



## Pistes pour modéliser le cas des CHSLD

On peut modéliser, en première approche, la situation des CHSLD en supposant qu'il y a deux populations distinctes qui se côtoient via les travailleurs de la santé. Modifier le modèle S-I-R en dédoublant chaque compartiment, ou même en le triplant pour considérer à part les travailleurs de la santé. Il faut établir les équations pour les différentes populations en supposant que les infectieux d'une population contribuent à la force d'infection dans l'autre population. Une certaine partie de la population 1 (population générale) sont des travailleurs de la santé qui ont des contacts avec la population 2 (résidents des CHSLD).

Que pensez-vous du modèle : <https://insightmaker.com/insight/205937/PS1-pid-mie-en-CHSLD> ?

Comment ce modèle a-t-il été construit? Sur quelles hypothèses repose-t-il?

Vous pouvez le cloner et le modifier, ou vous en construire un tout neuf qui reposerait sur d'autres hypothèses, hypothèses qui pourraient évoluer au fil du temps.

Par exemple, combien de contacts en moyenne ont les personnes en CHSLD si elles sont en «semi-autonome» vs «non autonome» vs «jeunes handicapés»?

Si on mange seul vs si on mange dans une aire commune style cafétéria?

À cet effet, nous pouvons faire des hypothèses incitant la réduction de 50% les contacts CHSLD-CHSLD si on réorganisait les services autrement, notamment avec l'ouverture hypothétique de centres appropriés pour des personnes handicapées.

On pourrait aussi réorganiser les services pour que le personnel soignant soit jumelé à des chambres (réduction du contact Santé-CHSLD et CHSLD-Santé, termes du modèle mentionné plus haut).

On pourrait ensuite vérifier, selon des hypothèses de coût, quand est-ce qu'il est plus efficace (en terme de morts évitées / \$ dépensé) de cibler la réduction de contacts entre résidents ou bien entre résidents et personnel soignant.