facteurs favorisant et nuisant à l'expérience et la satisfaction des travailleurs de la santé dans les SNT sont peu étudiés et documentés. Cette étude pourrait permettre de

comprendre les ressources humaines et matérielles requises pour le fonctionnement d'un SNT accueillant des usagers atteints d'une maladie infectieuse transmissible, tel que la COVID-19. De plus, cette étude permettra de décrire la perception du personnel soignant et des gestionnaires sur les sphères qui contribuent au bon fonctionnement d'un SNT accueillant des usagers atteints de la COVID-19. Leur perception de la collaboration et la coordination avec les autres milieux de soins, des politiques et procédures qui étaient en place ou manquantes et des facteurs influençant leur satisfaction au travail pourrait permettre de mieux prévoir l'organisation des services de santé dans de futures SNT. Cette étude pourrait également permettre de mieux comprendre la composition des équipes de soins requises dans ce type de SNT, ainsi que les rôles et responsabilités requis pour différents titres d'emploi. La perception de l'étendue de pratique des infirmières ainsi que de leurs rôles et responsabilités pourrait également permettre de comprendre leur contribution au sein d'une équipe de soins en SNT.

Chapitre 3- Méthodologie

Ce chapitre présente la méthode de recherche mixte utilisée afin d'examiner la capacité du SNT de la Place Bell à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé. Ce chapitre comprend le devis de recherche, une description du milieu, une description de la population et de l'échantillon, le processus de collecte et d'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les limites de cette étude.

3.1 Présentation du cas d'étude

Cette étude a été réalisée au CISSS de Laval, qui fut le centre responsable du déploiement du SNT de la Place Bell. Puisque le SNT de la Place Bell n'était plus opérationnel au moment de cette étude, aucune partie de cette étude n'y a été effectuée. Le SNT de la Place Bell a été choisi comme cas à analyser pour ce projet de recherche puisqu'il se démarque des SNT précédemment déployés au Québec. Une majorité des SNT déployés au Québec ont servi de site pour offrir des soins ambulatoires, notamment lors de campagne de vaccination (Direction de santé publique de Montréal, 2004). Plusieurs SNT déployés lors de cette pandémie ont cette même fonction et servent de lieu pour vacciner la population contre la COVID-19. Les fonctions du SNT de la Place Bell, soit d'accueillir des usagers atteints d'une maladie infectieuse et d'offrir des soins médicaux de base, ont donc peu été utilisées dans d'autres SNT au Québec. Ce projet de recherche sur le SNT de la Place Bell pourrait permettre d'avoir une meilleure compréhension des SNT ayant ces fonctions et de comprendre les facteurs influençant leur succès.

Le CISSS de Laval comprend deux hôpitaux, soit l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, d'où venait la majorité des usagers accueillis au SNT de la Place Bell, et l'Hôpital juif de réadaptation (Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval [CISSS de Laval], 2020b). Le CISSS de Laval compte également sept centres de services ambulatoires et multiservices de santé, six cliniques de prélèvements, sept CLSC, cinq CHSLD publics et dix CHSLD privés, sept centres de réadaptation et 23 GMF (CISSS de Laval, 2020b). En 2020, le CISSS de Laval a desservi une population d'environ 441 500 personnes (CISSS de Laval, 2020b). En 2020, 29% de la population était âgée de 45 à 64 ans, 9% de 65 et 74 ans et 9% de 75 ans et plus (CISSS de Laval, 2020b).

3.2 Devis de recherche

Un devis mixte convergent a été utilisé afin d'atteindre le but et les objectifs de recherche. L'étude comportait donc un volet quantitatif ainsi qu'un volet qualitatif, qui ont été effectués de façons concomitantes. Le devis mixte convergent a été utilisé afin de permettre la comparaison des données quantitatives et qualitatives en plus de permettre l'assimilation des données (Pluye, 2019).

3.2.1 Volet quantitatif

Une analyse descriptive des données quantitatives récoltées par le CISSS de Laval a été effectuée afin de décrire les services produits et les ressources utilisées au SNT de la Place Bell. L'information concernant les services produits inclut les activités effectuées ainsi que l'information concernant le séjour des usagers. L'information concernant les ressources utilisées inclut les ressources humaines et matérielles requises pour le fonctionnement du site. Les couts associés au déploiement et au fonctionnement du site ont également été décrits et catégorisés afin de faire une estimation du cout total du projet.

3.2.2 Volet qualitatif

L'approche qualitative a été utilisée afin de décrire l'expérience vécue de différents acteurs qui ont participé au déploiement et fonctionnement du site. L'étude s'est déroulée a posteriori, constituant donc un retour sur leur expérience vécue dans l'environnement naturel du SNT de la Place Bell (Miles et Hernandez Jozefowicz-Simbeni, 2019). Des entrevues semi-dirigées ont été conduites avec des professionnels, des non professionnels et un gestionnaire qui ont travaillé au site afin de décrire leur expérience à l'égard du fonctionnement du site.

L'école de pensée de Yin a été utilisée pour la méthodologie du volet qualitatif de cette étude de cas. Tel que convenu dans la méthodologie de Yin, le processus de collecte et d'analyse des données a été détaillé et planifié rigoureusement avant le début de la collecte de données (Yazan, 2015). La description de la composition de l'échantillon souhaitée, les questions exhaustives du guide d'entrevues ainsi que la planification des techniques d'analyse des données qui ont été utilisées font en sorte que cette étude de cas a été menée de façon structurée selon l'école de pensée de Yin. De plus, l'école de pensée de Yin favorise une collecte de données

structurée et effectuée de façon distincte de l'analyse des données (Yazan, 2015), ce qui a été fait au cours de cette étude. La collecte de données a débuté à un moment précis et il n'y a pas eu de retour à la collecte de données une fois l'analyse de celles-ci débutée. Afin d'assurer la validité interne des résultats, les similitudes et divergences entre les perspectives des participants ont été mises en évidence. Finalement, la combinaison de données qualitatives et quantitatives utilisées comme source de données dans cette étude de cas fait également partie de l'école de pensée de Yin (Yazan, 2015).

3.2.3 Devis de recherche mixte convergent

Les données quantitatives récoltées par le CISSS de Laval concernant les services produits et les ressources utilisées ont été intégrées aux données quantitatives concernant l'expérience des employés au site. Les similarités, les différences et les contradictions entre les données quantitatives et qualitatives ont été analysées afin d'examiner la capacité du site à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé (Pluye, 2019). L'assimilation des données quantitatives et qualitatives a permis une unification des résultats de l'étude afin de créer une interprétation globale de la capacité du site à remplir ses fonctions (Pluye, 2019).

3.3 Population et échantillon

La population à l'étude est composée de tous les types d'employés, de professionnels et de cadres qui ont travaillé au SNT de la Place Bell (Tableau 2). Ceci inclut une équipe de 44 employés composée d'un physiothérapeute, un travailleur social, un thérapeute en réadaptation physique, un ergothérapeute, un agent administratif, deux employés en prévention et contrôle des infections, des infirmières et infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et des aides de services. Cette population inclut également les administrateurs ayant travaillé sur le développement et le déploiement de ce site, au niveau des ressources humaines, de la direction des soins infirmiers et de la direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique (DQEPE). Pour le volet quantitatif de cette étude, la population était constituée du SNT de la Place Bell et des effectifs et ressources utilisées et des services produits.

Tableau II. Résumé des ressources humaines au SNT de la Place Bell

Nombre	Titre d'emploi
1	Chef de service
1	Physiothérapeute
1	Travailleur social
1	Thérapeute en réadaptation physique (TRP)
1	Ergothérapeute
1	Agente administrative
2	Coach en prévention et contrôle des infections (PCI)
11	Infirmières
3	Infirmières auxiliaires
1	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
13	Préposés aux bénéficiaires (PAB)
8	Aide de service/aide aux soins
Total : 44 employés	

Des professionnels de différentes disciplines ainsi que des non-professionnels ont été recrutés. L'échantillon inclut également une combinaison d'employés qui ont conservé leurs fonctions respectives lors du changement de milieu de travail et d'employés qui ont vu leurs rôles et responsabilités changer en venant travailler au SNT de la Place Bell.

Le seul critère d'exclusion pour les participants était d'avoir travaillé moins de cinq quarts de travail au SNT de la Place Bell. Ce critère d'exclusion a été établi afin que les participants retenus pour les entrevues individuelles aient eu une expérience significative et soutenue dans ce milieu.

3.3.1 Le processus d'échantillonnage

Le recrutement des participants s'est effectué par l'envoi de deux courriels de recrutements à l'ensemble des employés ayant travaillé au SNT de la Place Bell durant sa période d'opération. Deux courriels de recrutement des participants ont été envoyés à cinq

semaines d'intervalle par la chef de service du SNT de la Place Bell aux employés du CISSS de Laval et aux employés embauchés par la plateforme de recrutement. Tous les employés ayant manifesté leur intérêt à participer à l'étude respectaient les critères d'inclusion. Tous les employés désirant participer à l'étude ont été inclus dans l'étude.

Une diversité interne des participants était souhaitée, incluant des professionnelles de différentes disciplines, de différents milieux de soins, réaffectés de façon volontaire et involontaire ainsi qu'une combinaison d'employés du CISSS de Laval et d'employés recrutés par la plateforme de recrutement Je Contribue.

3.3.2 La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été de sept participants, incluant six professionnels et non professionnels ainsi qu'un gestionnaire. Malgré la tentative d'inclure une combinaison d'employés du CISSS de Laval et des employés recrutés par la plateforme de recrutement Je Contribue, seuls des employés du CISSS de Laval ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. La diversification interne concernant les travailleurs du SNT a été cherchée en incluant des professionnels et des non professionnels, des professionnels d'une variété de discipline, des participants avec de l'expérience dans différents milieux de soins ainsi qu'une combinaison d'employé réaffecté de façon volontaire et involontaire s'est naturellement produite. Deux infirmières ainsi qu'une infirmière gestionnaire font partie de l'échantillon de cette étude. Le tableau 3 présente la composition des participants de l'étude.

Tableau III. Composition des participants de l'étude

Nombre	Titre d'emploi
1	Chef de service
1	Travailleur social
1	Ergothérapeute
2	Infirmières
1	Infirmière auxiliaire
1	Préposé aux bénéficiaires (PAB)
Total : 7 participants	

Le faible échantillon peut être causé par la petite population à l'étude. De plus, puisque les entrevues ont eu lieu durant la quatrième vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec et que les participants ciblés pour cette étude sont des travailleurs de la santé, le moment de déroulement de l'étude peut avoir eu un impact sur le nombre de participants. Un gestionnaire impliqué dans le développement du projet du SNT de la Place Bell a pris sa retraite et n'a pas pu être rejoint par l'étudiante-chercheuse. Un autre gestionnaire qui était impliqué dans le projet du SNT de la Place Bell était impliqué dans la campagne de vaccination au moment de l'étude et n'a pu participer à l'étude par manque de temps.

3.4 Collecte de données

3.4.1 Collecte de données quantitatives

Afin de décrire les services produits et les ressources utilisées pour le déploiement et la période de fonctionnement du site, des données ont été demandées au CISSS de Laval. La description quantitative du SNT de la Place Bell s'est donc faite à partir de données existantes que le CISSS de Laval détenait par rapport aux activités de ce site. La DQEPE a transmis l'information à l'étudiante-chercheuse quant à la durée de séjour des usagers au SNT ainsi que toute l'information demandée quant aux services rendus par le SNT et l'état de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé qui sont énumérés dans le tableau 4 ci-dessous. La DQEPE a transmis l'information relative aux séjours des usagers sous forme de différents tableaux Excel, un énumérant le nombre d'usagers présents pour chaque jour que le SNT a été opérationnel et la durée de séjour de chaque usager présenté de façon anonymisée. Un autre tableau a été transmis pour décrire l'état de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé avant, durant et après la période de fonctionnement du site et divisé par période, incluant le nombre de jours de présence pour l'ensemble des usagers, la capacité d'accueil, le taux d'occupation et le nombre d'usagers atteints de la COVID à l'hôpital.

La direction des ressources financières a transmis l'information reliée aux coûts du site, également énumérés dans le tableau 4. Les données relatives aux coûts ont été envoyées à l'étudiante-chercheuse sous forme de tableaux Excel, incluant une liste détaillée de chaque dépense incluant la catégorie de dépense, le coût, la date et une description de chaque dépense.

Les catégories présent dans le tableau Excel faisaient référence aux groupes préétablis par la direction des ressources financières, soient les salaires en heures régulières, les salaires en temps supplémentaire, les primes, les avantages sociaux, les charges sociales, la main-d'oeuvre indépendante, les fournitures médicales et chirurgicales, les fournitures divers, les frais d'administration ainsi que les frais relatifs au fonctionnement et à l'entretien. Les données relatives aux ressources humaines du tableau 4 ont été transmises à l'étudiante-chercheuse par la chef de service. Ceci inclut notamment les horaires de l'ensemble des employés qui ont été anonymisés afin d'empêcher leur réidentification ainsi que les tableaux des ratios d'employés par titre d'emploi utilisé au site. La chef de service a également transmis l'information à l'étudiante-chercheuse quant au nombre de décès au site et de transfert à l'hôpital lors de l'entrevue semi-dirigée.

Afin de décrire les services produits, les critères d'inclusion et d'exclusion d'admission au SNT ont également été demandés à la chef de service par l'étudiante-chercheuse.

Tableau IV. Résumé des éléments de la collecte de données quantitatives

Profils des usagers	Services rendus	Ressources humaines	Milieu hospitalier	Coûts
<ul style="list-style-type: none"> -Durée de séjour -Nombre de transfert à l'hôpital -Nombre de décès au site 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacité d'accueil -Nombre d'admissions -Nombre d'utilisateurs présents au site à chaque jour 	<ul style="list-style-type: none"> - Titre d'emploi - Fonction au SNT - Provenance <p><u>Total :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'employés/quart de travail - Nombre d'employés par titre d'emploi/quart de travail 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'occupation à l'hôpital avant, durant et après l'ouverture du SNT -Nombre d'utilisateurs atteints de la COVID à l'hôpital avant, durant et après l'ouverture du SNT 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines - Équipements - Matériels - Coûts de location du site - Construction et rénovation du site - Autre coûts

3.4.2 Collecte de données qualitatives

Puisqu'un des objectifs de cette étude est de décrire l'expérience de travail au SNT de la Place Bell pour un petit nombre de participants, la collecte de données s'est déroulée sous forme d'entrevues individuelles semi-dirigées (Creswell et Poth, 2018). Le format semi-dirigé des entrevues a permis aux participants de décrire leurs expériences variées en profondeur (Gaudet, Robert et Lavoie, 2018). Considérant les défis et les restrictions qu'apportent les mesures sanitaires liées à la pandémie de la COVID-19, les entrevues ont eu lieu par Zoom et Teams, deux plateformes numériques sécurisées avec un accès à un microphone et une caméra pour le participant et l'étudiante-chercheuse. La durée moyenne des entrevues avec les participants a été de 59 minutes. Les thématiques abordées dans l'entrevue ont inclus les thématiques présentées en problématique et dans la recension des écrits, incluant les ressources humaines, les politiques et procédures, la satisfaction au travail du personnel soignant et la coordination et la collaboration avec les autres milieux. Lors des entrevues avec les infirmières, des questions plus spécifiques en lien avec la description de leurs activités professionnelles et leurs autres responsabilités, une comparaison avec leurs activités en milieu traditionnel et leur étendue de pratique ont été demandées. Lors de l'entrevue avec la gestionnaire infirmière, des questions en lien avec l'influence de sa profession d'infirmière sur la gestion du site ainsi que ses activités professionnelles ont été posées. Les aspects relationnels et subjectifs de chaque participant ainsi que d'autres thématiques émergentes ont également été abordés.

À la fin de l'entrevue, un questionnaire socio démographique a été rempli par l'étudiante-chercheuse pour chaque participant. L'étudiante-chercheuse a rempli le questionnaire avec l'information récoltée au cours de l'entrevue. Si certaines questions n'avaient pas été répondues au fil de l'entrevue, l'étudiante-chercheuse les a complétés à l'aide du participant à la fin de l'entrevue.

3.4.3 Le processus de recrutement

Afin d'assurer la confidentialité des dossiers d'emploi, le gestionnaire qui était responsable du SNT de la Place Bell a contacté les employés ayant travaillé au site afin de leur présenter cette étude. Les employés désirant participer à l'étude ont contacté l'étudiante-chercheuse, qui leur a décrit l'étude en détail avec l'envoi d'un courriel de recrutement.

3.4.4 Le guide d'entretien

Puisque les données qualitatives de cette étude ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées, un guide d'entretien a servi de canevas aux données qui ont été analysées. Les questions du guide d'entrevues ont été rédigées afin d'atteindre les objectifs de l'étude et selon les thèmes importants ressortis lors de la recension des écrits. Le cadre théorique HoSPiCOVID a également été utilisé pour élaborer le guide d'entretien. Certaines questions du guide d'entretien ont été élaborées afin de vérifier l'impact du projet du SNT de la Place Bell sur certaines sphères incluses dans ce cadre conceptuel. Ceci inclut notamment les sphères des ressources humaines, de la planification et de la sécurité, du management et de la communication, de la gouvernance et du soutien.

3.5 Analyse des données

3.5.1 Analyses statistiques

Une analyse descriptive a été utilisée afin de décrire les services rendus par le SNT de la Place Bell. Le logiciel Excel a été utilisé. La durée de séjour et le nombre d'utilisateurs présents à un moment ont été décrits à l'aide de la moyenne et des valeurs minimale et maximale, qui ont été calculées par l'étudiante-chercheuse à partir du tableau énumérant la durée de séjour de chaque utilisateur et celui énumérant le nombre d'utilisateurs présent au site pour chaque jour. Le taux d'occupation moyen, minimal et maximal ont été calculés par l'étudiante-chercheuse selon la capacité d'accueil de 50 utilisateurs au site et en utilisant le tableau énumérant le nombre d'utilisateurs présents au site à chaque jour.

Les ressources humaines utilisées ont également été présentées sous forme d'analyse descriptive. Le nombre d'employés est présenté par titre d'emploi. Le nombre d'employés par titre d'emploi a été analysé selon le nombre de patients présent, sous forme de ratio personnel-patient. La provenance des employés de l'organisation et de la plateforme de recrutement a été catégorisée afin d'être présentée en pourcentage.

Les taux d'occupation à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé avant l'ouverture du SNT, durant la période de fonctionnement du SNT et suite à la fermeture du site ont été comparés. Le nombre

d'usagers atteints de la COVID-19 à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a été comparé avant l'ouverture du site, durant sa période de fonctionnement et suite à sa fermeture. Les données ont été utilisés tels que transmis par le CISSS de Laval afin de comparer les résultats.

Les couts du déploiement et du fonctionnement du SNT ont été présentés en catégorie selon le type de dépense et ont été additionnés afin de faire une estimation du cout total du projet. Le cout par nuit a été calculé en divisant le cout total du projet par la somme des nuits de tous les usagers. Le cout par séjour a été calculé en divisant le cout total du projet par le nombre total d'usagers admis.

3.5.2 Analyse des données qualitatives

Une approche hybride incluant initialement une approche déductive et par la suite une approche inductive ont été utilisées lors de l'analyse thématique des données qualitatives. Les entrevues ont toutes été enregistrées, avec l'accord des participants. L'étudiante-chercheuse a ensuite effectué la transcription des verbatims des entrevues dans le logiciel Word. Les transcriptions ont ensuite été importées dans le logiciel de traitement de données QDA Miner pour le codage des entrevues. L'arbre des codes est présenté dans l'annexe G.

L'étudiante-chercheuse a d'abord utilisé une approche déductive pour l'analyse des données qualitatives, en organisant les extraits pertinents selon des catégories créées à l'aide de sphères du cadre conceptuel HoSPiCOVID. Les thèmes repérés lors de la recension des écrits ont également servi à créer des catégories et sous-catégories pour classer les extraits pertinents. Par la suite, une approche inductive a permis de faire émerger certains thèmes des entrevues. Un processus de double codage a été effectué pour deux entrevues afin de vérifier l'utilisation des catégories et sous-catégories et l'interprétation de différents verbatims. Les réponses des participants ont été analysées afin d'identifier des ressemblances et divergences dans leurs expériences. Les données ont également été analysées par catégories afin d'identifier des ressemblances et divergences dans les perspectives du fonctionnement du site, selon les différentes sphères du cadre conceptuel HoSPiCOVID.

3.5.3 Analyse mixte des données

À la suite de l'analyse individuelle des données quantitatives et qualitatives, l'étudiante-chercheuse a utilisé un devis mixte convergent afin de poursuivre l'analyse des données. L'étudiante-chercheuse a combiné les résultats afin de poser un jugement sur l'efficacité du SNT de la Place Bell à remplir ses fonctions. Les données quantitatives concernant les services produits et les ressources utilisées ont été juxtaposées à l'expérience des professionnels afin de créer une représentation plus complète de l'efficacité du site. Les thématiques explorées dans les entrevues individuelles ont été associées aux données quantitatives connexes. Les similarités, les différences et les contradictions entre les données qualitatives et quantitatives ont été analysées (Pluye, 2019). Par la suite, les données ont été assimilées afin de créer une interprétation globale de la capacité du site à remplir ses fonctions (Pluye, 2019). L'unification des données quantitatives et qualitatives a permis de répondre au but de l'étude.

3.6 Considérations éthiques

Le projet a été soumis au comité d'éthique du CISSS de Laval et ensuite à celui du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Le numéro de certificat du comité d'éthique du CISSS de Laval est le 2022-730. Afin d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part des participants, une explication claire du but de l'étude, du déroulement et des implications attendus des participants a été donnée. Les participants ont également été avisés qu'ils étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment. Un formulaire de consentement a été rempli et signé par chacun des participants avant son entrevue et une copie du formulaire lui a été remise. Une période de réflexion d'au moins une semaine a été prévue entre la réception du formulaire d'information et de consentement et le début de l'entrevue avec le participant. Les participants avaient la possibilité de contacter l'étudiante-chercheuse afin de poser des questions suite à l'envoi du formulaire d'information et de consentement. L'indépendance de l'étudiante-chercheuse par rapport au CISSS de Laval a été expliquée aux participants.

Les entrevues virtuelles ainsi que les questionnaires sociodémographiques des participants ont seulement été accessibles par l'étudiante-chercheuse et les directeurs de mémoire. Les participants ont été identifiés à l'aide de nom fictif dans la transcription des

entrevues. Les données de l'étude seront publiées avec ces noms fictifs. Cette information a également été expliquée aux participants avant d'obtenir leur consentement.

Chapitre 4- Résultats

La première partie de cette section consiste à la présentation d'un article sur la capacité du SNT de la Place Bell à remplir ses fonctions afin de libérer des lits à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. L'article présenté n'a pas encore été soumis à une revue scientifique. La seconde partie de cette section présente des résultats complémentaires à ceux de l'article, incluant une description de la pratique infirmière et du rôle d'une infirmière gestionnaire en contexte de SNT, la gestion interne du site au sein de l'organisation ainsi que l'expérience de travail et les effets sur la santé psychologique des employés du site.

4.1 Article des résultats de l'étude

Freeing up hospital beds during COVID-19: A case study of an alternate care site in the Greater Montreal Area

Casey Coleman-Marcil, inf., Candidate. M.Sc ^a, Arnaud Duhoux, Ph.D. ^{a b}, Pierre-Marie-David ^b
^c, Ph.D.

^a Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal QC Canada H3C 3J7

^b Pole 1 de recherche (Transformation des pratiques cliniques et organisationnelles) du CISSS de
Laval
CRCLM (Centre de recherche Charles-Le Moyne)

^c Université de Montréal, Faculté de Pharmacie
C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal QC Canada H3C 3J7

Goal: The aim of this study was to examine the ability of an alternate care site (ACS) in the Greater Montreal Area to fulfill its role in freeing up beds in a hospital by admitting patients with COVID-19. We described the services produced by the ACS as well as their impact on the organization's hospital capacity. We described the resources utilized and aimed to comprehend their use in supporting the fulfilment of the site's functions. An analysis of the site's efficiency was made by posing a judgement on the services produced in relation to the resources utilized by comparing to other ACS and alternate solutions in the Quebec healthcare system.

Methods: A convergent mixed methods design was used in order to jointly analyze the qualitative and quantitative data as well as to allow for the assimilation of the data. A descriptive analysis of the quantitative results obtained from the organization for the services produced and resources utilized was performed. Semi-structured interviews were performed with seven participants of various professional backgrounds.

Results: The aim of the ACS evolved according to the needs of the population and the resources available. The ACS had a 50-bed capacity and was operational for 42 days. The average occupancy was of 13.9 patients and the average occupancy rate was 28%. The average length of stay was 21.0 days. The ACS admitted a total of 27 patients, representing 29% of the total hospitalized patients with COVID-19 that had been admitted at the affiliated hospital. The ACS seemed to have opened late during Quebec's first wave of the pandemic, resulting in a low occupancy rate.

The team was made up of healthcare workers from various disciplines. The ACS functioned with 50% of its workforce not having any formal training or experience in the healthcare field. The presence of recruited unskilled employees increased the workload of the other professionals but also helped create a positive work environment through their motivation and willingness to learn. The staff-to-patient ratio seemed appropriate when considering the additional workload required in the ACS, including the adjustments in the environment and the protocols and processes, the supervision and training of unskilled employees, the infection prevention and control procedures and the work organization in a non-traditional setting.

The cost per night at the ACS was higher than that of a long-term care facility, which offers similar services, but lower than the cost per night in the affiliated hospital. However, when considering that some of the patients admitted at the ACS would have otherwise stayed at the hospital, the ACS was a cost-effective alternative.

Conclusion: The ACS was effective in increasing the capacity of the organization and maintaining the occupancy rate of the hospital at an acceptable level. Considering the crisis and urgency of the situation as well as the more costly possible alternatives, the ACS remained a cost-efficient solution.

Keywords: COVID-19, Alternate care site, case study, non-traditional care site

Introduction

In order to respond to the increased pressure on the healthcare system caused by the COVID-19 pandemic, several countries deployed alternate care sites (ACS) to serve different functions. Shelter hospitals were rapidly created in China by converting existing public infrastructures in large-scale healthcare facilities (Chen et al., 2020). These facilities primarily served as sites to isolate infectious individuals with mild to moderate symptoms in order to reduce the spread of the virus (Chen et al., 2020). They also served as sites offering medical care and monitoring, food and shelter, social activities and served as a triage site that transferred patients with severe symptoms to nearby hospitals. (Chen et al., 2020). ACS were also created in order to offload the volume of patients in hospitals by offering basic medical services to patients with mild to moderate symptoms (Breyre et al., 2021; Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020; Mathews et al., 2020). Other ACS were created to offer intensive care to critically ill patients with COVID-19 (Déserts et al., 2020). Certain ACS were also created to admit homeless COVID-19 patients (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020).

In Quebec, the first case of COVID-19 was declared on February 27th, 2020 and on March 13th, 2020 the Government of Quebec declared the pandemic state of emergency (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021). During the first wave of the pandemic, identified as the period between March 1st, 2020 and July 27th, 2020 (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2020), the number of cases increased and created a pressure on the healthcare system leading to an increase demand for hospital resources (INESSS, 2020a). In order to respond to the increased demand, the Government of Quebec created a surge protocol with directives for short-term care facilities. This protocol required that hospitals implement mechanisms to increase their capacities in short-term care units to 200%-300% of their baseline capacities (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2020) To achieve this, several integrated health and social services centers (CISSS) deployed ACS in their communities. This study analyzed an ACS that was deployed in the Greater Montreal area in order to free up beds in a hospital by admitting patients with COVID-19. It offered limited medical care to low-acuity patients with COVID-19.

The functions of this ACS were different than those of the ACS previously deployed in Quebec before the pandemic. Previous sites mainly served as sites that offered ambulatory care but have rarely offered in-patient services. ACS were used during mass vaccination campaigns, including the yearly influenza vaccination (Direction de santé publique de Montréal, 2004), H1N1 pandemic (INSPQ, 2011) and more recently the COVID-19 pandemic (Gouvernement du Québec, 2021b). These campaigns took place in various non-traditional sites, including schools, community centers and malls (Direction de santé publique de Montréal, 2004; Gouvernement du Québec, 2021). Although plans and protocols had been developed for ACS providing in-patients services during a pandemic, especially during a potential influenza pandemic, those sites had never been deployed (Gouvernement du Canada, 2017; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007; Gouvernement du Québec 2006; INSPQ, 2006). Therefore, this ACS in the Greater Montreal Area is part of the first ACS deployed in the province in order to admit patients and provide non-acute medical services. It also stands out by its particular functions, including the isolation of patients infected with a contagious disease and post-acute medical services.

The aim of this study was to examine the ability of the site to fulfill its role in offloading the volume of patients in the hospital that was affiliated to the ACS by admitting patients with COVID-19. Table 1 presents the functions that the site aimed to achieve in order to fulfill its role. To reach this aim, this study had three main objectives; 1) to describe the services produced by the ACS as well as its impact on the hospital's capacity 2) to describe the resources utilized and understand their use in supporting the fulfilment of the site's functions 3) To analyze the site's efficiency by posing a judgement on the services produced in relation to the resources utilized.

Table 1. Intended functions of the Bell ACS

Isolation of infectious COVID-19 patients
Offering post-acute medical services to stable infectious COVID-19 patients
Contributing to offloading the volume of patients in the affiliated hospital

To ensure a timely response during the first wave of the pandemic, the Bell ACS was deployed in efforts to offload patient volume in the hospital. The Bell ACS was deployed during the first wave of the pandemic, when the number of cases had already started to increase, and not in preparation of this wave. The ACS operated using limited human resources and an extensive budget. An examination of this site can create a better understanding of its efficiency in comparison to more traditional care sites. It can also enable us to understand the factors contributing and hindering these types of sites from reaching their objectives. This study can help support decisions on the ways to organize and provide healthcare services during future COVID-19 waves or other crises situations.

Methods

This study was conducted using a convergent mixed methods design. The quantitative and qualitative parts of this study took place concurrently (Pluye, 2019). The study was performed retrospectively, after the closing of the Bell ACS. Yin's approach to case studies was used throughout the planning, data collection and data analysis steps of the qualitative part of this study (Yazan, 2015). The HoSPiCOVID conceptual framework was used throughout this study (Ridde et al., 2021). This framework was developed as a part of an international study aimed at analyzing the resilience of the public healthcare system, hospitals and healthcare professionals (Ridde et al., 2021). According to this conceptual framework, crisis situations lead to resilience processes that have an impact on various aspects of the hospital system including the governance, support, human resources, professional values, finances, planning and security, system specificities, management and communication, information systems and the hospital context (Ridde et al., 2021). This conceptual framework is used throughout this study as a guide for the data collection and analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the organization as well as the impact of the ACS on these same spheres. Dimensions of this framework were used as themes in the interview guide, including human resources, planning and security, management and communication, governance and support.

Description and operation of the ACS

The study was conducted in an integrated health and social services center (CISSS) of the Greater Montreal Area. The Bell ACS was built on the ice skating rink of a community sports

center. It was operational from May 15th 2020 to June 26th 2020, during the first wave of the COVID-19 pandemic in Quebec. The ACS had a 50-bed capacity. The patients admitted to this site were those with a confirmed COVID-19 diagnosis who had previously been admitted to the affiliated hospital in the CISSS. The affiliated hospital had a 461-bed capacity. The human resources at the site were composed of reassigned employees from the CISSS as well as employees that had been hired from an online recruitment platform. The provincial government created the online recruitment platform in order to recruit additional employees in the healthcare sector during the COVID-19 pandemic (<https://jecontribuecovid19.gouv.qc.ca>). The individuals recruited by this platform came from various professional backgrounds and were not required to have any formal training or experience in healthcare. For example, these individuals had professional backgrounds in acting, law and sales. The employees that were reassigned from their previous functions in the organization came from various disciplines and affiliated settings. While nurses, licensed practical nurses and orderlies were reassigned to the Bell ACS with the same roles, other professionals were reassigned to the site to act as orderlies and service aides. This was the case for the occupational therapist, the physiotherapist and the physical therapy technicians who were reassigned to the site as orderlies but who eventually also kept their professional roles at the site. The recruited employees without training acted as orderlies and service aides.

The Bell ACS offered its services to medically stable post-acute patients. The patients admitted could require rehabilitation services but those without rehabilitation potential were also admitted. An exclusion criteria for patients to be admitted at the site included patients wishing to receive resuscitation services if required. Only patients with levels of care B, C or D² without intubation or non-invasive ventilation services were admitted. Exclusion criteria also included requiring more than 4 liters/minutes of oxygen therapy. Patients with behavioral disorders, active delirium or aggressivity or agitation were also part of the exclusion criteria. These criteria could have contributed having fewer potential patients that could be admitted to the site.

² A document completed by the patient or their representative and the physician to determine the level of care they wish to receive. According to the form (MSSS, 2016) level of care A aims to provide services with the goal to “prolong life with all necessary care”. Level of care B aims to provide care that “prolongs life with some limitations to care”, while level of care C “ensures comfort as a priority over prolonging life”. Level of care D aims to “ensure comfort without prolonging life”.

Data collection

The quantitative data was obtained from the Department of Quality, Evaluation, Performance and Ethics (DQEPE) of the organization that deployed the ACS. The department provided raw data pertaining to the stays of the patients and the human resources utilized. The costs associated with the site were provided using a complete list of the description and the amount of all expenses and were categorized by type of expense. The occupation rates and number of COVID-19 patients at the affiliated hospital were provided as totals for each three consecutive period before and after the operational period of the site, as well as for the period that included the operational period of the site. The organization also provided the information pertaining to the different staff-to-patient ratios suggested for the site. The unit manager provided the anonymized healthcare team's schedules.

The data collection for the qualitative portion of this study was obtained through the use of semi-structured interviews. The interviews were conducted through videoconferencing platforms and on the phone due to the sanitary restrictions that were in place. The different themes discussed in these interviews included those described in the conceptual framework such as human resources, work organization, politics and procedures, workplace satisfaction, management and communication, as well as other themes that emerged throughout the interviews. At the end of the interviews, participants were asked questions to complete a sociodemographic questionnaire. To ensure the confidentiality of all the employees having worked at the site from the research team, the unit manager performed the recruitment of the participants over email and only the interested participants contacted the researchers by email. The only inclusion criterion for the participants to be admissible to the study was to have worked at least five shifts at the Bell ACS. A total of 44 employees worked at the site including professionals from various backgrounds. Seven participants manifested their interest in participating in the study. All participants met the inclusion criterion and were interviewed in order to describe their experience with regards to the site's operation. The inclusion and exclusion criteria for patient admission to the site and the dates corresponding to the operational period were also obtained from the organization.

Participants' characteristics

Five participants were women and two participants were men. The group was composed of a unit manager, an occupational therapist, an orderly, two nurses, one licensed practical nurse and one social worker. All the participants were employees of the organization and no participants had been hired through the online recruitment platform. Two employees had volunteered to be reassigned while the five other employees had been required to be reassigned by the organization. The average age of the participants was 33.8 years (range= 23-40 years). The average number of years of experience was eight years (range= 2-19 years). Seven participants worked on the day shift and one participant worked on the night shift. All the participants worked full-time at the site. Three participants worked at the site during its entire operational period of six weeks, two participants worked at the site for five weeks and one participant worked at the site for four weeks. All the participants worked exclusively at the site during this period.

Data analysis

A descriptive analysis was performed using the quantitative data. The average, minimum and maximum occupancy were calculated using the raw data of the number of patients present each day at the site. The average, minimum and maximum occupancy rate were also calculated based on this raw data and according to a 50-bed capacity. The average, minimum and maximum length of stays were calculated using the raw data of the length of stay of each of the 27 patients. The site's expenses were categorized and the percentages of each category relative to the total cost were calculated. The cost per night was calculated using the total cost of the project divided by the sum of the nights of all patient stays. The cost per stay was calculated using the total cost of the project divided by the total number of patients admitted.

Verbatim transcriptions were completed for all seven semi-structured interviews performed. A deductive approach was initially used in order to organize the verbatim according to categories that have been established based on the HosPiCOVID conceptual framework. Subsequently, an inductive approach was used in order to develop additional themes that had emerged during the interviews. The data was analyzed by categories in order to identify

similarities and differences in the participants' perspective of the site's operation, according to the different conceptual framework categories.

The similarities, differences and contradictions between the quantitative and qualitative data were analyzed. Data assimilation was performed in order to create a global interpretation of the site's ability to fulfill its role and create an understanding of the human resources utilization at the site (Pluye, 2019).

Results

The evolution of the aim of the site

The Bell ACS's main aim was to offload the volume of patients in an affiliated hospital in the Greater Montreal Area by admitting patients with COVID-19. The unit manager described how this aim quickly evolved to a site that offered rehabilitation services to patients that had been hospitalized due to the presence of different rehabilitation professionals amongst the team. The initial aim of the site did not include rehabilitation services, since the professionals were not part of the initial team composition. The rehabilitation professionals joined the team either by being reassigned to the site or by being recruited through the online platform for other positions. Firstly, an occupational therapist from within the organization had been reassigned to this site in order to help as an orderly. In addition, after discussion with the recruited employees, the unit manager realized one of the employees was a trained physiotherapist and another employee was a physical therapy technician. The unit manager explained how she decided to expand their role as service aides to also include their professional rehabilitation roles. Although the site continued to admit patients that did not require rehabilitation services, the aim of the site evolved to offer these services to patients that had been hospitalized and had diminished autonomy. The unit manager described the site's new role as “rehabilitating and reconditioning [the patients] to allow them to go back to their intermediate resource and homes” [Free translation] (Unit manager). The ACS also became a site that served as a social environment for isolated patients. Since all the patients that were admitted to the site were positive for COVID-19, the unit manager decided to authorize the creation of common areas and the interaction between the patients. The configuration of the ACS in which the employees kept their protective equipment throughout the day and did not remove them when leaving each patient's room was also stated

by several participants as an enabling factor to creating a social environment for the patients, since the employees were more likely to remain in the common areas in between tasks.

Although the site was initially deployed in order to transfer patients that had been admitted to the affiliated hospital, the site eventually evolved to accept admissions from other directions and services part of the organization. The unit manager explained that due to the low occupancy rate and the difficulty in finding new patients to admit from the hospital, the inclusion criteria evolved to include patients from other services. However, even after extending the inclusion criteria, the unit manager was only able to admit one additional patient from the direction of disability programs (DPD) that respected the other inclusion criteria. While the evolution of the aim of the site eventually led to a duplication of certain services amongst the organization, it enabled the ACS to provide services that responded to the needs of the population. The ACS was able to offer additional services that required limited additional financial resources and no additional human resources.

The Bell ACS fulfilled the initial functions that were intended for the site. The ACS was also able to take on additional functions than the ones that were initially intended for the site. The presence of rehabilitation professionals and the creation of common areas for the isolated patients enabled the site to offer inpatient rehabilitation services and a socializing environment. Table 2 summarized the actual functions fulfilled by the Bell ACS.

Table 2. Actual functions fulfilled by the Bell ACS

To isolate infectious patients
To offer post-acute medical services to stable infectious patients
To contribute to offloading the volume of patients in the affiliated hospital
To offer inpatient rehabilitation services
To offer a social environment for isolated infectious patients

The ACS occupancy

The Bell ACS had a 50-bed capacity. During its 42-day operational period, the site admitted 27 patients. The average occupancy was of 13.9 patients (range= 3-19 patients) and the

average occupancy rate was 28% (range= 6-38%). The average length of stay was 21.0 days with a range between 2 and 38 days. Two consecutive negative PCR tests were required for the patients to be discharged, which contributed to increasing the length of stay. According to the social worker responsible for the discharge planning of the patients, stays were oftentimes prolonged due to positive results obtained after an initial negative result. The subsequent changes made to these governmental guidelines where negative results were not necessary for patients to be discharged could have decreased the length of stay of several patients present at this site.

Several participants discussed the low occupancy rate of the site in their interviews. A licensed practical nurse (LPN) explained her disappointment that not more patients were able to benefit from this site. She stated that it was shocking to see the poor conditions in hospitals and long-term care facilities while the ACS was not at full capacity. The unit manager also explained her disappointment in the low occupancy rate:

What is a shame is that we had a theoretical capacity of 50 patients and we never reached it, ever. We kind of opened too late. Because when we opened, there were 120 COVID-19 [positive] patients at the hospital. But after two months, our relevance wasn't there anymore. I remember really well how at one moment I was not able to get patients [for admission] from the hospital. [Free translation] (Unit manager).

The occupational therapist at the site also explained that the low occupancy rate could be the main manner in which the site did not fulfill its function. She also gave a possible explanation for the low occupancy rate: "My theory, I don't know if it was the case, was that [the site] opened too late and that by the end the wave had started to lower and we had less patients than we had planned for" [Free translation] (Occupational therapist). Several participants identified the low occupancy rate as the main shortcoming of the ACS.

No patients were readmitted to the hospital from the Bell ACS. One death occurred at the site; a patient with COVID-19 who was in palliative care for an unrelated illness prior to admission at the site.

The importance of the healthcare team composition

The healthcare team was composed of 22 recruited voluntary employees and 22 employees from the organization that were reassigned to the Bell ACS. Therefore, the ACS operated with 50% of its workforce not having any formal training or experience in the

healthcare field. Although all participants appreciated the help received from the recruited employees, some explained how their presence added to their workloads due to the increased training and mentoring required. This was the case for the only trained orderly, who took on a leadership role in the team and trained several colleagues. The nurse on the night shift that had two years of experience also took a leadership role in his team composed of fewer trained and experienced workers than the day and evening shifts. He stated:

I soon realized that as a nurse we become a big leadership figure. Even though I was only 23 years old, I sort of became the manager for the security personnel who came to ask questions, the candidate for the profession of nursing (CPN) that asked questions and the service aides that asked for advice. I sort of became a person of reference for the night team. [Free translation] (Nurse 2)

Although the presence of recruited unskilled employees increased the workload for others, all study participants unanimously described how their participation contributed to a positive work environment. When asked for recommendations for future ACS, the occupational therapist suggested including similar volunteer employees as she described them as assets because of their humanness, politeness and kindness. A nurse described how these recruited employees contributed to the positivity in the team by their motivation and willingness to learn. However, several participants stated the lack of skilled orderlies as a main difficulty at the site. Only one experienced orderly had been reassigned to the site and the others were reassigned professionals including an occupational therapist and physiotherapist or recruited employees. The unit manager adjusted the orderly-to-patient ratio when inexperienced employees were present, scheduling two inexperienced employee for each experienced orderly normally required. The lack of experienced orderlies seemed to have been compensated by the presence of various rehabilitation professionals in the team, including those recruited by the online platform, as well as the contribution of other professionals such as the nurses in assisting in the activities of daily living. Furthermore, the low-acuity of care seemed to have enabled the Bell ACS to function adequately with 50% of its workforce with no formal training or experience. Decisions in regards to the percentage of untrained employees and volunteers must consider the presence of reassigned rehabilitation professionals, the collaboration of all the professionals in providing help with activities of daily living and the acuity of care of the patients admitted. Despite the high percentage of untrained employees, the site was able to provide all services required and no service failure occurred.

Table 3 presents the total number of employees by job title on all work shifts combined. In addition to these employees, doctors visited patients every 48 to 72 hours and were available on-call. A Ministerial Order issued by the Government of Quebec that was put in place during the operational period of this site forced different job titles to work full-time. Therefore, nurses, licensed practical nurses and orderlies that were reassigned to this site all worked full-time. The employees recruited by the online platform could offer any availability they desired, with no minimum number of hours required. During the operational period of the site, no employee took any sick or personal days off, with the exception of one worker who had contracted COVID-19 in the community. No healthcare worker contracted COVID-19 while working at this site.

Table 3

Employee distribution by job title on all work shifts

Job title	Number
Unit manager	1
Nurse	11
Candidate for the profession of nursing (CPN)	1
Licensed practical nurse (LPN)	3
Administrative assistant	1
Orderlies	13
Service aide	8
Infection prevention and control coach	2
Occupational therapist	1
Physiotherapist	1
Physical therapy technician	1
Social worker	1
Total	44

The limited impact on the hospital's capacity

Table 4 presents the hospital's occupancy rate and number of patients admitted with COVID-19 during the Bell ACS's operational period as well as three periods prior and after.

During the site's operational period, a total of 93 patients were hospitalized at the affiliated hospital with a confirmed COVID-19 diagnosis. Of these 93 patients, 66 patients remained at the hospital, while 27 patients were transferred from the hospital to the Bell ACS. Therefore, the ACS admitted 29% of the patients with COVID-19 that were hospitalized at the affiliated hospital. As mentioned by several participants in this study and by observing the number of patients admitted with COVID-19 at the hospital, the Bell ACS seems to have opened late during Quebec's first wave. Considering the average length of stay of the patients admitted and the number of cases in the two previous periods, it is possible that the site would have reached its full capacity if it had been operational during previous periods. A slight decrease in the occupancy rate can be observed during the operational period of the Bell ACS. However, this can be due to other factors, including a decline in the number of cases in the population. An increase in the hospital's occupancy rate is also noticeable following the closing of the Bell ACS. Similarly, it is not accompanied by an increase in the number of cases and can be due to other factors than the closing of the ACS, such as the resumption of certain services that had been put on hold during the pandemic.

Table 4

Occupancy rate and number of patients with COVID-19 at the hospital affiliated to the ACS in the Greater Montreal Area

	March 1- March 28 2020	March 29- April 25 2020	April 26- May 23 2020	May 24- June 20 2020	June 21- July 18 2020	July 19- August 15 2020	August 16- September 12 2020
Occupancy rate	93,9%	74,3%	88,5%	85,8%	90,9%	95,0%	97,2%
Number of COVID-19 patients hospitalized	34	187	224	66	21	22	14

Establishing appropriate staff-to-patient ratios in an ACS

The organization's management adapted staff-to-patient ratios that had previously been proposed for long-term care facilities (Voyer et al., 2016) based on the characteristics of the site. Ratios for nurses, LPNs, orderlies and service aides were adapted to consider the additional workload caused by infection prevention measures, a non-traditional work environment and the number of patients present. Furthermore, nurse-to-patient ratios were revised based on the number of patients receiving end-of-life care, those receiving active care such as oxygen therapy or requiring additional monitoring and evaluation. Orderly-to-patient ratios were adapted based on the number of patients requiring end-of-life care, those requiring additional surveillance including those at flight risk and based on the level of assistance required by the patients present. In addition, the ratios were also adapted based on the presence of the recruited employees with no formal training or experience in contrast to the presence of experienced orderlies and service aides. For example, two unskilled employees were scheduled for each trained orderly needed in the modeled ratio. Staff-to-patient ratios were established according to the number of patients present at the site; less than 16 patients, between 17 to 31 patients or between 32 to 50 patients.

Important variations occurred in the staff-to-patient ratios present at the site, even when similar numbers of patients were present. For example, in the same two-week period and for a similar number of patients, two nurses and one LPN were present on certain days, while other days three nurses and two LPNs were present. An even greater variation can be observed in the number of orderlies' present, ranging from one to five orderlies present per shift during the same two-week period.

These important variations seem to have been partially due to the fact that the recruited employees could offer any availability. In addition, since the site was not at full capacity and that it was difficult to predict the number of future admissions, the unit manager accepted all the availabilities that the employees provided. The novelty of the site as well as the uncertainty caused by the crisis situation made it hard to predict the human resources needed for this site. The directives that prohibited healthcare workers from working in units with COVID-19 patients, or hot units, and then working in units without COVID-19 patients, or cold units, might

also have contributed to this variation. Since several job titles were required to work full-time, all their work hours therefore had to be done at the ACS.

Several study participants stated this variation and lack of orderlies as a difficulty since it required other job titles to take on additional responsibilities. Furthermore, the participants explained how this made the planning and organization of their work more difficult, as they adapted their everyday tasks and responsibilities based on the number and types of professionals present that day. For example, nurses and occupational therapists contributed to a greater extent in providing help for the activities of daily living when fewer orderlies were present or when a greater number of recruited employees were present in the team. Nonetheless, the mutual support between team members was stated by all of the study participants as an enabling factor in the work organization at the site.

Although all the study participants had positive comments on the staff-to-patient ratios, several participants explained how these higher ratios were required due to certain non-traditional characteristics of the site. Firstly, because of the limited support staff and lack of trained orderlies, all healthcare workers took on additional roles and responsibilities. This included, amongst others, ordering missing supplies, assembling furniture and helping patients with activities of daily living. When asked about the staff-to-patient ratios, a LPN explained:

“It might be surprising to say, it was okay, but we came to have a lot of different hats because we didn’t have a lot of patients. So we oftentimes had a lot of staff so we would give more and you could take your time. Currently, at work I could not stop and put on my [protective equipment] and go give showers and baths like I did at the ACS. Because, in the end, we were short staffed on orderlies and we were okay for the rest of the staff.” [Free translation] (Licensed practical nurse)

In addition, the novelty of the site created several problems that required daily adjustments and required the creation of different processes such as communication with the nearby hospital and consultation requests. On the other hand, all the participants explained how the higher staff-to-patient ratios enabled them to spend more time with the patients. The two nurses in this study explained how they had more time for their nursing assessments and evaluations and to provide quality patient care. Most participants also took this time to help patients perform rehabilitation exercises and organize and participate in social activities with the patients.

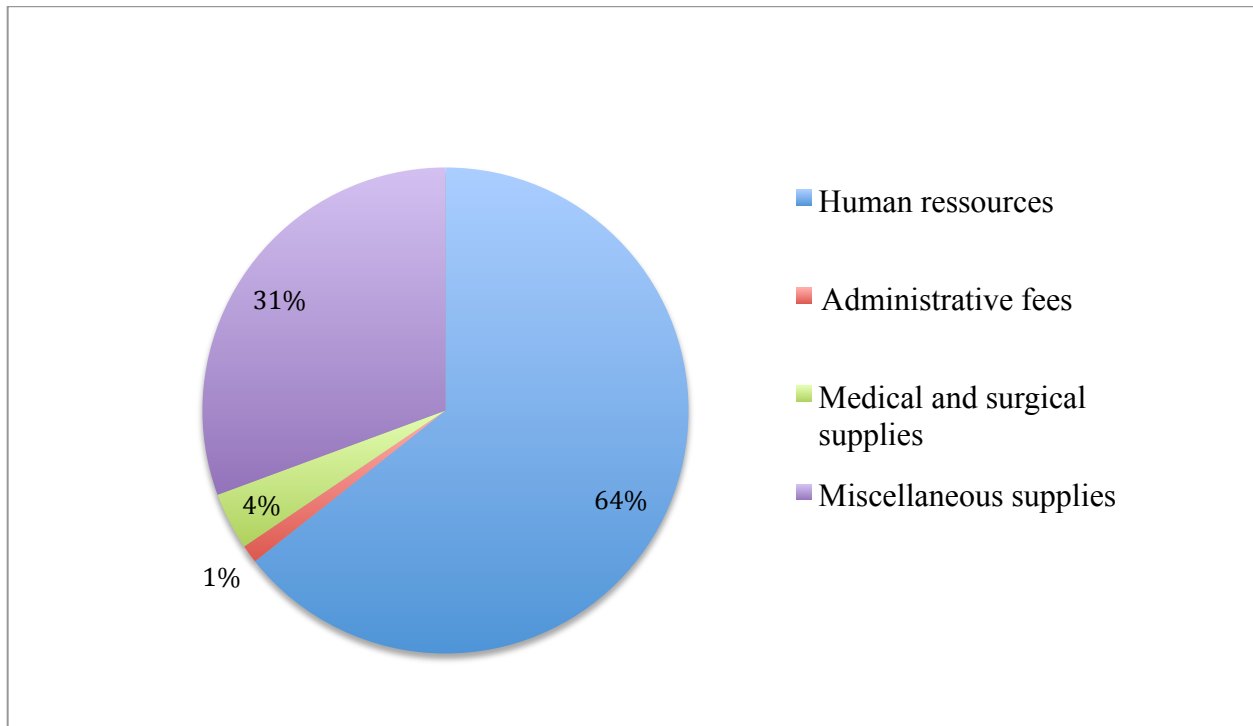
Expenses related to the implementation and operation of the ACS

The cost associated with the implementation and operation of the ACS are described in order to analyze the financial resources that were utilized for the site to fulfill its objective of offering basic medical services in order to offload the volume of patients in the hospital. The cost analysis enabled the comparison of the ACS' capacity to offload the volume of patients in the hospital when compared to alternatives. The cost analysis also enabled the comparison with other ACS that were deployed with similar functions in order to compare the efficiency with which the site fulfilled its functions.

The total cost related to the creation and operation of the Bell ACS was 602 023,21\$ CAD. These costs were divided between human resources expenses, administrative fees, medical and surgical supplies expenses and miscellaneous supplies. The expenses related to human resources include regular and overtime hours, bonuses, independent labor, social advantages and social charge represented 64% of the total cost. Administrative fees, including printing and stationary supplies, traveling and living expenses and transport fees represented 1% of the total cost. Medical and surgical supplies expenses accounted for 4% of the total cost. Miscellaneous supply charges, which included office supplies, cleaning supplies, moving fees and renovation fees represented 31% of the total cost. Although human resources represent a significant portion of the total costs, this percentage is similar to the Canadian average calculated at 71% of the total cost of hospital stays (Canadian Institute for Health Information, 2021). The costs associated with the conversion of the arena into an ACS and the office and furniture required were important contributing factors to the expenses of the site. The average cost per stay for each patient admitted to the site was 22 297,16\$ CAD. In total, 27 patients stayed at the site for a total of 567 individual nights. The average cost per night per patient was 1 061,77\$ CAD.

Figure 1

Cost distribution for the deployment and operation of the site



Discussion

The discussion section presents the services produced by the ACS as well as comparisons with ACS in other countries and another ACS in the province. The team composition and ratios are then compared with other ACS and recommendations present in the literature. Finally, the cost per night at the ACS is compared to those of traditional healthcare environments and another ACS in the province.

The services produced

This study examined the ability of an alternate care site in the Greater Montreal Area to fulfill its role in freeing up beds in a hospital by admitting patients with COVID-19. Our results revealed that even if the occupation rate throughout the operational period was low, the ACS enabled the affiliated hospital to free up 29% of the beds occupied by COVID-19 patients.

ACS with aims to reduce hospital occupancy by admitting patients with an infectious disease while offering basic medical care seem to have inclusion criteria similar to this site (Breyre et al., 2021; Chen et al., 2020; Hua et al., 2020; Meyer et al., 2020; Naganathan et al., 2020; Stewart et al., 2020). Since the site was not fully equipped with critical care devices and a resuscitation team, the inclusion criteria seemed to respect the site's medical capabilities. Furthermore, the exclusion criteria for patients with active delirium and those at risk of wandering seemed to have been necessary considering the non-traditional characteristics of the site and the environmental hazards possible. Although these inclusion criteria might have contributed to a decreased number of admissions, they were consistent with the aim of the site. It is possible that the 66 patients that were unable to transfer to the ACS did not respect the inclusion criteria or refused to be transferred. However, when considering the important additional human and financial resources and the complexity that would have been required to expand these criteria, particularly to admit patients wishing to receive level A and resuscitation services, the aim of the site and the inclusion criteria seemed to respect the rapid deployment required and human resources available from the organization. Although a site providing acute care services might have enabled the admission of more patients, it would also have created a demand for more specialists and skilled healthcare workers, less possibilities for recruited unskilled workers to be involved as well as higher costs and more time associated with the conversion of the site and specialized medical equipment (Meyer et al., 2020).

Limited research is available on the services produced by other ACS that offered similar services. Huoshenshan Hospital and Leishenshan Hospital, two field hospitals that offered similar services in Wuhan, China, have been recognized for their rapid construction and efficacy. These sites were deployed to quarantine and treat patients with severe COVID-19 symptoms (Luo et al., 2020). The sites admitted 3 059 and 2 011 patients respectively during their operational periods of 73 days and 67 days (Luo et al., 2020). In comparison with the 42-day operational period of the Bell ACS in our study, these sites treated a greater number of patients. Furthermore, although the admission criteria and services provided were not described in the study, the two field hospitals in China provided treatment for patients with severe COVID-19 symptoms while the Bell ACS admitted only stable patients with mild symptoms. An alternate care site with the same aim and similar inclusion criteria as the ACS in our study was deployed in southern California. During its first month of operation, from May 26, 2020 to June 26, 2020,

106 patients were admitted with an average length of stay of 3,6 days (Breyre et al., 2021). The patients admitted at this site came from two local hospitals with 161-bed and 107-bed capacities (Breyre et al., 2021). Similarly, another alternate care site in Staten Island, United States with similar inclusion criteria was deployed in order to offload the volume of patients in two affiliated hospitals. These two hospitals had 700-bed and 200-bed capacities (Mathews et al., 2020). The ACS in Staten Island admitted 203 patients between April 7, 2020 and May 26, 2020, corresponding to a 50-day operation period. The average length of stay was 3,93 days (Mathews et al., 2020). The criteria for discharge at these two sites were not explained in the studies. However, the striking difference in the average length of stay could partially be explained by the fact that 25.5% of the admissions at the southern California site and 12% at the Staten Island site were transferred back to the hospital due to worsening symptoms (Breyre et al., 2021; Mathews et al., 2020). No patients were transferred back to the hospital at the Bell ACS. Furthermore, the studies do not indicate if two negative PCR results were required for discharge at these sites, which was the main cause of the long length of stays at the Bell ACS.

In a different sector of Quebec, a hotel was also transformed in an ACS that admitted patients who did not require to be hospitalized but were unable to return to their home environment (Cousineau, 2021). These patients came from intermediate resources, private nursing homes, family-type resources, CHSLDs and the hospital emergency room. This ACS was operational during the first three waves of the pandemic and admitted a total of approximately 900 patients (Cousineau, 2021). The average length of stay at the site was 11 days. Although the number of days for which this ACS was operational is not specified, the important difference in the number of patients admitted between this site and the Bell ACS can still be noted. The average length of stay at the Quebec site was also lower than the one at the Bell ACS, the later averaging 21.0 days. This could be partially explained by the withdrawal of the requirement of having two consecutive negative PCR results for discharge in subsequent waves, therefore enabling patients to be discharged back to their home environment sooner.

In comparison to the sites with similar aims, the Bell ACS was less successful in admitting an important number of patients. Although the average length of stay for the ACS was long, it does not seem to have had an impact on the capacity of the site to admit patients, since it never reached its full capacity and was never unable to admit new patients for this reason. The

low number of admissions at the site could be caused by an insufficient need for the site in the population during its operational period or a discrepancy in the services offered and the needs of the population (Breyre et al., 2021; Naor, 2019). Considering the hospital's occupancy rate during the operational period of the Bell ACS and the number of admissions at the Bell ACS, the site was partially able to achieve its aim in freeing up beds in the affiliated hospital. The Bell ACS contributed to maintaining the hospital's occupancy rate at 85,8%. As described by some of the study participants, the Bell ACS seemed to have opened too late during the first wave of the pandemic, thus limiting its relevance. However, in considering that the alternative solutions could have involved the stay of these patients at the hospital with an average length of stay of 21.0 days or their discharge in long-term care facilities that could have increased the risk of propagating the virus, the site did provide some considerable advantages.

Team composition and ratios

The inclusion of different rehabilitation professionals amongst the team enabled the site to provide rehabilitation services. The ACS was able to operate with 50% of its workforce composed of recruited employees with no formal training or experience. Although these recruited employees required additional help from the other employees, they helped create a positive work environment at the site. Multiple factors can have an impact on the human resources generally utilized to operate an ACS. The ratios of healthcare workers from different disciplines, the ratios of healthcare workers to unskilled or volunteer employees as well as the staff-to-patient ratios are interrelated and contribute to the quality of care as well as the site's efficacy. The decisions associated with these different ratios depend of the type of services provided and the acuity of the patient care. This study confirms the advantage of having employees from multiple backgrounds and professions stated in the literature (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020; Kreiss et al., 2010; Naor, 2019). The presence of the rehabilitation professionals contributed to providing quality care and flexibility in the services provided. Secondly, although some literature supports the use of volunteers in ACS deployed in crisis situation to respond to the increase need in human resources (Naor, 2019; Quinn, Amouri et Reed, 2018), limited research is available on the optimal percentage of volunteers and unskilled employees in the team. The participants' positive experiences related to the composition of the team and number of recruited employees brings forward the possibility that the percentage of

volunteers or unskilled employees was appropriate for an ACS site admitting stable COVID-19 patients. For field hospitals deployed after natural disasters or wars, Naor (2019) suggests having a team 2/3 composed of people with prior experience in missions and 1/3 new recruits in order to transfer knowledge. In a post-acute COVID-19 field hospital in Boston, United States, six to eight nursing students were paired with one faculty member and two nurses to care for approximately 48 patients (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020). The appropriate ratio of trained employees to volunteer workers may vary depending on the acuity of care of the patients as well as the volunteers' past experience and education. The participants' perceptions support the need for adequate supervision and support of the volunteers and unskilled workers by experienced healthcare workers in order to ensure the success of the site.

Jiangnan module hospital in Wuhan, China, operated with five doctors and 20 nurses for each medical unit composed of 50 beds. Admission criteria included being clinically classified as mild patients, self-care ability, aged between 18 and 65 years old, having no underlying primary disease of the respiratory or cardiovascular system and no mental illness (Hua et al., 2020). Since the inclusion criteria of the Bell ACS did not include an age limit and that a majority of patients admitted were elderly and required help with activities of daily living, it is possible that the patients required additional care than those at the Jiangnan module hospital. The nurse-to-patient ratio was of two nurses and three LPNs for 50 patients during the day shift at the Bell ACS and is therefore considerably lower. Although this information does not include ratios for other healthcare workers and support staff, the efficiency of the site is greater when fewer nurses are required, especially since nursing resources are scarce during crisis situations. The staff-to-patients ratios at the Bell ACS were similar to the ones proposed by the United States Agency for Healthcare Research and Quality for a 50-bed ACS site providing low acuity patient care during a pandemic or a mass casualty event (Phillips, Knebel and Johnson, 2009). Although some job titles included in this proposed list were not present at the Bell ACS, such as a respiratory therapist, lab technician and phlebotomist, ratios for nurses and LPNs, social workers and unskilled employees are similar. The nurse and orderly-to-patients ratios were also similar to the ones proposed by Cinti et al. (2008) for acute care centers offering limited supportive care for noncritical patients during an influenza pandemic. Furthermore, since it is difficult to anticipate human resource needs due to various factors including the number of admissions, some literature suggests deliberately overstaffing the site (Breyre et al., 2021). While some participants

perceived their workloads as being reduced from their previous functions, the staff-to-patient ratios at the site seemed adequate when compared to other ACS.

Since the site never reached its full occupancy, the staff-to-patients ratio for 32 to 50 patients was never used. Furthermore, since the highest number of patients present at a time was 19 patients, the site oftentimes functioned using the ratios for 17 to 32 patients, while always being on the lower end of this range. This could have also contributed to the perceived lower workload and positive outlook on the staff-to-patient ratios at the site. While the low acuity of the patients and the limited number of admissions seem to have contributed to a perception of having an overstaffed site by some participants, these ratios seemed to have been necessary due to the uncertainty of the number of admissions and had a positive impact of the adjustment of the team to the environment, their roles and responsibilities and the work organization. Due to the novelty of the site, the employees had to take the time to adapt the environment, order missing supplies and equipment and adjust the organization's protocols and processes to the ACS. Since the team was composed of several unskilled employees and that the team composition varied, the team had to adapt their daily routines based on the types of professionals and employees present, which took more time than in a structured hospital environment. The non-traditional setting of the site and the infection prevention and control procedures in place also caused additional workload for the employees.

A prolonged operation period could potentially have allowed for lower staff-to-patient ratios. The non-traditional environment of the ACS would have evolved to be fully functional and not require frequent adjustments by the healthcare workers. The policies and procedures in place would also become more stable and require less work from the healthcare workers. A higher occupancy rate could have resulted in the use of the staff-to-patient ratios established for 32 to 50 patients, or lower ratios considering the evolution and adjustment of the site. Since the site rarely functioned with this ratio, it is difficult to know if the organization had the required human resources to function with these ratios. However, this study revealed that the ratios for healthcare workers to unskilled workers seemed appropriate and should therefore remain similar for higher occupancy rates requiring additional staff.

Cost per night comparison

In order to pose a judgment on the efficiency of the ACS in fulfilling its role of offering basic medical services and offloading the volume of patients in the hospital, comparisons with the cost of traditional environments that could have been used as alternatives were first made. The average cost per night in a private or public CHSLD is between 250\$ CAD to 300\$ CAD per night (Sponem et al., 2021). These costs are approximately four times lower than the cost per night at the Bell ACS. The cost per night for uninsured patients admitted in a regular hospital room at the affiliated hospital, excluding the emergency room and the intensive care unit, is 3 675\$ CAD/night (Gouvernement du Québec, 2021). Thus, the cost per night at the Bell ACS was 3,4 times lower than the cost per night at the affiliated hospital. Based on the inclusion criteria and types of services provided, the ACS bears more resemblance to a CHSLD. However, it is important to consider the lack of available beds in Quebec's long-term care facilities.

Comparaisons were also made between the financial resources utilized by the Bell ACS with other ACS' with similar aims and functions in order to analyze the efficiency of the ACS in fulfilling its role. The total cost of the project converting a Quebec hotel in an ACS admitted patients who did not require to be hospitalized but could not return to their home environment in another region in Quebec was 6.5 million dollars (Cousineau, 2021). This represented an average cost per night of 661\$ CAD per patient at the site (Cousineau, 2021). Therefore, the cost per night was 37% higher at the Bell ACS. However, the services provided and the human resources utilized in the Quebec ACS serving as an isolation site are not described. Since the main function of the Quebec ACS was described as an isolation site, it is possible that the medical services offered were minimal and therefore less costly than those provided at the Bell ACS.

Although limited research is available on the costs associated with the creation and operation of an ACS, the cost per night was considerably higher than that of a long-term care facility, which offers similar services. However, the cost per night at the Bell ACS was lower than one in the affiliated hospital, which would have been a possible alternative to ensure the delivery of basic medical services while preventing the spread of the virus in several of the patients home environments, including intermediate resources and nursing homes. The Bell ACS was also more costly than another ACS deployed during the same period in the province. The

high costs per night can be due to the low number of admissions, long average lengths of stay caused by the requirement of having two consecutive negative PCR results for discharge as well as the short operational period of the site. Although the Bell ACS did not demonstrate considerable cost efficiency when compared to the cost per night in a CHSLD, it is important to consider the potential financial impact of alternate solutions, including keeping infectious patients in the hospital or nursing homes. The risk of propagating the virus in these situations could have caused important financial repercussions. When considering that some of the patients admitted at the Bell ACS would otherwise have needed to stay at the hospital, the Bell ACS was a cost-effective alternative to this. Furthermore, considering that the Bell ACS was deployed during a crisis situation during the first wave of the COVID-19 pandemic where limited information was known on the virus and vaccines were not available, higher costs associated with the deployment and operation of the site can be justified.

Lessons learned from the creation and operation of the site and the increased preparedness of the organization, can enable future ACS to be deployed more rapidly when a spike in the number of COVID-19 cases are observed in the population, increasing the relevance of the site. Table 5 summarizes the important lessons learned and provides insights for future ACS.

Table 5

Recommendations for futur ACS

<p>Rapid deployment of the site before a spike in the number of infectious cases to ensure maximum relevance of the site.</p>
<p>Integration of nonskilled workers and volunteers in the healthcare team is a possible solution to staff shortages. The acuity of care and the proportions of unskilled volunteers to healthcare workers must be considered. Sites offering higher acuity of care might require lower ratios of unskilled volunteers than sites offering basic medical services.</p>
<p>When establishing staff-to-patient ratios the number of unskilled workers to supervise, the infection prevention and control measures and the various additional roles taken on by each employee must be considered. Higher staff-to-patient ratios can be required to allow healthcare workers to supervise other employees, follow strict infection prevention protocols and participate in other tasks that are not traditionally part of their responsibilities.</p>
<p>Including healthcare professionals from a variety of disciplines and professional backgrounds can help the site to evolve according to the needs of the community and provide quality multidisciplinary care.</p>
<p>Including rehabilitation professionals in the healthcare team is important when the ACS serves to isolate infectious patients and an elderly population.</p>
<p>Adapting the non-traditional environment and ordering all necessary office and medical supplies before the arrival of patients can help decrease the workload for healthcare workers once patients are admitted.</p>

Study limitations

Although they were invited to take part in the study, no employees recruited by the online platform responded to take part in the study. Their perspectives could potentially have differed from those of the organization’s employees and of healthcare professionals. This is a single case study, which makes results more difficult to generalize from. A detailed description of the study site is provided in order to increase the transferability of these results. This study examined an ACS deployed during the first wave of the COVID-19 pandemic. Participants in the qualitative

portion of the study were interviewed approximately a year and three months following their participation at the Bell ACS, which may have affected their perception and recollection of the experience. The absence of participant validation of the study results also constitutes a limit. The presentation of the study results to the participants would have contributed to the credibility and internal validity of the results.

Conclusion

The Bell ACS in the Greater Montreal proved to be an effective mechanism to increase the capacity of the integrated health and social services center during the first wave of the pandemic. Although the site was not productive in the number of patients admitted, it contributed to maintaining the occupancy rate of the affiliated hospital at an acceptable level. The admission criteria seemed coherent with the services offered and the different resources available for the site's operation. The ratio of trained healthcare professionals to unskilled workers seemed appropriate, when considering the higher staff-to-patient ratios that allowed for training and support for the recruited employees. The higher staff-to-patient ratio also seemed appropriate when considering the additional workload caused by administrative tasks, lack of support staff, low number of trained orderlies, changing team compositions and the need to adjust their work organization, infection prevention and control measures as well as several environmental challenges caused by the non-traditional setting. The late opening of the site during the first wave of the pandemic is a probable explanation for its low occupancy rate. The cost per night was greater than that of a CHSLD or another ACS deployed during the same time frame. However, it remained cost efficient when compared to alternative results including the admission of these patients at the hospital or the possibility of spreading the virus in the patients' home environments. This study brings forward insights for the creating and deployment of future ACS, particularly in regards to the human resources required to facilitate the operation of a site.

References

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2007). *Plan montréalais de lutte à une pandémie d'influenza*. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-355-4.pdf
- Breyre, A., Sloane, B., Herring, C., Backer, H., McGinnis, T. and Staats, K. (2021). Establishment of an Alternate Care Site (ACS) in Imperial County During COVID-19. *Systems of Medicine*, 22(3), 608-613. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.12.49237>
- Canadian Institute for Health Information. (2021). *Your Health System*. [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/015/cout-d-un-sejour-standard-a-l-hopital;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1,C4000\);trendCity\(\);trendHospital\(\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/015/cout-d-un-sejour-standard-a-l-hopital;/mapC1;mapLevel2;trend(C1,C4000);trendCity();trendHospital();/)
- Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., Bärnighausen, T. and Wang, C. (2020). Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 395(10232), 1305-1314. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30744-3)
- Cinti, S. K., Wilkerson, W., Holmes, J. G., Schlafer, J., Kim, C., Collins, C. D., Bandy, K., Krupansky, F., Lozon, M., Bradin, S., Wright, C., Goldberg, J., Wagner, D., Rodgers, P., Atas, J. and Cadwallender, B. (2008). Pandemic Influenza and Acute Care Centers: Taking Care of Sick Patients in a Nonhospital Setting. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 6(4), 335-348. <https://doi.org/10.1089/bsp.2008.0030>
- Cousineau, M. (2021, August 18). Une facture de plus de 6,5 millions pour isoler des malades à l'hôtel Le Concorde de Québec. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/625683/coronavirus-une-facture-de-plus-de-6-5-millions-pour-isoler-des-malades-a-l-hotel-le-concorde-de-quebec>
- Déserts, M., Mathais, Q., Luft, A., Escarment, J. and Pasquier, P. (2020). Conception and deployment of a 30-bed field military intensive care hospital in Eastern France during the 2020 COVID-19 pandemic. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(3), 361-362. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.04.008>
- Direction de santé publique de Montréal. (2004, December). *Cliniques de vaccination de masse: modèles organisationnels non traditionnels*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2004/20041202/03influenza/jasp2004-bier-roy-vaccinationmasse.pdf>
- Erickson, J. I., Johnson, S. H. and Blanchfield, B. B. (2020). Using Magnet Model Components at a COVID-19–Positive Field Hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(9), 435-437. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000912>

- Gouvernement du Canada. (2017, December). *Lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels: Préparation du Canada en cas de grippe pandémique: Guide de planification pour le secteur de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/lignes-directrices-a-intention-des-lieux-de-soins-de-sante-et-des-soignants-non-traditionnels.html#A17>
- Gouvernement du Québec. (2006). *PHY L01C2- Sites non traditionnels de soins (SNT) Programme de formation*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/formation-pandemie/PHY_L01C2_sites_non_traditionnels_de_soins.pdf
- Gouvernement du Québec. (2021, June 21). *Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval-Hospitalisation*. <https://www.lavalensante.com/informations-pratiques/espace-usager/frais-et-paiement-de-facture/hospitalisation/#c20769>
- Hua, X., Gu, M., Zeng, F., Hu, H., Zhou, T., Zhang, Y and Shi, C. (2020). Pharmacy administration and pharmaceutical care practice in a module hospital during the COVID-19 epidemic. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(3), 431-438. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.04.006>
- Institut national de santé publique du Québec. (2006). *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/495-MesuresInfluenzaPandemique.pdf>.
- Institut national de santé publique du Québec. (2011, March). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A (H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1309_EnqueteVaccinGrippeAH1N1Sais onPneumocoque.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2021, March 10). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020, December). *Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès*. État des pratiques rédigé par Éric Tremblay et Mike Benigeri. Québec, Qc.
- Kreiss, Y., Merin, O., Peleg, K., Levy, G., Vinker, S., Sagi, R., Abargel, A., Bartal, C., Lin, G., Bar, A., Bar-On, E., Schwaber, M. and Ash, N. (2010). Early Disaster Response in Haiti: The Israeli Field Hospital Experience. *Annals of Internal Medicine*, 153(1), 45-50. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-1-201007060-00253>

- Luo, H., Liu, J., Li, C., Chen, K. and Zhang, M. (2020). Ultra-rapid delivery of specialty field hospitals to combat COVID-19: Lessons learned from the *Leishenshan* Hospital project in Wuhan. *Automation in Construction*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.autcon.2020.103345>
- Mathews, K., Podlog, M., Greenstein, J., Cioè-Pena, E., Cambria, B., Ardolic, B., Hahn, B. and Basile, J. (2021). Development and Implementation of an Alternate Care Site During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10799>
- Meyer, G. S., Blanchfield, B. B., Bohmer, R. M., Mountford, J. and Vanderwagen, C. (2020). Alternative care sites for the COVID-19 pandemic: The Early U.S. and U.K. Experience. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0224>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, March 23). *Protocole de la surcapacité Lignes directrices soins de courte durée SARS-CoV-2 (COVID-19)*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-83_PJ_Protocole-de-surcapacite.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2016, January). *Levels of Care and Cardiopulmonary Resuscitation*. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/51594518c63d73bc85257f500052736d/\\$FILE/AH-744A_DT9262\(2016-01\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/51594518c63d73bc85257f500052736d/$FILE/AH-744A_DT9262(2016-01)D.pdf)
- Naganathan, S., Meehan-Coussee, K., Pasichow, S., Rybasack-Smith, H., Binder, W., Beaudoin, F., Musits, A., Sutton, E., Petrone, G., Levine, A. and Suner, S. (2020). From Concerts to COVID: Transforming the RI Convention Center into an Alternate Hospital Site in under a Month. *Rhode Island Medical Journal*, 8-13.
- Naor, M. (2019). Healthcare Military Logistics at Disaster Regions around the World: Insights from Ten Field Hospital Missions over Three Decades. *Military Engineering*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.88214>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020, December 15). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Phillips, SJ., Knebel, A. and Johnson, K. (2009). *Mass Medical Care With Scarce Resources: The Essentials* (publication n° 09-0016). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.hsdl.org/?view&did=28175>
- Pluye, P. (2019). L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs. Dans Ridde, V. et Dagenais, C (dir.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées* (p. 187-212). Éditions science et bien commun et Marseille : IRD Éditions.

- Quinn, V, J. M., Amouri, O. F. and Reed, P. (2018). Notes from a field hospital south of Mosul. *Globalization and Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0346-9>
- Ridde, V., Gautier, L., Dagenais, C., Chabrol, F., Hou, R., Bonnet, E., David, P., Cloos, P., Duhoux, A., Lucet, J., Traverson, L., de Araujo Oliveira, S., Cazarin, G., Peiffer-Smadja, N., Touré, L., Coulibaly, A., Honda, A., Noda, S., Tamura, T., Baba, H., Kodoi, H. and Zinszer, K. (2021, May 6). Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic : protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems*, 19(76), <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>
- Sponem, S., Lambert, C., Allain, É., Fortin, A., Pellegrino, C. and Fayolle, C. (2021). *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Coût_hébergement_aînés_Pôle_santé_HEC_Montréal.pdf
- Stewart, T., Day, S. W., Russell, J., Wilbanks, C., Likes, W., Webb, S., Haushalter, A and Cashion, A. K. (2020). Development of a COVID-19 alternate care site from ground zero: A nursing perspective. *Public Health Nursing*, 37(6), 889-894. <https://doi.org/10.1111/phn.12812>
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K. and Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD: Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspectives infirmières*, 13(3), 45-50.
- Yazan, B. (2015). Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss2/12>

4.2 Résultats complémentaires

4.2.1 La pratique infirmière en SNT

Compte tenu de la stabilité de l'état de santé des usagers au site et de l'absence de médecins sur place, la majorité des actes effectués au site étaient des soins infirmiers et des services de réadaptation. Les soins infirmiers effectués incluaient notamment l'administration de la médication, l'évaluation et les soins de plaies, l'évaluation de la condition des usagers ainsi que des suivis infirmiers reliés à des problèmes de santé.

Les deux infirmières qui ont participé à l'étude ont décrit leur pratique en contexte de SNT et de pandémie ainsi que les différences avec leur pratique habituelle. Les deux participantes ont décrit le site comme un milieu plus isolé que ceux où ils ont l'habitude de travailler. De plus, une participante avait la perception que son rôle au SNT avait des similarités avec ceux des infirmières en région éloignée. Les infirmières mentionnent avoir effectué davantage d'évaluations infirmières et utiliser de façon plus significative leur jugement clinique et leur autonomie professionnelle. Les deux infirmières ont donc effectué plusieurs activités professionnelles reliées à l'évaluation et à la planification des soins. Une des participantes explique que ses évaluations infirmières étaient également plus approfondies que dans sa pratique habituelle. Elle explique cet apprentissage :

[...] j'étais amené dans un autre contexte où il n'y a pratiquement personne qui pouvait venir m'aider, tu sais. Comment je pourrais dire ça? Je n'avais personne qui pouvait venir m'épauler, je devais essayer de tout trouver moi-même. L'aide que je pouvais trouver c'était une de mes collègues, si je réussissais à en avoir une de disponible, ou la coordonnatrice. Mais tu sais, la coordonnatrice est tellement débordée qu'elle ne peut pas nécessairement venir m'aider sur l'étage. Alors c'était beaucoup d'apprentissage au niveau de mon évaluation clinique, de mon autonomie puis aussi au niveau du leadership. (Infirmière 2)

La seconde infirmière explique qu'elle avait davantage de temps pour ses évaluations infirmières, incluant les évaluations de risques de chutes et de plaies et la création et l'ajustement des plans thérapeutiques infirmiers. Elle assistait également aux rencontres interdisciplinaires, ce qu'elle ne faisait pas habituellement dans son rôle d'infirmière à l'urgence. L'infirmière avait donc plus de temps pour planifier et coordonner les soins des usagers avec les autres membres de

l'équipe. Elle avait plus de temps pour relever les nouvelles prescriptions et faire les suivis adéquats :

Pour la gestion de dossier, on avait le temps aussi de toutes les relever au complet puis de faire le suivi adéquat. Puis on avait aussi nos rencontres interdisciplinaires ou on discutait ensemble de l'objectif pour le patient et on faisait les suivis par la suite. Alors ça aussi c'était bien. (Infirmière 1)

Les infirmières se disaient davantage impliquées dans la coordination des soins des usagers. Par exemple, les infirmières communiquaient avec le centre hospitalier ainsi que les milieux de vie des usagers afin de planifier les admissions et préparer les congés. Elles participaient également à la coordination des soins des usagers au sein de l'équipe interdisciplinaire. Les infirmières étaient davantage impliquées dans la qualité et la sécurité des soins reliées à l'environnement des usagers. Celles-ci étaient impliquées dans l'identification des enjeux de sécurité reliés à l'environnement du site ainsi qu'à l'élaboration et la mise en place de solutions.

Différents facteurs ont été soulevés par les deux participantes afin d'expliquer les différences dans leur pratique au SNT et leur pratique habituelle. Premièrement, la composition de l'équipe et la présence réduite des médecins en comparaison avec le milieu hospitalier ont contribué à favoriser les évaluations infirmières ainsi que leur autonomie et jugement clinique. Malgré les canaux de communication entre le SNT et l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, les deux participantes se sont tout de même senties plus isolées et avaient le sentiment de devoir approfondir leur évaluation infirmière avant de faire appel à un médecin. La petite taille de l'équipe a également été soulevée comme facteur influençant leur pratique, particulièrement sur le quart de travail de nuit. Une participante explique que le fait d'être la seule infirmière de nuit lui a permis de prendre un rôle de leadership au sein de l'équipe, tant pour les autres membres de l'équipe de soins que pour d'autres membres du personnel tel que les agents de sécurité. Elle dit rapidement être devenue la personne de référence, tant pour des questions relatives aux soins infirmiers de la part des infirmières auxiliaires ou la candidate à l'exercice de la profession infirmière ou des questions administratives telles que la gestion des lumières au site. La charge de travail et le haut ratio d'infirmière-patient ont également eu un impact sur les services infirmiers au site. Les deux participantes expliquent que leur charge de travail était plus faible au SNT que dans leur pratique habituelle. Ceci leur a permis d'avoir plus de temps pour effectuer

leur évaluation infirmière, communiquer et collaborer avec les différents professionnels et planifier la continuité des soins.

4.2.2 Le rôle d'une infirmière gestionnaire en contexte de SNT

Le contexte de pandémie et la pénurie de main-d'œuvre ont également eu un impact sur le personnel du SNT de la Place Bell. Alors que plusieurs titres d'emploi essentiels ont été comblés, d'autres postes n'ont pas été créés pour le SNT ou n'étaient pas pris en charge par les employés du milieu hospitalier. Outre son rôle d'infirmière-chef (IC), la gestionnaire du milieu a donc pris en charge les fonctions de différents postes qui n'ont pas été créés pour le SNT, mais dont les fonctions devaient tout de même être exécutées. Ceci inclut le poste d'assistante-infirmière chef (AIC) pour le quart de jour, la coordonnatrice ainsi que la conseillère en soins infirmiers, pour lesquelles la gestionnaire a pris en charge plusieurs activités professionnelles reliées aux postes. « L'assistante infirmière-chef a la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les soins infirmiers octroyés par les membres de l'équipe durant son quart de travail » (MSSS, 2021b). La coordonnatrice d'activité assure une gestion des séjours des usagers et est responsable de la continuité, de la surveillance de la qualité des soins et des services offerts dans le milieu (MSSS, 2021c). La conseillère en soins infirmiers agit à titre de personne-ressource auprès de l'équipe en soins infirmiers et est responsable de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins ainsi que de l'orientation et l'intégration des infirmiers (MSSS, 2021c). La gestionnaire donne un exemple de son rôle d'assistante-infirmière chef et de coordonnatrice des séjours :

C'est moi qui appelais l'assistante à l'hôpital pour dire bon là j'ai une place, je vois que ton usager a été ciblé et on discutait. Comment est-il présentement? Est-ce que tu penses qu'il pourrait venir à la Place Bell. Bien il n'a vraiment pas passé une bonne nuit, il fait un délirium, on lui a donné Haldol ou Ativan, il est contentonné. Ok ce n'est pas le bon temps, je vais passer au patient suivant. Donc je faisais une évaluation de l'admissibilité des usagers. Fait que ça, moi je faisais tout le temps ça, ce qui me permettait justement de choisir. Mais tu sais, des fois on me disait oui, mais le patient il est contentonné. Ok, attends une minute. Il est contentonné pour quoi? Bien la dame a fait de l'errance, elle a une contention pelvienne. Ok tu peux nous l'envoyer, nous on va s'en occuper, pas de problème. (Gestionnaire)

La formation d'infirmière clinicienne de la gestionnaire lui a permis de procéder à l'évaluation clinique des usagers afin de s'assurer qu'ils respectaient les critères d'inclusion. De plus, son

jugement clinique a permis l'admission de certains usagers, qui ne respectaient pas strictement les critères d'inclusion, mais pouvaient bien être pris en charge par l'équipe de soins suite à une évaluation clinique. Ceci est le cas de l'exemple mentionné ci-haut, où l'usagère portait une contention, qui était un critère d'exclusion pour l'admission au SNT, mais pour qui la contention a été retirée et l'admission au site possible. Sa formation lui a donc permis de prendre davantage de responsabilités au site, puisque les activités professionnelles additionnelles qu'elle a remplies devaient être exercées par une infirmière. La gestionnaire explique comment son expérience comme infirmière lui a servi dans ses fonctions au SNT :

Une autre chose dont je suis contente c'est mes dix ans d'expérience comme infirmière terrain. Tu sais faire une feuille de route, il n'y en avait pas. On a aussi dû organiser une structure de travail. Tu sais j'ai été conseillère clinique moi à la DSI alors tu sais le rôle et les responsabilités d'une CÉPI versus une infirmière auxiliaire versus une infirmière, tu sais connaître les rôles et responsabilités de chacun. Ça aussi ça m'a aidé. Je te dirais que c'est mon expérience de vie professionnelle, les différents rôles que j'ai assumés m'ont aidé à faire ça. Parce que ça n'a rien, la gestion d'un site non traditionnel a malheureusement très peu de comparatif avec la gestion d'une unité hospitalière. C'est vraiment différent. Tu es plus toute seule. Tu es comme sur ta petite île là. (Gestionnaire)

Cet extrait démontre comment la formation d'infirmière de la gestionnaire lui a permis d'avoir une bonne compréhension des activités professionnelles des infirmières. Il est possible que ceci lui ait permis de contribuer davantage à l'organisation du travail et de permettre aux infirmières de mieux occuper leur étendue de pratique. Alors que certaines responsabilités de l'infirmière-chef pourraient être assumées par des professionnelles d'autres disciplines, telles que la gestion des ressources informationnelles et matérielles, la gestion des conflits et des problématiques et la gestion des ressources financières (Bérubé et al., 2018), les avantages de la formation d'infirmière pour la chef d'unité ont été essentielles dans le cadre de certaines responsabilités. La formation d'infirmière permet à la gestionnaire d'avoir une meilleure compréhension de l'étendue de pratique optimale des infirmières lorsqu'elle exerce ses responsabilités de planification du travail et de coordination du personnel (Bérubé et al., 2018), lui permettant de contribuer à créer un contexte favorable pour que les infirmières occupent pleinement leur étendue de pratique.

Sa formation d'infirmière a également permis à la gestionnaire de bien comprendre les enjeux et les politiques et procédures en matière de prévention et contrôle des infections. Ses

connaissances lui ont notamment permis de prendre la décision de créer des lieux communs pour les usagers, suite à une évaluation des risques et des bénéfices. La formation d’infirmière clinicienne et la compréhension des services infirmiers de la gestionnaire semblent avoir contribué au bon fonctionnement de la gestion du site. Puisque le SNT accueillait des usagers atteints d’une maladie infectieuse, l’expertise infirmière en matière de prévention et contrôle des infections était non négligeable. La gestionnaire était davantage outillée pour comprendre les principes de PCI qui avaient un impact sur l’organisation des services infirmiers ainsi que les admissions et congés au site. De plus, ces connaissances lui permettaient d’assurer la sécurité et la protection du personnel au site au niveau de la PCI et de la gestion des risques en milieu hospitalier de façon générale. Les infirmières semblent donc détenir une formation leur permettant d’assurer plusieurs rôles de gestion et de conseil au sein d’un SNT. Leurs connaissances en matière de PCI leur permettent de contribuer de façon significative à la gestion d’un SNT accueillant des usagers atteints d’une maladie infectieuse.

4.2.3 L’expérience de travail et les effets sur la santé psychologique des soignants

Tous les participants ont décrit leur expérience de travail au SNT comme une expérience ayant marqué leur parcours professionnel. Alors que deux participants à l’étude se sont portés volontaires pour aller travailler au SNT, les autres se sont fait réaffecter de façon obligatoire. La réaffectation des employés au SNT de la Place Bell a été difficile psychologiquement pour certains employés, particulièrement parce qu’ils devaient changer de milieu de travail, de type de clientèle et d’horaire de travail. De plus, quatre des participants avaient également été réaffectés au CHSLD de Sainte-Dorothée avant d’être réaffectés au SNT de la Place Bell. Ce CHSLD avait durement été atteint de la COVID-19 et s’inscrit au septième rang des CHSLD avec le plus d’usagers atteints de la COVID-19 (Gouvernement du Québec, 2020a). De plus, le CHSLD de Sainte-Dorothée s’inscrit au premier rang pour le nombre absolu de décès au Québec durant la pandémie (Gouvernement du Québec, 2020a).

Les participants qui ont été réaffectés au CHSDL de Sainte-Dorothée et ensuite au SNT de la Place Bell ont tous décrit avoir vécu une expérience de travail très différent entre les deux milieux. Une infirmière explique l’impact d’avoir travaillé au SNT de la Place Bell après avoir travaillé au CHSLD de Sainte-Dorothée :

On venait d'un CHSLD ou on avait vraiment vécu l'horreur que là on avait tellement du plaisir à travailler, puis à être tous ensemble que je pense que cela a vraiment aidé pour notre mental. Ce que j'ai vu auprès de tous mes collègues, il y en a énormément qui sont partis en arrêt de maladie après avoir été déployé [au CHSLD de Sainte-Dorothée]. De tous les gens qui sont allés à la Place Bell, il n'y en a vraiment pas beaucoup qui ont été en arrêt de maladie. Tu sais, c'est comme si cette partie-là a atténué, a mis un baume sur notre mental. (Infirmière auxiliaire)

Une infirmière auxiliaire décrit également son expérience et le contraste entre les deux milieux :

On a tellement eu de décès et tellement de peine. Puis tu te sens, j'aurais tellement aimé ça en faire plus. Puis après ça quand on est arrivé à la Place Bell, comment je pourrais dire, je pense que pour tout le monde ça a été un baume sur le cœur après avoir vécu Sainte-Dorothée puis avoir vu tant de morts. Puis arrivé à la Place Bell puis que tout le monde sort [vivants]. Tu sais, on a eu un décès, puis le reste qu'ils sortent sur leurs deux pieds, ça n'a pas de prix. Ça a vraiment mis un baume, c'était incroyable. Ça n'a pas de prix, ça a vraiment mis un baume incroyable. Si je n'avais pas eu la Place Bell, je pense que j'aurais eu beaucoup plus de difficultés à passer à travers tout ça. [...] J'ai des collègues qui n'ont pas été capables de retourner travailler puis que ça s'est arrêté là. Ils sont encore en arrêt de travail ou ils ont des chocs post-traumatiques si on veut. Mais la Place Bell ça a été la place qui m'a, je pense qu'il m'a permis de passer au travers, puis garder quelque chose de positif de tout ça. (Infirmière auxiliaire)

Pour les participants ayant travaillé dans les deux milieux, une des différences marquantes entre leurs expériences est le sentiment d'avoir contribué au rétablissement des usagers. Pour l'ensemble des participants ayant préalablement travaillé au CHSLD de Sainte-Dorothée, leur expérience de travail au SNT leur a permis de vivre une expérience de travail positive durant la pandémie, suite à une expérience difficile et éprouvante. Les participants n'ayant pas travaillé au CHSLD de Sainte-Dorothée au préalable ont également expliqué que la guérison des usagers, et même l'amélioration de leur état de santé pour certains, était gratifiante. Le rétablissement de l'ensemble des usagers, à l'exception d'un usager en soins palliatifs, leur a permis d'avoir le sentiment d'offrir des soins de qualité.

Différents facteurs qui ont influencé l'expérience de travail des soignants ont été nommés par les participants. Premièrement, l'absence de décès relié à la COVID-19 au site a été nommée comme facteur contribuant au sentiment d'offrir des soins de qualité et de contribuer aux rétablissements des usagers, particulièrement alors que plusieurs décès avaient eu lieu au Québec

dans les CHSLD et résidences pour aînés. Une infirmière auxiliaire décrit son expérience du rétablissement des usagers au site :

Chaque patient qui s'en allait, on les escortait tous à la porte parce que c'était soit les familles ou le transport adapté qui venaient chercher les patients. [...] Puis toute l'équipe au complet, sans exception, l'équipe de sécurité, tout le monde, on se retrouvait là puis on faisait une haie d'honneur puis on les applaudissait. Puis chaque personne qui s'en allait bien c'était comme si un morceau de nous guérissait en même temps que le patient quand il s'en allait. Puis la famille et les patients étaient tellement reconnaissants. Puis de les voir partir sur leurs deux pieds, c'est extraordinaire. (Infirmière auxiliaire)

Le rétablissement des usagers avait donc un impact positif sur l'expérience de travail des soignants, particulièrement ceux qui avaient été délestés au CHSLD de Sainte-Dorothée avant. Le sentiment de travailler en sécurité et avec le matériel de protection nécessaire ainsi que la capacité d'offrir des soins de qualité aux usagers ont été soulevés comme facteur favorisant une expérience de travail positif au site. De plus, plusieurs professionnels expliquent que le haut ratio de personnel-patient ainsi que la présence de professionnels de plusieurs disciplines leur ont permis d'offrir des soins de qualité. Pour plusieurs, le fait d'avoir suffisamment de temps pour contribuer aux soins de bases des usagers et de réaliser l'ensemble de leurs responsabilités leur apportait une satisfaction professionnelle. Ceci inclut par exemple l'aide à l'hygiène des usagers, des activités de réadaptation et de socialisation ainsi le maintien du contact entre les familles et les usagers à l'aide d'appels téléphoniques ou par visioconférence. Plusieurs participants ont fait le contraste avec leur pratique habituelle, ou ils expliquent ne pas être capables d'accomplir toutes leurs tâches et responsabilités, malgré leur désir de le faire.

Le soutien entre collègues a également été nommé comme facteur qui a influencé l'expérience de travail des soignants. Pour l'ensemble des participants ayant préalablement été délestés au CHSLD de Sainte-Dorothée, le soutien entre collègues au SNT de la Place Bell a eu un impact positif sur leur santé psychologique. Ce soutien avait lieu de façon informelle entre collègues durant ou après leur quart de travail. Une infirmière auxiliaire décrit ce soutien entre membres de l'équipe et la différence avec son expérience en milieu hospitalier :

Là-bas [au SNT de la Place Bell] tu étais vraiment soutenu puis on ne ramenait rien chez nous. On dirait qu'on le vivait tout là et on pouvait réagir tout de suite. [...] Puis après ç'a rendu à l'hôpital le soutien qu'on avait, bien oui ils placardaient

partout des feuilles indiquant que si tu as besoin de parler il y a le programme d'aide aux employés. [...] Mais sinon tu n'avais pas le soutien qu'on avait là-bas. Tu es plus laissé à toi même puis s'il y a quelque chose bien tu prends le numéro qui est sur la porte des toilettes et tu appelles. Tandis que là-bas on n'avait pas besoin de ça parce que tu étais soutenu depuis le départ. [...] C'était une équipe qui était stable, tu étais hyper soutenu. On n'avait pas de papier sur les portes de toilettes avec le baromètre. On n'avait pas besoin de ça. On n'en avait pas besoin parce qu'on le vivait au jour le jour. Tout le monde prenait soin de tout le monde puis tout le monde était attentif. [...] J'ai de la misère à l'expliquer ou mettre des mots dessus, mais si ça ne filait pas c'est arrivé que oui à mettons un moment donné tes fatigués, oui on vit plein de choses puis comme il y en a un qui a les yeux qui commence à couler. Bon OK à go on fait une séance on va toute pleurer un bon coup, on va se faire une colle puis tu sais on repart puis on se fait rire. Tu sais on n'avait pas besoin de la feuille avec le baromètre. Juste le fait de te sentir soutenu et d'avoir une équipe en arrière de toi ça fait vraiment toute la différence. (Infirmière auxiliaire)

Malgré la disponibilité de soutien formel organisé par le CISSS de Laval, incluant le Programme d'aide aux employés et la visite occasionnelle d'un psychologue sur les lieux, tous les participants à l'étude expliquent ne pas avoir utilisé de soutien formel et avoir plutôt eu recours à un soutien informel entre collègues. Un des avantages exprimés par certains participants est la rapidité avec laquelle le soutien informel entre collègues peut avoir lieu, soit directement après un incident ou après le quart de travail. En contraste, le soutien formel semble plus difficilement accessible et peut rarement avoir lieu rapidement après un incident. La petite taille de l'équipe ainsi que la stabilité du personnel est mentionnée par certains participants comme un facteur facilitant le développement du soutien informel entre collègues.

Tous les participants ont exprimé avoir vécu un sentiment de satisfaction professionnelle, car ils fournissaient davantage de soins de qualité que dans leur milieu traditionnel et qu'au CHSLD de Sainte-Dorothée. Les participants ont rapporté vivre moins de détresse psychologique reliée à la difficulté d'offrir des soins de qualité, tel que vécu au CHSLD de Sainte-Dorothée. Le SNT de la Place Bell était un environnement qui a facilité l'offre de soins de qualité par le personnel, leur permettant de ressentir de la fierté par rapport aux soins prodigués et réduisant les situations négatives reliées à leur rôle et responsabilité. Ce site semble également avoir aidé les travailleurs à surmonter les épreuves vécues lors de leur expérience difficile au CHSLD de Sainte-Dorothée. Les hauts ratios personnel-patient, la capacité d'offrir des soins de qualité et le rétablissement usagers au site ont contribué à leur expérience de travail positive. Le soutien

informel entre collègues a également été un facteur important qui a contribué à leur bien-être psychologique durant leur expérience à la Place Bell, malgré un environnement non-traditionnel posant plusieurs défis.

4.2.4 Le SNT comme mini-hôpital autonome

Plusieurs participants ont mentionné l'autonomie du site comme un facteur facilitant son succès, allant même jusqu'à décrire le site comme un « mini-hôpital autonome ». L'autonomie et l'indépendance du site face au reste de l'organisation semblent avoir permis d'instaurer davantage d'initiatives et de changements au site. Par exemple, les employés du site ont créé un parcours de marche ainsi que des aires communes pour les usagers. De plus, la gestionnaire a mis en place des horaires de douze heures pour certains employés, qui sont peu utilisés dans le reste de l'organisation. L'autonomie se définit comme la capacité du site et ses acteurs à prendre des décisions seule, sans interférence de la direction de l'organisation. L'indépendance fait référence au fait que le site n'est pas tributaire du milieu hospitalier à différents niveaux, soit les ressources humaines, matérielles, financières ou autres. Le SNT était sous la gouvernance du CISSS de Laval, mais semblait être davantage indépendant et avoir plus d'autonomie que d'autres unités de soins dans l'organisation.

Les participants ont soulevé différents facteurs qui ont contribué à l'autonomie et à l'indépendance du site. La présence de professionnels d'une variété de discipline incluant des techniciens en réadaptation, des physiothérapeutes, des infirmières et une travailleuse sociale a permis au site d'être indépendant au niveau des ressources humaines. Les différents professionnels pouvaient discuter ensemble des cas cliniques et faire des références internes au besoin, sans avoir recours à ces professionnels dans le milieu hospitalier. La composition variée de l'équipe a donc permis d'accentuer l'indépendance du site.

La gestionnaire du milieu explique qu'elle avait beaucoup d'autonomie quant aux décisions qu'elle prenait, tant en lien avec la gestion des ressources humaines, que la mise en place de certains projets et l'organisation du travail au site. Ceci inclut par exemple l'ajustement des ratios personnel-usagers et des rôles et responsabilités de certains employés, incluant les deux employés recrutés qui détenaient des formations en réadaptation. Certains participants ont décrit le SNT de la Place Bell comme « une toile blanche » leur permettant de prendre des

décisions quant à l'organisation du travail sans devoir se conformer à certaines normes en place dans le reste de l'organisation. Par exemple, ils avaient davantage de possibilités d'adapter leurs horaires et leur routine de travail. Une des infirmières décrit cette autonomie :

Si on avait besoin de changer quelque chose, ça se faisait rapidement. [...] Tu sais, on avait une latitude qu'on n'a pas ailleurs. C'était un peu, on faisait un peu comme on voulait, comme on voulait s'organiser. Parce que, comme notre gestionnaire disait c'est vous qui travaillez là, c'est vous qui savez comment organiser les choses. Il y avait moins de bureaucratie. (Infirmière 1)

La gestionnaire du milieu explique qu'elle n'avait pas besoin de consulter plusieurs gestionnaires afin de prendre des décisions. Elle avait le sentiment de pouvoir prendre des décisions de façon autonome, en collaboration avec son équipe. Il semblait donc y avoir moins de bureaucratie et d'acteurs impliqués dans la prise de décision concernant le SNT. La gestionnaire a également mentionné avoir un budget important lui permettant cette autonomie et indépendance. Elle explique qu'elle pouvait donc ajuster les ratios de personnel au besoin, par exemple lorsque deux PAB de Je Contribue remplaçaient un PAB formé, et qu'elle pouvait faire l'achat de matériel pour des activités sociales et de réadaptation.

Le SNT est demeuré dépendant du milieu hospitalier dans certaines sphères. Premièrement, les spécimens de laboratoire devaient être envoyés à l'hôpital pour être analysés et les usagers devaient effectuer leur examen de diagnostic à l'hôpital. Deuxièmement, les politiques et procédures du CISSS de Laval étaient applicables au SNT, malgré qu'ils pouvaient être adaptés au contexte du SNT. Par exemple, la procédure en matière d'intervention avec un usager agressif était celle du reste du CISSS de Laval, mais elle pouvait être adaptée à la petite taille de l'équipe et à l'absence de soutien additionnel lorsque requis, compte tenu de l'isolement du milieu. De plus, les procédures en cas d'arrêt cardiaque devaient tenir compte des critères d'inclusion et d'exclusion, de la petite taille de l'équipe ainsi que de l'absence de médecin et d'équipement sur les lieux.

L'autonomie et l'indépendance du SNT face au reste de l'organisation, et plus spécifiquement le milieu hospitalier auquel il était rattaché, ont eu différents effets positifs. Les participants ont eu le sentiment que les changements et initiatives pouvaient être instaurés avec plus de rapidité et de simplicité. Certains participants ont mentionné que la facilité avec laquelle

les changements avaient lieu et la rapidité avec laquelle ils pouvaient voir leurs initiatives se concrétiser les motivait à être impliqués dans l'amélioration des services. La présence de professionnels de différentes disciplines directement au site a également permis aux professionnels de discuter des cas cliniques de façon formelle et informelle. Il est possible que si le site était dépendant du milieu hospitalier pour les services de certains professionnels, par exemple un physiothérapeute qui se déplace vers le SNT suite à une consultation, qu'il y ait moins de discussion informelle des cas cliniques et de relation interprofessionnelle. Finalement, l'autonomie dont le SNT disposait peut avoir facilité l'organisation du travail en permettant à la gestionnaire et aux professionnels de fonctionner de façon différente qu'en milieu hospitalier. Puisque le site comportait plusieurs différences avec le milieu hospitalier traditionnel, incluant la présence de personnel sans formation ni expérience en santé, le changement fréquent de la composition des équipes ainsi que l'ajout de tâches non traditionnel, il était important que l'équipe de travail puisse apporter des modifications à leurs méthodes de travail habituelles.

Chapitre 5- Discussion

Le but de cette étude était d'examiner la capacité du SNT de la Place Bell à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé, soit de libérer des lits à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en transférant des personnes âgées atteintes de la COVID-19 vers ce site. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de décrire les services produits et les ressources utilisées par ce site ainsi que de décrire l'expérience des différents employés à l'égard du fonctionnement du site. Cette discussion présente un cours résumé de la discussion de l'article suivi d'une discussion des résultats complémentaires. Par la suite, la contribution de cette étude aux sciences infirmières est discutée.

5.1 Résumé de la discussion de l'article

Alors que le site a permis d'admettre des usagers atteints de la COVID-19 venant du milieu hospitalier et de réduire le taux d'occupation à l'hôpital, le site avait un taux d'occupation faible durant l'ensemble de sa période d'opération. Les critères d'admission peuvent avoir contribué à réduire le nombre d'admissions au site. Par contre, ces critères étaient cohérents avec le but du site ainsi qu'avec les ressources matérielles et humaines disponibles pour le déploiement et l'opération du site. L'ouverture du site semble avoir eu lieu trop tard durant la première vague de la pandémie, réduisant le nombre d'admissions possibles ainsi que la pertinence du site. Considérant que le site a ouvert durant la première vague de la pandémie, où il y avait peu de prévisibilité dans l'évolution de la situation et des besoins de santé, il est compréhensible que les démarches pour ouvrir le SNT se soient effectuées tardivement durant cette vague. Malgré son efficacité réduite, le site a réussi à contribuer à maintenir un taux d'occupation acceptable au centre hospitalier. La durée moyenne de séjour au site était plus élevée que dans d'autres SNT comparable. La nécessité pour les usagers d'obtenir deux résultats PCR négatifs de suite afin d'être considéré rétabli et pouvoir réintégrer leur milieu de vie semble être la cause primaire de cette durée moyenne de séjour prolongé.

Le site a été capable d'atteindre ses objectifs tout en ayant une proportion de 50% des ressources humaines n'ayant pas de formation ni d'expérience en santé. Ce ratio semble approprié, considérant l'atteinte des objectifs et la satisfaction des employés quant à la composition des équipes. De plus, la stabilité des usagers et l'absence de soins complexes ont

également contribué à rendre ce ratio possible. Le ratio élevé de personnel-patient a également contribué à faciliter ce ratio, en permettant davantage aux employés formés de soutenir et encadrer les autres employés. Le ratio élevé de personnel-patient semblait adéquat, en considérant la charge de travail additionnelle causée par le manque de personnel de soutien, le faible nombre de PAB formés, la composition des équipes variées, le besoin de créer une organisation de travail, les mesures de prévention et contrôle des infections ainsi que des enjeux occasionnés par les caractéristiques non traditionnelles du milieu. Malgré que la variété de professionnels de différentes disciplines semble avoir eu lieu de façon accidentelle, cette composition d'équipe a apporté plusieurs avantages au site. Premièrement, la présence de professionnels de réadaptation a permis d'offrir des activités de réadaptation, qui était pertinent considérant la clientèle gériatrique admise. De plus, les usagés étaient isolés dans leur chambre en milieu hospitalier à cause du risque de transmission du virus, réduisant ainsi leur mobilisation avant leur admission au site. Tel que vu dans la littérature (Erickson, Johnson et Blanchfield, 2020; Kreiss et al., 2010; Naor, 2019), la variété de professionnels de différentes disciplines a permis non seulement d'offrir des services multidisciplinaires, mais également de faciliter l'ajustement des services offerts au SNT selon les besoins de la population. Malgré que certains professionnels avaient été délestés afin d'agir à titre de PAB ou d'aide de service, ils pouvaient également exercer leurs fonctions de professionnels au site.

Le cout de 1 061,77\$ CAD par nuit au site était moins élevé que la moyenne de cout par nuit dans l'hôpital connexe, évalué à 3 675\$ CAD. Par contre, le cout par nuit au SNT était plus élevé qu'en CHSLD, évalué à 250\$ à 300\$ CAD par nuit et qui offre des services semblables. Le cout par nuit au SNT était également plus élevé que dans un SNT comparable au Québec, estimé à 661\$ CAD par nuit. La durée de séjour prolongée ainsi que la courte période d'opération du site ont contribué à augmenter le cout par nuit au SNT. Par contre, en considérant que les usagers seraient potentiellement demeurés en milieu hospitalier en l'absence du SNT, le site était une option moins couteuse. De plus, il est probable que l'option du SNT était plus avantageuse au niveau financier ainsi que pour la sécurité de la population, que de retourner les usagers infectés dans leur domicile et de risquer de propager le virus dans différents milieux de vie.

5.2 Discussion des résultats complémentaires

5.2.1 L'autonomie et l'indépendance du SNT

Certains auteurs ont nommé l'importance pour un SNT d'être indépendant et autosuffisant à différents égards, notamment en matière d'équipements et fournitures médicales, de laboratoire et de diagnostic ainsi que pour la médication (Kreiss et al., 2010; Naor, 2019). Alors que le SNT de la Place Bell faisait partie de l'organisation du CISSS de Laval, certains services n'ont pas été dupliqués et sont demeurés disponibles seulement à l'Hôpital la Cité-de-la-Santé, notamment l'équipement de laboratoire et de diagnostic. Le SNT de la Place Bell et le milieu hospitalier ont réussi à bien coordonner ces services et l'utilisation des services de laboratoires et d'équipement diagnostique du centre hospitalier n'a pas été nommée comme barrière au bon fonctionnement du site. L'accès à ce plateau technique de l'hôpital a également contribué à réduire les coûts du déploiement du SNT, mais également à restreindre les critères d'admission aux usagers ne nécessitant pas ces services en urgence. Malgré que l'accès aux services de laboratoires et d'équipement diagnostiques aurait potentiellement permis d'admettre plus d'usagers au site en élargissant les critères d'admission, ceci aurait augmenté de façon considérable les coûts du site ainsi que les besoins en ressources humaines. Il semble donc adéquat pour un SNT de dépendre d'un autre établissement pour certains services, si le milieu est à proximité et que la coordination et la communication entre les milieux s'effectuent de façon adéquate (Peleg et Kellermann, 2009; Stewart et al., 2020). Alors que l'autonomie en termes de décisions et de protocoles n'a pas été abordée dans la littérature consultée, cette étude démontre l'importance pour un SNT d'avoir une autonomie quant à plusieurs décisions internes. L'organisation du travail et des ressources humaines et la mise en place de plusieurs initiatives semblent s'être effectuées de façon autonome, réduisant ainsi les restrictions internes et le temps requis pour effectuer des changements. Cette autonomie semble importante alors que les SNT ont des différences avec les milieux traditionnels de soins, créant ainsi le besoin d'adapter plusieurs politiques et procédures pour ces milieux. De plus, la nécessité d'ouvrir rapidement un SNT pour répondre à une urgence (Chen et al., 2020; Kreiss et al., 2010; Naor, 2019) ainsi que les changements constants qui doivent être apportés pour développer un nouveau site et s'adapter aux besoins évolutifs de la population rendent cette autonomie importante. Cette autonomie

permet de déployer rapidement le site et de pouvoir ensuite créer les ajustements nécessaires sans délai.

Ces résultats s'insèrent dans plusieurs discussions quant à la gouvernance durant la COVID-19 et la décentralisation de celle-ci. Alors que la nécessité de centraliser et de coordonner certaines sphères au niveau national est suggérée dans la littérature (Cinti et al., 2008; Daanoune et Jaouhari, 2021; Naor, 2019; Peleg et Kellermann, 2009), la décentralisation de certaines décisions ressort comme un facteur important contribuant à l'agilité des organisations de santé (Daanoune et Jaouhari, 2021). Selon Nobre (2020), la crise sanitaire causée par la COVID-19 a démontré que la décentralisation de la gouvernance est requise, alors qu'il n'est pas possible d'attendre une réponse de la part d'une autorité centrale pour toutes les décisions. Selon l'auteur « la décentralisation, la délégation sont une priorité pour la réactivité et l'adaptation du système de santé et la diversité des situations et des territoires » (Nobre, 2020). L'autonomie du SNT a permis à la gestionnaire et à l'équipe de soins de faire preuve d'agilité au niveau de l'organisation du travail, de la gestion des ressources humaines et des politiques et procédures internes. La gouvernance agile implique « des pratiques et des méthodes de travail qui facilitent des réponses rapides » (Daanoune et Jaouhari, 2021, p. 380) et des « méthodes permettant de répondre aux incertitudes découlant d'un environnement » (Daanoune et Jaouhari, 2021, p. 383). L'évolution du but du SNT vers un site offrant des services de réadaptation et répondant aux besoins de la population a également été possible grâce à l'adaptabilité et l'agilité du site. Une combinaison de la centralisation de la gouvernance, particulièrement en matière de coordination des ressources (Cinti et al., 2008; Daanoune et Jaouhari, 2021; Hong et Lee, 2018; Naor, 2019; Peleg et Kellermann, 2009) et de décentralisation de la gouvernance, qui peut faciliter l'agilité des organisations et l'adaptation aux circonstances locales (Daanoune et Jaouhari, 2021; Hong et Lee, 2018), semble requise dans la gestion d'un SNT et au sein des organisations de santé. Les résultats de cette étude suggèrent une décentralisation en matière d'organisation du travail, particulièrement au niveau de la gestion des horaires, des rôles et responsabilités des professionnels et de la division du travail afin de faciliter la gestion d'un SNT.

Un changement au niveau des bureaucraties et des acteurs à consulter semblent avoir permis aux participants de mettre en place des initiatives et effectuer des changements au site.

Un allègement des procédures pour les demandes de projets et de changements semble essentiel durant une période de crise (Nobre, 2020; Daanoune et Jaouhari, 2021). Ces allègements pourraient permettre aux organisations d'être davantage agiles et de s'adapter aux situations changeantes et aux besoins évolutifs de la population. Alors que les bureaucraties demeurent nécessaires durant une période de crise, ces résultats soutiennent la nécessité pour celles-ci d'être adaptables et flexibles afin de permettre l'agilité et l'adaptabilité des organisations de santé (Daanoune et Jaouhari, 2021), particulièrement en contexte de SNT.

La variété de professionnels de différentes disciplines a également contribué à augmenter l'indépendance du site vis-à-vis le centre hospitalier. Alors que la composition variée de l'équipe semble avoir eu lieu de façon accidentelle, cela a permis de ne pas avoir à utiliser certaines ressources humaines du milieu hospitalier, notamment les professionnels de réadaptation. Par exemple, l'ergothérapeute qui avait été réaffecté comme PAB au site pouvait tout de même faire des consultations en ergothérapie au besoin, éliminant le besoin d'interpeller les ressources du centre hospitalier. Le haut ratio de personnel-patient a également contribué à l'agilité du site, en permettant aux professionnels d'avoir le temps d'exercer leurs deux fonctions simultanément.

5.2.2 Le soutien psychologique aux employés offert par les établissements de santé

Cette étude démontre la pertinence de revoir les façons dont les établissements de santé offrent du soutien aux employés et aux professionnels. Ceci est particulièrement important durant une situation de crise, telle que la pandémie de la COVID-19, où les professionnels peuvent être exposés à un nombre élevé de décès et vivre de l'anxiété, de la dépression et de la détresse (Selman et al., 2020). Alors que les participants ont eu recours à du soutien informel entre collègues et que l'ensemble des participants à l'étude n'ont pas utilisé les services mis en place par le CISSS de Laval, il serait important de réévaluer les services offerts aux employés, particulièrement ceux réaffectés dans d'autres services et dans des milieux non traditionnels lors de différentes situations de crise. L'article de Gautier et al. (2022) qui analyse les liens entre le style de leadership et les mesures de soutien mis en place pour les employés délestés dans des CHSLD de deux établissements de soins au Québec, dont celui du CISSS de Laval, a démontré que certaines mesures semblaient davantage utilisées et appréciées par le personnel de la santé (Gautier et al., 2022). Ceci inclut notamment le principe de pairage de deux employés délestés

afin qu'ils s'offrent du soutien mutuel, qui avait été apprécié par les employés de l'organisation (Gautier et al., 2022). Cette étude a également démontré l'importance d'une formation en gestion de détresse psychologique pour les employés et les gestionnaires, avant de les réaffecter vers différents milieux non traditionnels (Gautier et al., 2022). Cette formation était offerte par le programme d'aide aux employés afin d'outiller les employés à mieux gérer leur anxiété et détresse psychologique. Puisqu'une des barrières à l'utilisation du soutien formel de l'organisation semblait être le délai entre la survenue de l'évènement et l'utilisation du service, la pertinence de cette formation en gestion de détresse psychologique semble d'autant plus importante. Une formation visant à développer l'autoefficacité émotionnelle des professionnels de la santé pourrait augmenter leur bien-être psychologique au travail et diminuer les risques de détresse psychologique (Deschênes et Capovilla, 2016). Ce type de formation pourrait être offert par les organisations afin que les employés puissent eux-mêmes réagir et discuter sans délai d'un évènement difficile. Alors qu'il est fréquent que le soutien psychologique offert soit majoritairement de nature formelle, telle que la consultation avec un psychologue, cette étude démontre que le soutien informel semble principalement utilisé. Le soutien informel avait également lieu entre collègues, et il pourrait être avantageux pour les organisations de favoriser ce type de soutien, par exemple en favorisant le développement des liens sociaux entre collègues et le pairage des employés (Greenberg et Tracy, 2020) ou en déployant une clinique mobile offrant du soutien informel dans les milieux hospitaliers (Decamp et al., 2002).

5.3 Contribution aux sciences infirmières

La description des activités professionnelles des infirmières au site apporte une réflexion sur le type d'infirmières qui devrait être réaffecté vers ces milieux. Puisque les infirmières avaient la perception de devoir approfondir leurs évaluations et compte tenu de la faible fréquence des visites des médecins, il est possible que les infirmières détenant un baccalauréat en soins infirmiers soient davantage outillées pour occuper de telles fonctions. De plus, les infirmières ayant de l'expérience dans des rôles exigeant plus d'autonomie pourraient avoir davantage d'expérience et de connaissances pour être réaffectées vers des milieux non traditionnels.

Cette étude démontre également qu'il est possible que les infirmières exerçant dans des SNT soient amenées à déployer davantage leur étendue de pratique que dans certains milieux traditionnels. Selon les six dimensions regroupant les différentes activités de soins incluses dans l'étendue de pratique des infirmières créées par D'Amour et al. (2012), les conditions de pratique en SNT semblent permettre une plus grande étendue de pratique que dans certains milieux de soins traditionnels. Le haut ratio d'infirmière-patient ainsi que l'autonomie des infirmières ont contribué à augmenter l'étendue de pratique des infirmières dans la dimension de l'évaluation et de la planification des soins (D'Amour et al., 2012). Le travail en interdisciplinarité et les rencontres multidisciplinaires ainsi que la coordination faite par les infirmières dès l'admission de l'utilisateur jusqu'à la planification de leur congé ont permis d'augmenter leur étendue de pratique dans la dimension de la communication et coordination des soins (D'Amour et al., 2012). La présence de personnel ne détenant pas de formation en santé ainsi que la réaffectation de personnel de différents milieux ont contribué à ce que les infirmières développent leurs activités reliées à l'intégration et l'encadrement du personnel (D'Amour et al., 2012). Finalement, puisqu'il s'agissait d'un nouveau site de soins dans un environnement non traditionnel et évolutif et qu'il n'y avait pas d'organisation de travail déjà établi, les infirmières ont été très impliquées dans la dimension de l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins (D'Amour et al., 2012). Plusieurs facteurs ont contribué à ce que le SNT soit un environnement propice à ce que les infirmières occupent une plus grande partie de leur étendue de pratique. La plus grande étendue de pratique des infirmières en SNT peut avoir des similitudes avec le travail d'infirmières dans d'autres milieux de soins moins traditionnels, tels que les infirmières exerçant dans des régions éloignées et en dispensaire. La plus petite taille des équipes de soins et la présence réduite des médecins sont deux facteurs qui peuvent contribuer à une plus grande étendue de pratique dans les SNT comme dans les milieux éloignés. Alors que certaines dimensions de l'étendue de la pratique infirmière semblent plus souvent réalisées par les infirmières en région éloignée (Morin et Lessard, 2019; Lazure, 2002), celles liés au leadership infirmiers, incluant la communication et la coordination des soins ainsi que l'intégration et l'encadrement du personnel sont moins réalisés (Morin et Lessard, 2019; INSPQ, 2009). En comparaison, les infirmières du SNT ont mentionné avoir effectué davantage d'actes infirmiers dans les dimensions liés au leadership infirmier à la Place Bell. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à ce que les infirmières occupent une plus grande partie de leur étendue

de pratique dans ces dimensions, notamment la présence d'une équipe multidisciplinaire directement au site, l'absence d'une assistante infirmière-chef ainsi que la nécessité de collaborer avec le milieu hospitalier pour certains services. Au niveau de l'intégration et l'encadrement du personnel, la réaffectation de plusieurs employés vers de nouveaux rôles et responsabilités, d'une nouvelle clientèle ainsi que le nombre élevé d'employés sans formation ni expérience en santé ont probablement contribué à déployer une plus grande étendue de pratique des infirmières dans cette dimension. Il est donc possible que les conditions de pratique dans différents milieux non traditionnels aient des impacts variés sur les différentes dimensions de la pratique infirmière. Une meilleure compréhension de ces conditions de pratique et de leurs impacts pourrait permettre de développer l'étendue de pratique des infirmières dans différents milieux. De plus, cette compréhension pourrait contribuer à développer la formation pour les infirmières dans différents milieux, selon les dimensions de la pratique qui sont davantage sollicitées.

L'équipe soignante avait également de l'autonomie quant à l'organisation de leur travail. Plusieurs aspects de l'organisation du travail au SNT étaient cohérents avec les principes d'auto-organisation du travail, connu sous le nom de *self-organization* en anglais. Le *self-organization* fait référence aux façons avec lesquelles les professionnels coordonnent leurs activités et leurs structures de façon autonome afin de répondre à un besoin (Bruening et al., 2022). Dans les principes du *self-organization*, les professionnels créent leurs propres routines de travail et leur méthode de coordination entre professionnels de différentes disciplines (Bruening et al., 2022; Jantunen et al., 2020; Buurtzorg, 2019). De plus, les rôles de chacun s'adaptent et évoluent dans le temps, selon l'évolution des besoins et du contexte (Bruening et al., 2022).

Au SNT de la Place Bell, la nouveauté du site et l'absence de structure de travail initial ont contribué à l'auto-organisation des routines de travail et de l'évolution activités professionnelles des différents membres de l'équipe. De plus, la composition changeante des équipes et l'évolution du but ont favorisé l'évolution et l'ajustement de l'organisation du travail au site. Finalement, le haut pourcentage d'employés sans formation ni expérience en santé, qui n'avaient pas l'expérience de l'organisation du travail en milieu hospitalier, a permis à l'équipe d'avoir différents points de vue sur l'organisation du travail au site. Alors que la séparation physique entre les professionnels de différentes disciplines est soulevée comme facteur nuisant à l'auto-organisation (Bruening et al., 2022), la proximité physique de l'ensemble des

professionnels au site a facilité l'organisation du travail entre eux. Puisque la littérature démontre que l'auto-organisation contribue à l'adhésion des professionnels à différents programmes cliniques (Bruening et al., 2022), il est possible que cela ait contribué à l'engagement des professionnels au SNT de la Place Bell et à leur expérience de travail positive. Plusieurs facteurs étroitement liés aux caractéristiques non traditionnelles du site semblent avoir favorisé l'auto-organisation du travail pour les professionnels de différentes disciplines. Il est possible que les milieux de soins non traditionnels soient des environnements favorables à ce type de modèles d'organisation du travail, qui pourraient être davantage appropriés que de transposer des modèles d'organisation du travail utilisés dans des contextes de soins traditionnels.

Une combinaison de plusieurs facteurs semble donc avoir permis aux infirmières d'occuper une plus grande étendue de pratique au SNT que dans leurs fonctions traditionnelles. L'autonomie qu'avait l'équipe soignante quant à l'organisation de son travail, l'environnement et la composition de l'équipe en combinaison avec une infirmière gestionnaire ayant une bonne compréhension du rôle des infirmières semblent avoir contribué à créer un contexte favorable pour que les infirmières occupent davantage leur étendue de pratique.

5.4 Limites de l'étude

L'étude porte seulement sur le SNT de la Place Bell et il peut donc être plus difficile de généraliser les résultats de l'étude à d'autres SNT accueillants des usagers atteints de la COVID-19. Par contre, les données quantitatives utilisées dans l'analyse sont des données obtenues à la source et complètes. La validité externe a été considérée en abordant la transférabilité des résultats de l'étude. La transférabilité correspond à la capacité des résultats de l'étude d'être transférés vers d'autres milieux ou groupes d'individus (Lincoln et Guba, 1985, cité dans Creswell et Poth, 2018). Une explication détaillée du site à l'étude incluant la mission du site, la clientèle cible, les critères d'admission et une description des lieux physiques sont inclus afin de faciliter la transférabilité des résultats. La population desservie par le CISSS de Laval ainsi que les services déjà présents et les autres SNT déployés durant la pandémie sont également décrits. Une explication détaillée du milieu et des participants inclus dans l'étude facilitera la considération des résultats de l'étude pour d'autres milieux de soins. Malgré le recrutement effectué auprès des employés embauchés par la plateforme de recrutement, aucun de ses

employés n'a manifesté son intérêt pour participer à cette étude. Puisque leurs perspectives pourraient différer de ceux des employés de l'organisation et de travailleurs de la santé, ceci constitue une limite à cette étude. La sollicitation du personnel de la santé pour participer à des projets de recherche durant la pandémie de la COVID-19 où les ressources sont limitées est également un aspect à considérer (Spagnolo et al., 2020). Malgré que la présente a eu lieu en virtuel, le personnel de santé demeure très sollicité durant cette pandémie (Spagnolo et al., 2020). Ceci peut être un des facteurs expliquant le nombre restreint de participants ainsi que la participation d'un seul gestionnaire à cette étude.

L'absence de présentation des résultats de l'étude aux participants afin de vérifier la précision avec laquelle les résultats décrivent leurs expériences constitue une limite de l'étude. Un retour aux participants afin de valider les résultats de l'étude aurait permis une meilleure crédibilité et validité interne des résultats de cette étude. Ce retour n'a pas été effectué compte tenu que tous les participants étaient de retour dans leur milieu de travail traditionnel et étaient très sollicités durant la troisième vague de la pandémie. La crédibilité des résultats fait référence à la représentation précise de l'expérience des participants (Whittemore, Chase et Mandle, 2001, cité dans Creswell et Poth, 2018). Bien qu'aucun retour aux participants n'ait été effectué, la participation de professionnels d'une variété de disciplines, de non professionnel et d'un gestionnaire ont permis d'inclure différentes réalités vécues. Ces différentes perspectives peuvent augmenter la crédibilité des résultats de cette étude.

Cette étude s'est déroulée a posteriori et les entrevues ont été effectuées environ un an et trois mois suivant l'expérience des participants au SNT. Ce long délai peut avoir eu un impact sur leurs perceptions et souvenirs de leur expérience.

Les entrevues semi-dirigées de cette étude ont eu lieu en virtuel à cause des mesures sanitaires et les restrictions liées à la pandémie de la COVID-19 qui étaient en vigueur. Les entrevues en virtuel comportent plusieurs avantages, mais également certaines limites. Plusieurs études portant sur l'utilisation des technologies dans le cadre d'études qualitatives ne s'entendent pas sur les avantages et les limites (Iacono, Symonds et Brown, 2015). Par contre, certaines études rapportent les limites que posent les entrevues virtuelles sur les types de participants à l'étude. En effet, il se peut que les entrevues virtuelles soient une barrière pour les participants

plus âgés (Sullivan, 2012) et ceux n'ayant pas accès aux technologies numériques, telles que lors d'isolement géographique (Spagnolo et al., 2020). Cette difficulté peut causer une sous-représentation de certains groupes et donc un biais dans la recherche (Spagnolo et al., 2020). De plus, certaines études supposent que la communication non verbale, un aspect important de la recherche qualitative, peut être plus difficile à interpréter lors d'entrevues virtuelles (Seitz, 2016; Bayles 2012). Cette limite serait surmontable lorsque le chercheur se concentre sur la voix du participant, son expression faciale et la position de son visage et de ses épaules (Iacono, Symonds et Brown, 2015; Seitz, 2016). Certaines études considèrent que la relation entre le chercheur et le participant peut être plus difficile à établir lors d'entrevues virtuelles, surtout lorsque des difficultés technologiques surviennent (Seitz, 2016; Cater 2011; Rowley, 2012). Inversement, certains auteurs stipulent que les participants introvertis pourraient être plus confortables dans un environnement familier qu'ils peuvent choisir (Iacono, Symonds et Brown; Hanna, 2012; Seitz, 2016). L'utilisation des entrevues en virtuel peut également éliminer le besoin du chercheur de se rendre sur les lieux et de visiter l'environnement du participant (Spagnolo et al., 2020). Cette information, qui peut être pertinente pour le chercheur et la compréhension des données, peut donc ne pas être incluse dans la recherche. Considérant l'information divergente concernant les entrevues virtuelles, ces limites doivent tout de même être considérées pour cette étude.

5.5 Retour réflexif

L'expérience de mener cette étude a été extrêmement enrichissante. Les entrevues semi-dirigées avec les participants m'ont permis d'être témoin des impacts positifs de travailler en équipe multidisciplinaire sur les soins offerts aux usagers. Cette expérience d'entrevues auprès d'une variété de professionnels et de non professionnels m'a permis d'explorer les différents facteurs menant à un environnement favorable à l'utilisation des compétences de chacun. En tant qu'infirmière clinicienne, les échanges avec d'autres types de professionnelles m'ont permis de m'immerger dans un contexte non traditionnel où les rôles et la collaboration de chacun ont été adaptés par l'équipe elle-même afin de créer une structure de travail propre à leur composition d'équipe et les besoins des usagers. Ma formation et mon expérience en tant qu'infirmière clinicienne m'ont guidées tout au long de cette étude, notamment dans mes discussions concernant les activités de chaque participant. L'étendue de pratique optimale des infirmières

étant un sujet d'actualité et une préoccupation au Québec, la recherche d'une description et d'une compréhension des rôles et des activités professionnelles qu'ont prises les divers professionnels au SNT ont guidé la préparation et le déroulement des entrevues semi-dirigées ainsi que l'analyse de la composition des équipes de travail. Une attention particulière aux activités professionnelles des infirmières et de l'infirmière gestionnaire a été apportée, de par mon intérêt et mes connaissances plus développés pour les activités réservées de cette profession en comparaison avec les autres professions au SNT.

Chapitre 6- Conclusion

Les résultats de cette étude montrent différents facteurs qui doivent être pris en considération lors de l'analyse de l'efficacité d'un SNT à atteindre ses objectifs. Les situations exceptionnelles menant au déploiement d'un SNT exigent une prudence quant à la comparaison d'un SNT avec les milieux de soins traditionnels. Il est judicieux de considérer les alternatives possibles, leur faisabilité ainsi que leurs répercussions dans l'évaluation de la pertinence du déploiement d'un SNT. Les résultats mettent en évidence la pertinence d'analyser l'aspect quantitatif et qualitatif de l'efficacité d'un SNT, particulièrement l'expérience des soignants lors de situation de crise et de pénurie de personnel. Les résultats de cette étude démontrent l'importance d'inclure des professionnels d'une variété de disciplines de la santé au sein de l'équipe en SNT. Plusieurs facteurs ayant un impact sur les ratios de personnel-patients à utiliser en SNT ont été explorés. Cette étude met également de l'avant la pertinence de revoir le soutien qu'offrent les organisations aux professionnels de la santé dans ce type de milieu. Les professionnels semblaient avoir davantage recours à du soutien informel et les ressources déployées par l'organisation devraient s'orienter avec ces besoins. L'autonomie et l'indépendance du site semblent également être des facteurs importants pour favoriser l'atteinte des objectifs. Finalement, les résultats de l'étude suggèrent que les conditions de pratique des soins infirmiers en SNT peuvent rendre propice le déploiement d'une plus grande étendue de pratique que certains milieux de soins traditionnels. Les modèles d'auto-organisation du travail semblent davantage appropriés en SNT que les modèles utilisés dans les contextes de soins traditionnels.

Cette étude démontre que les infirmières ont l'expertise et la formation nécessaire afin de déployer leur pleine étendue de pratique, même en contexte de soins dans un environnement non traditionnel. Il semble primordial pour les décideurs et les gestionnaires du système de santé de prendre le temps d'analyser les conditions gagnantes afin que les infirmières exercent leur pleine étendue de pratique, particulièrement dans le contexte actuel de difficulté d'accès aux soins de santé. Les résultats de cette étude démontrent la pertinence de repenser l'organisation des soins de santé à une plus grande échelle afin d'optimiser la contribution de chaque profession. Finalement, considérant les résultats de cette étude démontrant l'avantage de la formation infirmière dans certains postes de gestion ainsi que la recherche limitée sur le sujet de l'infirmière gestionnaire, il serait pertinent d'étudier davantage la valeur ajoutée de la profession d'infirmière dans divers postes de gestion. Une meilleure compréhension de la contribution des infirmières gestionnaires dans le développement de structures et de contextes favorisant une étendue de pratique optimale pour les infirmières serait une avancée pertinente pour la profession.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2007). *Plan montréalais de lutte à une pandémie d'influenza*. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asss_mpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-355-4.pdf
- Ardakani, E., Larimi, N., Nejad, Hosseini, M. et Zargoush, M. (2022). A resilient, robust transformation of healthcare systems to cope with COVID-19 through alternative resources. *Omega*, 114. 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2022.102750>
- Authier, R. (2020, 29 mars). Un hôtel transformé accueille des patients pour libérer des lits d'hôpital. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1689552/coronavirus-hopital-lits-hotel-patients-laval-montreal-covid-19>
- Balicer, R. D., Omer, S. B., Barnett, D. J. et Everly, G. S. (2006). Local public health workers perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*, 6(1), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-99>
- Baumann, A., O'Brien Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M. et Ryan, L. (2001). *Engagement et soins: les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Ottawa, ON, Canada.
- Bayles, M. (2012). Is Physical Proximity Essential to the Psychoanalytic Process? An Exploration Through the Lens of Skype? *Psychoanalytic Dialogues*, 22(5), 569-585. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.717043>.
- Bérubé, A., Roch, G. et Dallaire, C. (2018). Complémentarité des rôles clinico-administratifs infirmiers en contexte hospitalier: une étude de cas. *Recherche en soins infirmiers*, 134. 60-69. <https://DOI.10.3917/rsi.134.0060>
- Bogucki, S. et Isakov, A. (2015). Patients under investigation for Ebola virus disease in the United States: Hospital Preparedness planning and alternate care facilities. *Academic Emergency Medicine*, 22(5), 600-604. <https://doi.org/10.1111/acem.12661>
- Bourhis, A. et Chênevert, D. (2019). *À vos marques, prêts, gérez!: La GRH pour gestionnaires* (2^e éd.). Pearson ERPI.
- Brami, L., Damart, S. et Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management Et Avenir*, 3(61), 168-189. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>
- Breyre, A., Sloane, B., Herring, C., Backer, H., McGinnis, T. et Staats, K. (2021). Establishment of an Alternate Care Site (ACS) in Imperial County During COVID-19. *Systems of Medicine*, 22(3), 608-613. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.12.49237>

- Bruening, R., Sperber, N., Wang, V., Mahanna, E., Choate, A., Tucker, M., Zullig, L., Harold Van Houtven, C., Allen, K. et Hastings, S. (2022). Self-Organization of Interprofessional Staff to Improve Mobility of Hospitalized Patients with STRIDE: a Complexity Science-Informed Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07482-9>
- Buurtzorg. (2022). *The Buurtzorg Model*. <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>
- Canadian Institute for Health Information. (2021). *Your Health System*. [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/015/cout-d-un-sejour-standard-a-l-hopital;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1,C4000\);trendCity\(\);trendHospital\(\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/015/cout-d-un-sejour-standard-a-l-hopital;/mapC1;mapLevel2;trend(C1,C4000);trendCity();trendHospital();/)
- Cater, J. (2011). SKYPE – A Cost-effective Method for Qualitative Research. *Rehabilitation Counselors & Educators Journal*, 21(2). <https://doi.org/10.513/sro.3952>
- Center for Disease Control and Prevention. (2021, 8 avril). *Post-COVID Conditions*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. (2020a, 24 septembre). *L'aréna Cartier deviendra un site non traditionnel de soins pour les patients atteints de la COVID-19*. http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/COVID_19/Communiqués_de_presse/2020-09-24_Communique_de_presse_Arena_Cartier_SNT.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. (2020b). *Surveillance de l'état de santé de la population-Laval en 2020*. https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Documentation/Sante_publique/Profils_et_portraits/Portraits/Infographie_Portrait_lavallois_2020_2020-01-29.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (2020). *Trouver un point de service*. Laval en santé. <http://www.lavalensante.com/coordonnees/trouver-un-point-de-service/>
- Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., Bärnighausen, T. et Wang, C. (2020). Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 395(10232), 1305-1314. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30744-3)
- Cheng, A., Chen, Y., Gao, Y., Sun, P., Chang, R., Zhou, B., Qiu, H. et Cheng, F. (2021) Mobile isolation wards in a fever clinic : a novel operation model during the COVID-19 pandemic. *Epidemiology and Infection.*, 149. 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0950268821000467>
- Cinti, S. K., Wilkerson, W., Holmes, J. G., Schlafer, J., Kim, C., Collins, C. D., Bandy, K., Krupansky, F., Lozon, M., Bradin, S., Wright, C., Goldberg, J., Wagner, D., Rodgers, P.,

- Atas, J. et Cadwallender, B. (2008). Pandemic Influenza and Acute Care Centers: Taking Care of Sick Patients in a Nonhospital Setting. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 6(4), 335-348. <https://doi.org/10.1089/bsp.2008.0030>
- Copanitsanou, P., Fotos, N. et Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172-176.
- Cousineau, M. (2021, 18 août). Une facture de plus de 6,5 millions pour isoler des malades à l'hôtel Le Concorde de Québec. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/625683/coronavirus-une-facture-de-plus-de-6-5-millions-pour-isoler-des-malades-a-l-hotel-le-concorde-de-quebec>
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4^e éd.). SAGE Publication.
- Daanoune, M. et Jaouhari, L. (2021). La gouvernance adaptative et agile à l'épreuve de la pandémie Covid 19 au Maroc: Des leçons pour l'avenir. *Alternatives Managériales et Économiques*, 3(2), 378-398.
- D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tcouaket, E, Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4>
- Decamp, S., Gaudron, S., Perrier, M., Mitaine, L., Mervaux, M. et Bouglé, M. (2002). Le soutien de couloir: un soutien informel destiné aux soignants. *Médecine et Hygiène*, 17(1), 16-19.
- Delgado, R., Quesada, P., Garcia, E., Zabalza, I., Vázquez, M. et Balin, R. (2021). Alternate Care Sites for COVID-19 Patients : Experience from the H144 Hospital of the Health Service of the Principality of Asturias, Spain. *Prehospital and Disaster Medicine*. <https://doi:10.1017/S1049023X21001102>
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017, janvier). L'étendue optimale de la pratique infirmière- Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*. (51-55). <http://www2.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no01/11-recherche.pdf>
- De Val, J., Sohal, G., Sarwar, A., Ahmed, H., Singh, I. et Coleman, J. J. (2021). Investigating the challenges and opportunities for medicines management in an NHS field hospital during the COVID-19 pandemic. *European Association of Hospital Pharmacists*, (28), 10-15. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002364>
- Direction de santé publique de Montréal. (2004, décembre). *Cliniques de vaccination de masse: modèles organisationnels non traditionnels*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2004/20041202/03influenza/jasp-2004-bier-roy-vaccinationmasse.pdf>

- Draper, H., Wilson, S., Ives, J., Gratus, C., Greenfield, S., Parry, J., Petts, J. et Sorell, T. (2008). Healthcare workers attitudes towards working during pandemic influenza: A multi method study. *BMC Public Health*, 8(1), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-192>
- Deschênes, A.-A. et Capovilla, P. (2016). L'auto-efficacité émotionnelle: un facteur à considérer pour expliquer la santé psychologique au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 22(1), 173-186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pto.2016.02.006>
- Déserts, M., Mathais, Q., Luft, A., Escarment, J. et Pasquier, P. (2020). Conception and deployment of a 30-bed field military intensive care hospital in Eastern France during the 2020 COVID-19 pandemic. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(3), 361-362. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.04.008>
- Ehrenstein, B. P., Hanses, F. et Salzberger, B. (2006). Influenza pandemic and professional duty: Family or patients first? A survey of hospital employees. *BMC Public Health*, 6(1), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-311>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. et Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de la santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): Quels risques pour leur santé mentale? *L'encéphale*, 46, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Erlanson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L. et Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. SAGE Publications.
- Erickson, J. I., Johnson, S. H. et Blanchfield, B. B. (2020). Using Magnet Model Components at a COVID-19-Positive Field Hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(9), 435-437. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000912>
- Gaudet, S., Robert, D. et Lavoie, K. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gautier, L., Gabet, M., Duhoux, D., Traverson, L., Ridde, V., Zinszer, K. et David, P. (2022). *Supporting deployed hospital staff during the first pandemic wave in the Montreal region: what does it say about hospital management styles?* *Organization studies*, soumis juin 2022.
- Georger, F., Dos Santos, E., Gazagne, L., Berdagué, P., Saib, A., Nahon, S., Piquet, J. et Amara, W. (2020). COVID IMPACT: analyse des différents facteurs de stress du personnel hospitalier dans 2 centres hospitaliers en France lors de la pandémie COVID-19. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 5(69), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2020.09.005>

- Gouvernement du Canada. (2004, février). *Lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels: Préparation du Canada en cas de grippe pandémique: Guide de planification pour le secteur de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/lignes-directrices-a-intention-des-lieux-de-soins-de-sante-et-des-soignants-non-traditionnels.html>
- Gouvernement du Canada. (2017, décembre). *Lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels: Préparation du Canada en cas de grippe pandémique: Guide de planification pour le secteur de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/lignes-directrices-a-intention-des-lieux-de-soins-de-sante-et-des-soignants-non-traditionnels.html#A17>
- Gouvernement du Canada. (2021, 18 janvier). *Maladie à coronavirus (COVID-19) : Prévention et risques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques.html#p>
- Gouvernement du Canada. (2022, 22 avril). *Traitements contre la COVID-19*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/medicaments-vaccins-traitements/traitements.html>
- Gouvernement du Québec. (2006). *PHY L01C2- Sites non traditionnels de soins (SNT) Programme de formation*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/formation-pandemie/PHY_L01C2_sites_non_traditionnels_de_soins.pdf
- Gouvernement du Québec. (2020a, 15 juillet) *Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD Sainte-Dorothée*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-05W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020b, 21 décembre). *La maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec Symptômes, transmission et traitement*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement/>
- Gouvernement du Québec (2021a, 30 mars). *Pandémie de la COVID-19 – Ajout de mesures pour encadrer la pratique des agences de placement de personnel*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiquer-2729/>
- Gouvernement du Québec. (2021b, 8 juillet). *Sites de vaccinations contre la COVID-19 à Montréal*. Santé Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/population/coronavirus-covid-19/vaccination/sites-vaccinations/>

- Gouvernement du Québec. (2022, 20 mai). *Quand faut-il s'isoler*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement/quand-faut-il-sisoler>
- Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique. Arrêté numéro 2020-007. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf
- Greenberg, N. et Tracy, D. (2020). What healthcare leaders need to do to protect the psychological well-being of frontline staff in the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader*, 4(10), 101-102. doi:10.1136/leader-2020-000273
- Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D. et Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 122-128. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x>
- Hanna, P. (2012). Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. *Qualitative Research*, 12(2), 239-242. <https://doi.org/10.1177/1468794111426607>
- Hermand, M. et Benjamin, A. (2020). Retour d'expérience du soutien porté au personnel soignant de l'hôpital Paul Brousse par le service de l'Albatros dans le cadre de la pandémie du coronavirus. *Psychotropes*, 26(2), 75-85.
- Hong, S., et Lee, S. (2018). Adaptive governance and decentralization: Evidence from regulation of the sharing economy in multi-level governance. *Government Information Quarterly*, 35(2), 299-305.
- Hua, X., Gu, M., Zeng, F., Hu, H., Zhou, T., Zhang, Y et Shi, C. (2020). Pharmacy administration and pharmaceutical care practice in a module hospital during the COVID-19 epidemic. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(3), 431-438. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.04.006>
- Iacono, V. L., Symonds, P. et Brown, D. H. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online*, 21(2), 103-117. <https://doi.org/10.5153/sro.3952>
- Institut de Cardiologie de Montréal. (2021, 23 janvier). *La colchicine réduit le risque de complications liées à la COVID-19*. Institut de Cardiologie de Montréal. <https://www.icm-mhi.org/fr/salle-presse/nouvelles/colchicine-reduit-risque-complications-liees-covid-19>
- Institut national de santé publique du Québec. (2006). *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*. <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/495-MesuresInfluenzaPandemique.pdf>

- Institut national de santé publique du Québec. (2019, octobre). *Entre adaptabilité et fragilité: les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccesservsantecommunrurales.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2021, 10 mars). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020a). *Risques d'hospitalisation et projections des besoins hospitaliers*. <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/risques-dhospitalisation-et-projections-des-besoins-hospitaliers.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020b, décembre). *Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès*. État des pratiques rédigé par Éric Tremblay et Mike Benigeri. Québec, Qc.
- Iseron, K. (2020). Alternative Care Sites: An Option in Disasters. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 484-489. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47552>
- Jantunen, S., Piippo, J., Surakka, J., Sinervo, T., Ruotsalainen, S. et Burström, T. (2020). Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. *Creative Nursing*, 26(1), 37-42. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.26.1.37>
- Kim, M., Sung, H., Min, H., Chin, B., Koh, I., Lee, B. et Chung, K. (2021). Operation of an alternate care facility in Seoul, Korea : Responding to the third wave of COVID-19 pandemic. *Korean Society for Public Health and Medicine*.
- Kreiss, Y., Merin, O., Peleg, K., Levy, G., Vinker, S., Sagi, R., Abargel, A., Bartal, C., Lin, G., Bar, A., Bar-On, E., Schwaber, M. et Ash, N. (2010). Early Disaster Response in Haiti: The Israeli Field Hospital Experience. *Annals of Internal Medicine*, 153(1), 45-50. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-1-201007060-00253>
- Lacroix, Antoine. (2020, 5 mai). La Place Bell va accueillir...ses premiers patients. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2020/05/05/la-place-bell-accueillera-des-patients-atteints-de-la-covid-19>
- La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients- Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider* (1^{ère} éd).
- Lam, C., Waldhorn, R., Toner, E., Inglesby, T. V. et Otoole, T. (2006). The Prospect of Using Alternative Medical Care Facilities in an Influenza Pandemic. *Biosecurity and*

- Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 4(4), 384-390.
<https://doi.org/10.1089/bsp.2006.4.384>
- Lazure, G. (2002). *La nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec*. Université Laval. <https://www2.unbc.ca/sites/default/files/sections/rural-nursing/en/19-lazure2002report.pdf>
- Lehmann, M., Bruenahl, C., Löwe, B., Addo, M., Schmiedel, S., Lohse, A. et Schramm, C. (2015). Ebola and Psychological Stress of Health Care Professionals. *Emerging Infectious Diseases*, 21(5), <https://doi.org/10.3201/eid2105.141988>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Luo, H., Liu, J., Li, C., Chen, K. et Zhang, M. (2020). Ultra-rapid delivery of specialty field hospitals to combat COVID-19: Lessons learned from the *Leishenshan* Hospital project in Wuhan. *Automation in Construction*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.autcon.2020.103345>
- Margalit, G., Rosen, Y., Tekes-Manova, D., Golan, M., Benedek, P., Levy, Y., Martonovits, G. et Bar-Dayana, Y. (2002). Recommendations for nursing requirements at a field hospital, based on the Israel Defense Forces field hospital at the earthquake disaster in Turkey-August 1999. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 217-220. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00117-0](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00117-0)
- Mathews, K., Podlog, M., Greenstein, J., Cioè-Pena, E., Cambria, B., Ardolic, B., Hahn, B. et Basile, J. (2021) Development and Implementation of an Alternate Care Site During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10799>
- Meyer, G. S., Blanchfield, B. B., Bohmer, R. M., Mountford, J. et Vanderwagen, C. (2020). Alternative care sites for the COVID-19 pandemic: The Early U.S. and U.K. Experience. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0224>
- Miles, B. W., et Hernandez Jozefowicz-Simbeni, D. M. (2019). *The Handbook of Social Work Research Methods*. SAGE Publications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a, 23 mars). *Protocole de la surcapacité Lignes directrices soins de courte durée SARS-CoV-2 (COVID-19)*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-83_PJ_Protocole-de-surcapacite.pdf
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2020b, 20 avril). *Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ1-Systeme-priorisation-acces-chirurgie-pandemie-v4-4.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2020c, 5 octobre). *Guide de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/non-codee_20-MS-07435-61_PJ_Guide-de-delestage-des-activites-selon-les-niveaux.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020d, 23 octobre). *Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a, 26 mars). *Arrêté numéro 2021-017 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 26 mars 2021*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM-2021-017.pdf?1616780924>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b, 12 juillet). *Ressources humaines-Rôles et responsabilités de l'équipe*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/roles-et-responsabilites-equipe/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c, 12 juillet). *Ressources humaines- Rôles et responsabilités des collaborateurs de l'équipe*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/roles-et-responsabilites-des-collaborateurs/>
- Morin, M. et Lessard, L. (2019). L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée. *Recherche en soins infirmiers*, 3(138), 75-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>
- Naganathan, S., Meehan-Coussee, K., Pasichow, S., Rybasack-Smith, H., Binder, W., Beaudoin, F., Musits, A., Sutton, E., Petrone, G., Levine, A. et Suner, S. (2020). From Concerts to COVID: Transforming the RI Convention Center into an Alternate Hospital Site in under a Month. *Rhode Island Medical Journal*, 8-13.
- Naor, M. (2019). Healthcare Military Logistics at Disaster Regions around the World: Insights from Ten Field Hospital Missions over Three Decades. *Military Engineering*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.88214>
- Nicholas, D. B., Lach, L., King, G., Scott, M., Boydell, K., Sawatzky, B., Reisman, J., Schippel, E. et Young, N. L. (2010). Contrasting internet and face-to-face focus groups for children with chronic health conditions: Outcomes and participant experiences. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(1), 105–121. <https://doi.org/10.1177/160940691000900102>.
- Nobre, T. (2020). Vers un management partagé, une organisation responsabilisante et une structure agile? Dans Nobre, T. (dir.), *L'hôpital pendant la Covid-19: innovations, transformations et résilience*. EMS Editions.

- Office québécois de la langue française. (2020). *Fiche terminologique vague épidémique*. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26558164
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, 8 février). *Status of COVID-19 Vaccines within WHO EUL/PG evaluation process*. https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_08Feb2021.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2020a, 12 octobre). *COVID-19 : ce qu'il faut savoir*. <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19#:~:text=symptomes>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020b, 15 décembre). *Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Oulehri, W. et Rolling, J. (2020). COVID-19, Retour d'expérience de la prise en charge réanimatrice des patients et du soutien médico-psychologique aux soignants à Strasbourg, France. *Revue De Neuropsychologie*, 12(2), 115-121. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0545>
- Pan American Health Organization. (2003). *WHO-PAHO guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-impact disasters*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Peleg, K., et Kellermann, A. I. (2009). Enhancing Hospital Surge Capacity for Mass Casualty Events. *Jama*, 302(5), 565-567. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1119>
- Phillips, S.J., Knebel, A. et Johnson, K. (2009). *Mass Medical Care With Scarce Resources: The Essentials* (publication n° 09-0016). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.hsdl.org/?view&did=28175>
- Polkinghorne, D. E. (1989). *Phenomenological research methods. Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience*. Plenum Press.
- Pluye, P. (2019). L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs. Dans Ridde, V. et Dagenais, C (dir.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées* (p. 187-212). Éditions science et bien commun et Marseille : IRD Éditions.
- Quinn, V, J. M., Amouri, O. F. et Reed, P. (2018). Notes from a field hospital south of Mosul. *Globalization and Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0346-9>
- Rédaction Laval. (2020, 28 mars). Hôtel libéré pour les usagers de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. *Courrier Laval*. <https://courrierlaval.com/hotel-libere-pour-les-usagers-de-lhopital-de-la-cite-de-la-sante/>

- Ridde, V., Gautier, L., Dagenais, C., Chabrol, F., Hou, R., Bonnet, E., David, P., Cloos, P., Duhoux, A., Lucet, J., Traverson, L., de Araujo Oliveira, S., Cazarin, G., Peiffer-Smadja, N., Touré, L., Coulibaly, A., Honda, A., Noda, S., Tamura, T., Baba, H., Kodoi, H. et Zinszer, K. (2021, 6 mai). Learning from public health and hospital resilience to the SARS-CoV-2 pandemic : protocol for a multiple case study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali). *Health Research Policy and Systems*, 19(76), <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>
- Rowley, J. (2012). Conducting research interviews. *Management Research Review*, 35(3), 260-271. <https://doi.org/10.1108/01409171211210154>
- Seitz, S. (2015). Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: a research note. *Qualitative Research*, 16(2), 1-7. <https://doi.org/10.1177/1468794115577011>
- Selman, L., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. et Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Shabanikiya, H., Jafari, M., Gorgi, H. A., Seyedin, H. et Rahimi, A. (2019). Developing a practical toolkit for evaluating hospital preparedness for surge capacity in disasters. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 34, 423-428. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2018.12.011>
- Skipp, J., Zimmerman, P. et Van de Mortel, T. (2020). Infection Prevention and Control Practices in the Deployed Military Field Hospital: An integrative review. *Journal of Military and Veterans' Health*, 28(2), 57-69.
- Spagnolo, J., Gautier, L., Seppey, M. et D'souza, N. (2020). Re-thinking global and public health projects during the COVID-19 pandemic context: Considerations and recommendations for early-and-not-so-early-career researchers. *Social sciences & Humanities Open*, 2(1), <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100075>
- Sponem, S., Lambert, C., Allain, É., Fortin, A., Pellegrino, C. et Fayolle, C. (2021). *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Coût_hébergement_aînés_Pôle_santé_HEC_Montréal.pdf
- St-Amour, S. (2020, 3 avril). Centre communautaire converti en centre de soins. *Courrier Laval*. <https://courrierlaval.com/centre-communautaire-converti-en-centre-de-soins/>
- Stewart, T., Day, S. W., Russell, J., Wilbanks, C., Likes, W., Webb, S., Haushalter, A et Cashion, A. K. (2020). Development of a COVID-19 alternate care site from ground

- zero: A nursing perspective. *Public Health Nursing*, 37(6), 889-894. <https://doi.org/10.1111/phn.12812>
- Sugalski, G., Murano, T., Fox, A. et Rosania, A. (2015). Development and Use of Mobile Containment Units for the Evaluation and Treatment of Potential Ebola Virus Disease Patients in a United States Hospital. *Academic Emergency Medicine*, 22(5), 616-622. <https://doi.org/10.1111/acem.12664>
- Sullivan, J. R. (2012). Skype: An appropriate method of data collection for qualitative interviews? *The Hilltop Review*, 6(1), 54-60.
- Tesini, B. (2020, juillet). *Coronavirus et syndrome respiratoire aigu sévère (COVID-19- MERS et SRAS)*. Le manuel Merck. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/maladies-infectieuses/virus-respiratoires/coronavirus-et-syndrome-respiratoire-aigu-severe-covid-19-mers-et-sras>
- Thompson, C., Mugford, C., Merriman, J., Chen, M., Hutter, J., Maruna, T., Bacon, W., Childs, R., Pati, R., Clifton, T. et Pazdan, R. (2022). Healthcare worker safety program in a coronavirus disease 2019 (COVID-19) alternate care site : The Javits New York Medical Station experience. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.80>
- Turenne, C. P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F. et Ridde, V. (2019). Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Social Science and Medicine*, 232, 168-180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>
- TVA Nouvelles. (2020, 23 octobre). Un aréna de Laval transformé en site de soins. *TVA Nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2020/10/23/un-arena-de-laval-transforme-en-site-de-soins>
- Université de Paris. (2020, 21 septembre). *HoSPiCOVID, une étude internationale sur la résilience des systèmes de santé publique*. <https://u-paris.fr/projet-hospicovid/>
- Urgences-santé Québec (2020, 4 novembre). *Sites non traditionnels-Volet opérationnel*. <https://www.urgences-sante.qc.ca/wp-content/uploads/2020/11/SNT-AUTRES-SITES-Babillard-2020.11.04.pdf>
- Ville de Laval. (2021). *Amphithéâtre de la Place Bell et Cité de la culture et du sport*. <https://www.laval.ca/Pages/Fr/accueil.aspx>
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K. et Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD: Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspectives infirmières*, 13(3), 45-50.
- Whittemore, R., Chase, S. K. et Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research.

Qualitative Health Research, 11, 522–537, <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>

Williamson, V., Murphy, D. et Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, 70, 317-319. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>

Yazan, B. (2015). Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss2/12>

Zaboli, R., Toufighi, S., Zadeh, M. R., Amini, R. G. et Azizian, F. (2016). Key Performance Indicators in Field Hospital Appraisal: A Systematic Review. *Trauma Monthly*, 23(1), <https://doi.org/10.5812/traumamon.42604>

/

Annexe A

Approbation du comité d'éthique de la recherche du CISSS de Laval

Le 20 septembre 2021

Monsieur Arnaud Duhoux
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal

PROJET : COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval - Numéro 2022-730

Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous informer que le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval a accepté, en date du 20 septembre 2021, votre protocole de recherche nommé en titre dans sa version d'août 2021. Les documents suivants ont également été approuvés :

- Courriel de recrutement du 24 août 2021;
- Formulaire d'information et de consentement, version corrigée par le CÉR datée du 7 septembre 2021;
- Questionnaire sociodémographique du 8 juin 2021;
- Guide d'entretien daté du 8 juin 2021.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

- à nous rendre compte du déroulement du projet;
- à nous soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche. Dans ce dernier cas, notre comité en sera avisé dans les meilleurs délais;
- à nous notifier, dans les meilleurs délais, tout écart au protocole ou tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'aspect éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- à nous communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à nous communiquer, dans les meilleurs délais, tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du

- projet, soit sa décision;
- à nous remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet dans l'établissement ou ailleurs, rapport dans lequel il sera indiqué la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants à la recherche, le cas échéant;
- à nous remettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche;
- à nous remettre, dans les meilleurs délais, un rapport final faisant état des résultats et des retombées de la recherche;
- à nous informer rapidement de toute enquête ou de toute sanction dont vous seriez l'objet dans le cadre du projet de recherche.

La présente décision vaut pour une période d'un an, soit jusqu'au 21 septembre 2022. Vous devrez donc, au moins un mois avant cette date d'expiration, demander le renouvellement de l'approbation du comité en soumettant un rapport d'étape (F9H). Si votre projet ne requiert pas de renouvellement, un rapport final devra être soumis (F10H).

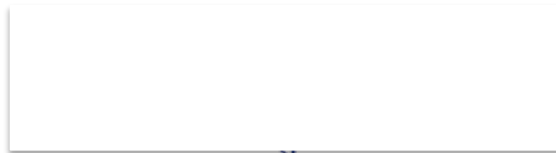
Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

À titre de présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval, je certifie que la composition de ce comité satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues de Santé Canada et qu'il exerce ses activités d'une manière conforme aux bonnes pratiques cliniques de la Conférence internationale sur l'harmonisation ainsi qu'aux lois et règlements applicables.

Avant d'entreprendre vos travaux, vous devez avoir en main la lettre vous autorisant à débiter votre recherche au CISSS de Laval. Cette lettre sera produite dès que le Comité de convenance aura rendu sa décision.

Nous vous souhaitons bon succès dans la conduite de cette étude et vous prions de croire en nos sincères salutations.

Pour Marie-Claude Laflamme, inf. B.Sc., M.A., M.Sc.Inf.
Présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche



Chantal Legris
Coordonnatrice
Comité scientifique et d'éthique de la recherche

Annexe B

Approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite
responsable en recherche



04 octobre 2021

Arnaud Duhoux
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal

Pierre-Marie David
Professeur adjoint
Faculté de pharmacie-Université de Montréal

Casey Coleman-Marcil
étudiante

OBJET :	Projet 2021-1178 - Reconnaissance de l'approbation éthique délivrée par le CER du CISSS de Laval Projet 2022-730 COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval. Financement : Fonds Covid-19 de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal
---------	--

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a pris connaissance des documents reçus le 2 octobre 2021 concernant le projet de recherche intitulé COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval., à savoir :

- Formulaire de demande de reconnaissance d'une évaluation éthique effectuée par un CER d'un établissement affilié à l'Université de Montréal (formulaire F11rea)
- Documents
 - Approbation scientifique - PJ (Eval_scienc_2021-05-18.pdf)
 - Collecte - PJ (Guide d'entretien_2021-05-16_Version 2.docx)
 - Collecte - PJ (Questionnaire sociodémographie_2021-05-16.docx)
 - Financement - PJ (Octroi_bourse UdeM Pharmacie_2020-10-15.pdf)
 - Financement - PJ (Budget_2021-08-02.docx)
 - Recrutement - PJ (Courriel_recrutemen_2021-08-24.docx)
 - Consentement - PJ (FIC_majeur apte_2021-08-24.docx)
 - Protocole de recherche - PJ (Protocole_2021-08-24.docx)
 - Approbation éthique (autre CER) - PJ (Appro_finale_CISSS Laval_2021-09-20.pdf)
 - Autorisation - PJ (Auto_Directeur enseignement universitaire et recherche_2021-09-30 .pdf)

À la lecture des documents, le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'université de Montréal reconnaît l'approbation éthique qui a été émise par le CER du CISSS de Laval, en tant que comité d'éthique d'un établissement du RSSS affilié à l'Université de Montréal, et qui a confirmé dans sa lettre du 20 septembre 2021 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du

projet.

Cette reconnaissance vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- Utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER du CISSS de Laval;
- Respecter les exigences fixées par le CER du CISSS de Laval, pour le suivi éthique continu de la recherche;
- Remettre au CERSES, via un formulaire F9rea dans Nagano, le rapport annuel faisant état de l'avancement de la recherche traité par le CER du CISSS de Laval (formulaire de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche), ainsi que la lettre de renouvellement de l'approbation éthique émise par ce CER.

Cette reconnaissance émise par le CERSES est valide du 20 septembre 2021 à la date de fin d'approbation émise par le CER évaluateur, soit le 22 septembre 2022, et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect des exigences susmentionnées. Cette reconnaissance sera renouvelée conditionnellement au renouvellement de l'approbation éthique que vous effectuerez annuellement auprès du CER du CISSS de Laval et au respect des conditions énoncées à la présente lettre. Le rapport de fin de projet (ou tout autre document pertinent) traité par le CER de l'établissement ayant évalué le projet, ainsi que la lettre du CER de l'établissement ayant évalué le projet accusant réception de cette fermeture doivent être transmis via un formulaire F10reconnaissance.

Advenant le cas où le projet ferait l'objet de modifications pendant sa réalisation qui entraîneraient le recours à des ressources humaines ou matérielles de l'Université de Montréal, communiquer avec le CERSES dans les meilleurs délais afin de déterminer si ces modifications nécessiteraient une approbation éthique du CERSES.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal

Envoyé par :

Julie Allard

Annexe C

Courriel de recrutement pour les participants

Courriel pour le recrutement des participants

Titre du projet de recherche : COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval.

Invitation à participer à une entrevue individuelle à tous les employés du site non traditionnel de la Place Bell du CISSS de Laval.

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à une recherche sur votre expérience de travail au site non traditionnel de la Place Bell. Votre participation à ce projet est entièrement volontaire.

Nous communiquons avec vous car le gestionnaire responsable de ce site nous indique que vous y avez travaillé durant sa période d'activité.

Objectifs de la recherche : Le but de cette recherche est d'examiner la capacité du site non traditionnel de la Place Bell à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé. Cette étude vise à : 1) décrire les services produits et les ressources utilisées lors de la période de fonctionnement du SNT de la Place Bell; 2) décrire l'expérience des professionnels, des non-professionnels et des gestionnaires qui ont contribué au SNT à l'égard du fonctionnement du site.

Participation :

Pour participer, vous devez avoir travaillé au moins cinq quarts de travail au site non traditionnel de la Place Bell.

Votre participation consistera à compléter une entrevue individuelle par visioconférence (Zoom) ou par téléphone (selon votre préférence) avec l'étudiante-chercheuse d'une durée approximative d'une heure. Cette entrevue sera enregistrée sous forme audio. Un questionnaire sociodémographique sera également rempli après l'entrevue.

Confidentialité :

Le CISSS de Laval ne sera pas informé de votre décision d'accepter ou non de participer à cette étude.

Pour prendre part à cette recherche ou pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec Casey Coleman-Marcil, au XXX-XXX-XXXX ou par courriel à _____.

Cette étude est sous la direction des professeurs Arnaud Duhoux et Pierre-Marie David de l'Université de Montréal et chercheurs réguliers au Pole 1 de recherche du CISSS Laval.

Nous vous remercions de l'attention portée à ce projet de recherche et de votre précieuse collaboration.

Casey Coleman-Marcil, Infirmière
Étudiante-chercheuse
Étudiante à la maîtrise en administration
des services de santé à l'Université de Montréal.
XXX-XXX-XXXX
Courriel : _____

Pr. Pierre-Marie David, PharmD, PhD
Chercheur responsable
Professeur adjoint
Faculté de pharmacie – Axe Médicament et santé des populations
Université de Montréal
Courriel : _____

Arnaud Duhoux, Ph.D.
Chercheur responsable
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Courriel : _____

Annexe D

Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval

Nom et coordonnées de l'étudiante-chercheuse :

Casey Coleman-Marcil

Étudiante à la maîtrise en administration des services de santé, option gestion des services infirmiers

Faculté des sciences infirmières-Université de Montréal

Téléphone : XXX-XXX-XXXX

Courriel : _____

Nom et coordonnées des directeurs de maîtrise :

Arnaud Duhoux, Ph.D.

Professeur agrégé

Faculté des sciences infirmières-Université de Montréal

Téléphone : XXX-XXX-XXXX

Courriel : _____

Pierre-Marie David, Ph.D.

Professeur adjoint

Faculté de pharmacie-Université de Montréal

Téléphone : XXX-XXX-XXXX

Courriel : _____

Numéro : 2022-730

Financement : Fonds Covid-19 de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'un des chercheurs ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. Nature et objectif de l'étude

Le but de cette étude de cas est d'examiner la capacité du site non traditionnel (SNT) de soins de la Place Bell à remplir les fonctions pour lesquelles il a été déployé lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19. Cette étude vise à : 1) décrire les services produits et les ressources utilisées lors de la période de fonctionnement du SNT de la Place Bell; 2) décrire l'expérience des professionnels, des non-professionnels et des gestionnaires qui ont contribué au SNT à l'égard du fonctionnement du site.

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche, car vous avez travaillé au SNT de la Place Bell durant la première vague de la pandémie de la COVID-19 ou avez participé à son déploiement. Nous désirons recruter huit (8) participants de divers titres d'emploi et profession pour ce projet de recherche.

Pour participer à cette étude, vous devez avoir travaillé au moins cinq quarts de travail au SNT de la Place Bell. Ce critère ne s'applique pas aux gestionnaires qui ont travaillé à l'élaboration et au déploiement du projet. Pour toute question sur votre éligibilité, veuillez communiquer avec l'étudiante-chercheuse.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Ce projet de recherche se déroule sous forme d'une (1) entrevue individuelle d'une durée approximative d'une heure trente. L'entrevue se déroulera par téléphone ou en visioconférence, selon votre préférence. L'entrevue en visioconférence se déroulera sur la plateforme sécurisée Zoom. L'entrevue sera enregistrée sous forme audio afin de permettre à l'étudiante-chercheuse de s'y référer. Un questionnaire sociodémographique sera également complété après l'entrevue individuelle. Le questionnaire sociodémographique sera complété par l'étudiante-chercheuse avec l'information récoltée durant l'entrevue. À la fin de l'entrevue, l'étudiante-chercheuse peut demander au participant de répondre à certaines questions pour compléter le questionnaire, pour une durée d'environ cinq minutes.

Selon la disponibilité de l'équipement informatique et d'une salle confidentielle, l'entrevue peut se dérouler sur les lieux de travail si le participant le décide. Le participant peut également réaliser l'entrevue à partir d'un autre lieu, notamment à son domicile. L'entrevue doit être réalisée en dehors des heures de travail.

3. Risques associés au projet de recherche

Aucun risque n'est anticipé pour vous dans cette étude. Aucune information concernant votre participation ne sera transmise à votre employeur.

4. Inconvénients associés au projet de recherche

Le principal inconvénient causé par votre participation à cette étude est le temps requis pour remplir les formulaires d'admissibilité et de profil sociodémographique et pour participer à l'entrevue. Il est possible que certaines questions concernant votre expérience vous fassent

vivre différentes émotions, telles que de l'anxiété, de la frustration ou de la colère. Vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à toutes les questions et vous pouvez mentionner à l'étudiante-chercheuse que vous préférez ne pas répondre à certaines questions.

5. Bénéfices potentiels ou attendus

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

6. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet de recherche à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'étudiante-chercheuse.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs responsables de ce projet ainsi que l'équipe de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche. Ces renseignements peuvent comprendre votre nom, votre sexe et votre date de naissance. De plus, de l'information relative à votre statut d'emploi au CISSS de Laval, incluant votre titre d'emploi, votre ancienneté, votre date et méthode d'embauche et vos quarts de travail effectué au CISSS de Laval sera recueillie de façon anonyme.

Toutes les données recueillies, y compris les renseignements personnels et les enregistrements audio de votre entrevue, demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval ainsi que le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal auront accès aux données de recherche.

Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse et connue seulement de celle-ci et des directeurs de maîtrise. Les transcriptions seront conservées durant sept ans après la fin du projet de recherche. À la fin de cette période, les données seront détruites.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier. Dans les publications ou

discussions scientifiques, un prénom fictif vous sera attribué et votre titre d'emploi sera mentionné.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Les résultats de cette étude vous seront accessibles sous forme de mémoire de maîtrise publié par l'étudiante-chercheuse.

8. Financement du projet de recherche

L'étudiante-chercheuse a reçu un financement du Fonds Covid-19 de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal pour mener à bien ce projet de recherche.

9. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas les chercheurs responsables du projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

10. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

11. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Laval au numéro XXX_XXX_XXXX ou par courriel à : _____.

Le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval a donné son approbation éthique au projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité scientifique et d'éthique de la recherche du CISSS de Laval au numéro XXX_XXX_XXXXX ou par courriel à : _____.

CONSENTEMENT

COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec : Une étude de cas à Laval

Déclaration du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant

Signature

Date

Enregistrement audio

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée ?

Oui Non

Déclaration de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le
consentement

Signature

Date

Annexe E

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographie

Titre de l'étude: COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec: Une étude de cas à Laval.

Âge: _____

Genre:

Femme

Homme

Titre d'emploi : _____

Rôle au SNT de la Place Bell (si différent de titre d'emploi) :

Période travaillée au SNT de la Place Bell : _____

Nombre d'années d'expérience : _____

Méthode d'embauche au SNT de la Place Bell :

Employé délesté

Employé volontaire

Plateforme « Je Contribue »

Agence de placement de personnel

Autre, expliquez : _____

Quart de travail au SNT de la Place Bell :

Jour

Soir

Nuit

Jour/soir

Soir/nuit

Jour/nuit

Statut d'emploi au SNT de la Place Bell :

Temps plein

Temps partiel

Au besoin/sur appel

Autre, expliquez : _____

Durant votre période de travail au SNT, avez-vous travaillé dans d'autres milieux de soins?

Oui, dans un autre établissement du CISSS de Laval

Oui, dans un établissement à l'extérieur du CISSS de Laval

Non

Annexe F

Guide d'entretien

Guide d'entretien pour les entrevues individuelles

Titre de l'étude: COVID-19 en site non traditionnel de soins au Québec: Une étude de cas à Laval.

Au préalable:

- S'assurer que le participant a compris et signé le formulaire de consentement.
- Répondre aux questions au besoin.

Introduction:

- Me présenter : Nom, étudiante à la maîtrise en administration des services de santé à l'Université de Montréal
- Explication du but et des objectifs de l'étude
- Explication du déroulement de l'entrevue : Durant cette entrevue d'une durée d'environ 60 minutes, nous explorerons votre expérience de travail au SNT de la Place Bell et votre perception de son efficacité.

Rôles et responsabilités :

- Pouvez-vous me décrire vos rôles et responsabilités au SNT?
- Quelles sont les similarités et les différences entre votre rôle dans vos fonctions habituelles et ceux au SNT?
- Selon votre expérience, que croyez-vous que votre rôle/profession a apporté à l'équipe du SNT?
- Selon votre expérience, quelles compétences et/ou connaissances en tant que gestionnaire sont requises pour développer et gérer un SNT?
 - Croyez-vous qu'il y ait des différences avec la gestion d'un site traditionnel?

Pour les infirmières :

- Comment et dans quelle mesure est-ce que votre étendue de pratique a changé au SNT comparativement à votre poste habituel?

Pour les gestionnaires :

- Comment avez-vous intégré le champ de pratique des différents professionnels au SNT?
-

Expérience au SNT :

- Comment décririez-vous votre expérience de travail au SNT de la Place Bell?
 - Comment vous êtes-vous senti?
- Quels apprentissages avez-vous faits en travaillant au SNT?
- Cela a-t-il eu ou aura-t-il un effet sur votre travail à l'avenir?
- Comment décririez-vous l'impact de votre expérience de travail au SNT sur vos valeurs professionnelles?

Fonctionnement du site :

- Selon votre expérience, quels étaient les difficultés et les facilitateurs liés au déploiement et au fonctionnement du site?

- Avez-vous des exemples concrets de ces difficultés/facilitants?
- Comment décririez-vous la collaboration et la communication entre le SNT et les autres établissements (par exemple l'hôpital, les CHSLD ou les résidences privées)?
- Comment décririez-vous la collaboration et la communication entre les différentes directions impliquées dans le projet du SNT?
- Quelle est votre expérience avec les politiques et procédures liées au site et aux soins aux usagers?
- Quelle est votre expérience concernant la composition des équipes au SNT?
- Quelle est votre expérience concernant votre charge de travail?
- Quelle est votre perception de la formation reçue pour travailler au SNT?
- Quelle est votre perception de la gestion de ce site et son lien plus général avec le CISSS?
- Selon vous le SNT a-t-il rempli ses objectifs?

Clôture :

- Quelles seraient vos recommandations pour un futur site de soins non traditionnel?
- Avez-vous quelque chose à ajouter?

Annexe G

Arbre des codes

Arbre de codes

