



Capacité des systèmes de santé

Mesures de suivi à l'échelle des systèmes au Canada



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-117-2 (PDF)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Capacité des systèmes de santé : mesures de suivi à l'échelle des systèmes au Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *Health System Capacity: Measures to Support System-Level Monitoring in Canada*.

ISBN 978-1-77479-116-5 (PDF)

Table des matières

Sommaire	4
Surveiller la capacité des systèmes de santé	5
Démarche et portée	5
Définition de la capacité des systèmes de santé	7
Problèmes de données actuels	8
Mesures à l'échelle des systèmes	9
Structure	9
Mesures	10
Prochaines étapes	19
Annexes	20
Annexe A : Renseignements supplémentaires sur les mesures fondamentales	20
Annexe B : Texte de remplacement pour la figure	51
Références	53

Sommaire

La pandémie de COVID-19 a exercé une pression immense et soudaine sur nos systèmes de santé et a testé leur capacité à répondre et à s'adapter rapidement à des hausses records de la demande en soins intensifs.

Au chapitre des données, il n'existait aucun guide pour orienter le suivi et la prise des décisions à l'échelle des systèmes au début de la pandémie. Les équipes d'intervention des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont empressées de compiler les données provenant de sources disparates afin d'évaluer la capacité et l'utilisation des ressources. Elles n'ont pas vraiment eu le temps de discuter de la façon dont les autres autorités compétentes surveillaient la capacité de leur système de santé, recueillaient leurs données et définissaient les concepts clés.

Les décisions et les interventions de mobilisation doivent reposer sur des données actuelles et pertinentes. Durant la pandémie de COVID-19, des processus ont été établis pour recueillir de nouvelles données afin de produire des comptes rendus quotidiens sur des mesures clés, comme la capacité des hôpitaux et des unités de soins intensifs (USI). Ces processus manuels ont permis d'obtenir de l'information utile, mais ont exigé beaucoup de travail et ont alourdi le fardeau des gouvernements et des systèmes de santé à un moment où les ressources travaillaient déjà à plein régime.

Ce rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) présente un ensemble de mesures qui permettraient de faire le suivi de la capacité à l'échelle des systèmes de santé. Ces mesures ont été choisies d'après l'expérience des autorités compétentes durant les premières vagues de la pandémie de COVID-19, les publications sur la planification en situation d'urgence et l'avis d'experts. Elles peuvent assurer le suivi des systèmes de santé pendant la pandémie de COVID-19, mais elles pourraient également servir de modèle lors de futures épidémies ou pandémies. Les autorités compétentes n'ont pas à adopter l'ensemble de ces mesures, mais sont invitées à choisir celles qui amélioreraient leurs activités de suivi et de production de rapports publics.

Certaines mesures, qualifiées d'« éventuelles », ne peuvent pas encore être calculées à l'échelle des systèmes de santé en raison de lacunes dans les données et de questions clés auxquelles il a été impossible de répondre durant la pandémie COVID-19. Ces mesures pourraient guider la collecte et la publication des données en vue d'une prochaine éclosion ou période prolongée d'intensification de la demande.

Surveiller la capacité des systèmes de santé

La pandémie de COVID-19 a exercé une pression immense et soudaine sur nos systèmes de santé et a testé leur capacité à répondre et à s'adapter rapidement à des hausses records de la demande en soins intensifs. Malgré les mesures de santé publique et les vaccins, les variants sont demeurés une menace pour nos hôpitaux et nos systèmes de santé en raison de leur transmissibilité.

La planification et la coordination à l'échelle des établissements et des systèmes s'avèrent nécessaires pour répondre à une hausse de la demande en soins intensifs — en particulier sur une longue période. Le succès repose sur une bonne compréhension des ressources disponibles et de la façon dont elles peuvent être utilisées et le seront.

Ce rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) présente un ensemble de mesures qui permettraient de surveiller la capacité et l'utilisation des ressources à l'échelle des systèmes de santé. Ces mesures pourraient faciliter la surveillance de la pandémie de COVID-19, mais aussi servir de modèle pour la collecte de données et la surveillance lors de futures éclosions.

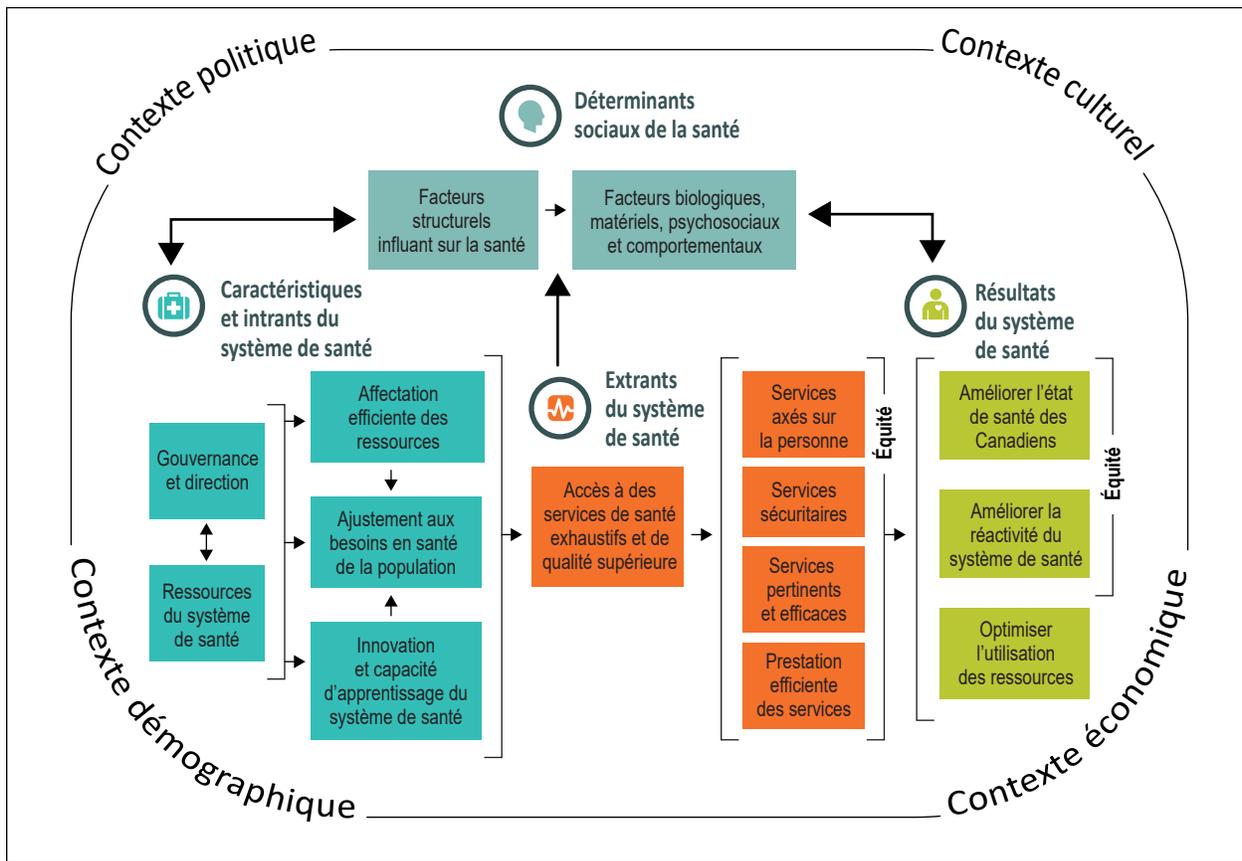
Démarche et portée

Les mesures à l'échelle des systèmes présentées dans le rapport ont été sélectionnées en fonction des besoins et des expériences des décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux durant les premières vagues de la pandémie de COVID-19. Les recommandations publiées sur la planification en situation d'urgence et l'avis d'experts quant aux données les plus utiles à la planification et à la prise de décisions ont aussi été pris en considération.

Les mesures s'inscrivent dans le cadre de mesure de la performance du système de santé (PSS) de l'ICIS, une structure « qui permet aux gestionnaires du système de santé et aux responsables de l'élaboration des politiques d'évaluer la performance du système de santé et de comparer leurs résultats à ceux de leurs pairs tout en s'enrichissant de leur expérience et des meilleures données probantes disponibles »¹.

Tel que l'illustre la figure 1 ci-dessous, le cadre de mesure de la PSS se divise en quadrants. Les mesures visant à surveiller la capacité du système de santé appartiennent à la dimension des ressources du système de santé du quadrant des caractéristiques et intrants du système de santé. Dans cette dimension, les ressources financières, humaines, physiques, techniques et informationnelles sont mobilisées et utilisées par le système de santé afin de produire les biens et services nécessaires à l'atteinte des objectifs du système. Les mesures sont par ailleurs classées selon ces catégories dans le présent rapport.

Figure 1 Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS



Source

Institut canadien d'information sur la santé. [Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien](#). 2013.

Les mesures proposées dans ce rapport peuvent soutenir la planification et la prise de décisions à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale durant les périodes prolongées d'intensification de la demande en soins de santé. Plus précisément :

- Elles facilitent la planification et le suivi à l'échelle du système, et non les interventions d'urgence à l'échelle des établissements. Bien que les données soient recueillies et synthétisées dans les établissements, ces mesures n'ont pas pour but de contribuer à la planification à l'échelle des établissements.
- Elles sont axées sur la réponse à la crise qui se produit au début d'un épisode prolongé d'intensification de la demande. Pour comprendre les effets à long terme de l'épisode, il est essentiel de mesurer les incidences sur le système de santé, comme le nombre de chirurgies annulées ou reportées ou le nombre de tests de dépistage du cancer retardés, mais cela ne fait pas partie des visées du présent rapport.

- Elles excluent les brefs épisodes d'intensification de la demande, par exemple lors de catastrophes naturelles ou d'accidents. Elles aident à surveiller les événements qui exigent que l'ensemble du système de santé s'adapte à une augmentation du nombre de patients gravement malades durant une période prolongée.
- Elles visent à améliorer les activités actuelles de suivi et de production de rapports publics à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale. Les autorités compétentes sont invitées à choisir les mesures qui répondent le mieux à leurs besoins; elles n'ont pas à toutes les utiliser.

Vous trouverez dans ce rapport une définition provisoire de chaque mesure fondamentale. Toutefois, au cours du processus de consultation pour l'élaboration et le perfectionnement des mesures, il est apparu évident qu'il serait nécessaire d'harmoniser et de normaliser les définitions de nombreux concepts courants. L'ICIS continuera de collaborer avec les ministères, universitaires, chercheurs, cliniciens et patients à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale afin d'établir et de mettre en application des définitions pancanadiennes qui permettront d'orienter la collecte et la publication des données, mais le présent rapport ne porte pas sur ce travail.

Bon nombre de ces mesures reposent sur des données existantes, mais certaines nécessitent la collecte de nouvelles données. Ces mesures éventuelles pourraient guider la collecte et l'infrastructure futures des données afin d'aider les systèmes de santé à mieux se préparer à la prochaine crise prolongée.

Définition de la capacité des systèmes de santé

Les systèmes de santé sont régulièrement confrontés à des crises qui peuvent les perturber. La résilience d'un système désigne sa capacité à se préparer et à s'adapter aux chocs inattendus et à en tirer des enseignements. C'est la résilience qui permet à un système de fournir plus de soins intensifs avec un minimum de répercussions sur les autres soins et services essentiels.

La capacité des systèmes de santé peut être définie comme une quantité suffisante de matériel et d'équipement (fournitures), de lieux et de structures pour traiter les patients (espace), de travailleurs formés (personnel) ainsi que de politiques et de procédures (systèmes) pour répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé².

La surveillance de la capacité des systèmes de santé durant une période prolongée d'intensification de la demande requiert des données et de l'information sur la prestation des soins de santé et sur la santé publique. Les données provenant de la surveillance de la santé publique peuvent aider à prédire les hausses de la demande en soins de santé et de l'utilisation des services. Ce rapport propose des mesures relatives à la prestation des soins de santé, mais aussi des mesures relatives à la santé publique.

Problèmes de données actuels

Lors des consultations qui se sont déroulées entre juin et octobre 2021, les représentants des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux ont décrit certains des problèmes rencontrés sur le plan des données durant les premières vagues de la pandémie de COVID-19.

La plupart des provinces et territoires ne disposaient pas des données nécessaires pour surveiller parfaitement la capacité de leur système de santé au début de la pandémie. Leurs équipes d'intervention se sont empressées de compiler des données de sources disparates afin d'évaluer la capacité et l'utilisation des ressources. Elles n'ont pas vraiment eu le temps d'examiner comment les autres provinces et territoires surveillaient la capacité de leur système de santé, recueillaient leurs données et définissaient les concepts clés.

Bien qu'exhaustives, les sources traditionnelles ne pouvaient pas leur fournir les données probantes requises pour prendre des décisions en temps réel. Des processus de collecte manuelle ont été établis pour obtenir des données plus actuelles, mais ils exigeaient que les travailleurs de première ligne consignent et soumettent un nombre accru de données à un moment où ils fonctionnaient déjà à plein régime.

L'urgence de compiler les données nouvelles et existantes a engendré des différences dans les définitions des concepts et dans leur suivi d'une région à l'autre. Les données à l'échelle des établissements n'étaient pas toutes comparables, ce qui a empêché de dresser le portrait de la capacité et de l'utilisation des ressources à l'échelle des systèmes.

Il n'existait alors aucun ensemble de mesures ou de définitions normalisées à utiliser. Ce rapport répond à ce besoin en recommandant un ensemble de mesures permettant de surveiller la capacité et l'utilisation des soins de santé à l'échelle d'un système de santé.

Mesures à l'échelle des systèmes

Structure

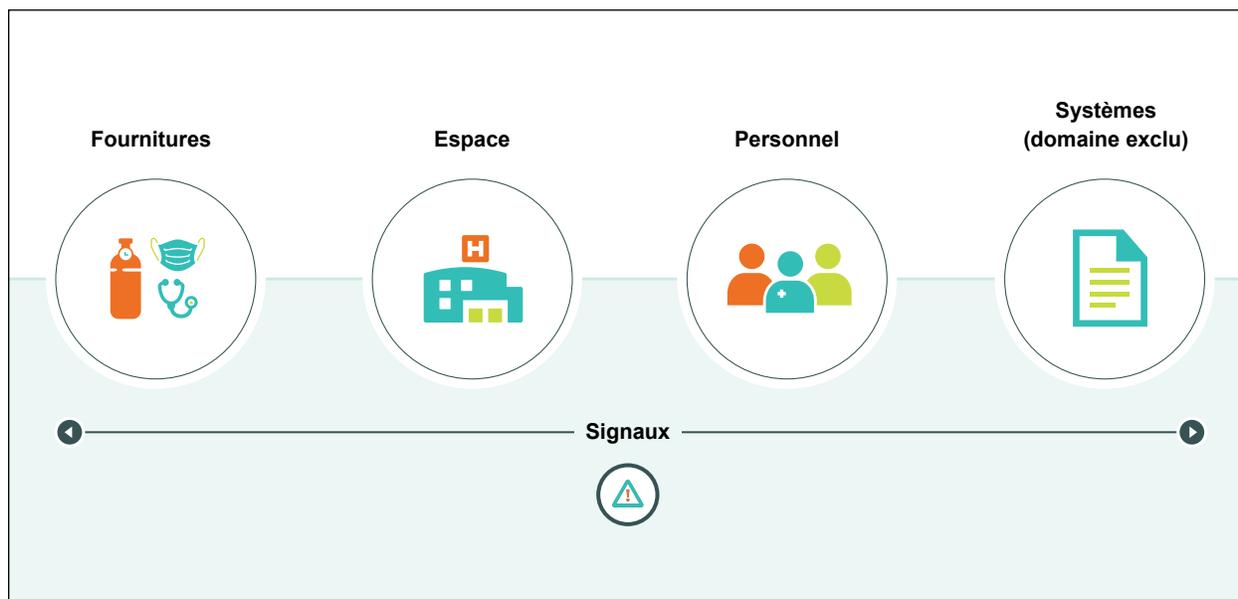
Les mesures présentées dans ce rapport sont classées en domaines, comme le montre la figure 2 ci-dessous. Ces domaines sont les mêmes que dans la littérature publiée sur la capacité d'intensification et la planification en situation d'urgence³ :

- **Fournitures** : matériel et équipement
- **Espace** : lieux et structures où traiter les patients
- **Personnel** : travailleurs formés
- **Systèmes** : politiques et procédures

À noter que le domaine des systèmes renvoie aux politiques et aux procédures qui, dans les établissements, orientent les interventions d'urgence et la gestion des activités cliniques. Ce domaine est considéré comme hors de la portée du présent rapport, car les recommandations ne s'appliquent qu'aux mesures à l'échelle des systèmes.

Le rapport contient un domaine supplémentaire : les **signaux**, ou signes avant-coureurs. Les signaux proviennent généralement des données sur la santé publique. Les provinces et territoires les ont utilisés de plus en plus au fil des vagues de la pandémie de COVID-19 afin de prédire l'accroissement de la demande en ressources dans les hôpitaux et unités de soins intensifs (USI).

Figure 2 Structure des mesures à l'échelle des systèmes



Mesures

Ce rapport propose 31 mesures fondamentales, tous domaines confondus. Choies au terme de consultations, ainsi que d'après la littérature publiée et l'avis d'experts, ces mesures jettent les bases d'un suivi efficace de la capacité des systèmes de santé.

Les 31 mesures fondamentales sont appuyées de 21 mesures éventuelles — soit des possibilités futures — pour lesquelles, la plupart du temps, des données comparables à l'échelle des systèmes manquent encore. Ces mesures révèlent l'information définie comme manquante par les planificateurs des systèmes de santé et les autres planificateurs des interventions en période de crise.

Le rapport comprend aussi 30 signaux, ou signes avant-coureurs, fondés sur de l'information qui s'est avérée utile à l'analyse et à l'intervention rapides durant la pandémie.

L'[annexe A](#) fournit de l'information détaillée sur chacune des 31 mesures fondamentales du rapport, y compris les définitions et les sources de données proposées.

Domaine des fournitures

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des difficultés d'approvisionnement en fournitures de soins de santé à l'échelle nationale et mondiale. L'infrastructure d'approvisionnement et de logistique est un actif stratégique pour les systèmes de santé. Les équipes de soins ne peuvent pas fournir des soins de santé efficaces et sécuritaires sans l'approvisionnement et la distribution des fournitures nécessaires⁴.

La fragilité des chaînes d'approvisionnement menace la capacité des dispensateurs à offrir des soins efficaces et sûrs ainsi qu'à protéger les travailleurs de la santé de la COVID-19⁴. Cela fut le cas lorsque la demande en bouteilles d'oxygène a temporairement dépassé l'offre; le problème n'était pas la quantité d'oxygène médical disponible, mais plutôt la capacité des fabricants à livrer le produit aux hôpitaux⁵.

Tableau 1a Mesures fondamentales dans le domaine des fournitures

Catégorie	Mesure	Facteurs de stratification	Source des données
Équipement de protection individuelle (EPI)	Nombre de masques N95 et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
	Nombre de blouses et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
	Nombre de visières et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
	Nombre de masques chirurgicaux et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
	Nombre de gants et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
	Nombre de lunettes de protection et taux de consommation	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
Fournitures de laboratoire	Nombre de trousse de dépistage disponibles	Secteur; région	Données provinciales et territoriales
Instruments et équipements médicaux	Nombre de ventilateurs	USI/hors USI; région; type de ventilateur	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
	Nombre d'instruments d'oxygénothérapie	Région	Données provinciales et territoriales

Tableau 1b Mesures éventuelles dans le domaine des fournitures

Catégorie	Mesure	Délai anticipé avant la disponibilité des données
Médicaments essentiels	Disponibilité des médicaments essentiels approuvés par Santé Canada (p. ex. remdesivir, bamlanivimab, casirivimab, imdevimab, sotrovimab)	De 3 à 5 ans
Instruments et équipements médicaux	Instruments et équipements potentiellement difficiles d'accès (p. ex. réanimateurs pulmonaires manuels, oxymètres de pouls, pompes à perfusion)	De 3 à 5 ans

Domaine de l'espace

De mars 2020 à juin 2021, il y a eu en moyenne environ 3 000 hospitalisations additionnelles par mois pour des affections respiratoires, par rapport à la période précédant la pandémie (de janvier à décembre 2019)⁶, mais cette hausse n'était pas répartie uniformément.

À chaque nouvelle vague de la pandémie de COVID-19, le nombre de problèmes respiratoires a augmenté et exercé une pression supplémentaire sur la demande de lits en USI. De plus, des milliers d'interventions chirurgicales et d'examen d'imagerie diagnostique ont été annulés, ce qui a nui à l'accès rapide aux soins et mis à l'épreuve la résilience du secteur hospitalier⁶.

L'espace est difficile à gérer dans les établissements de soins de santé durant une écloison ou une pandémie. Les lits et l'équipement disponibles ne sont pas tous appropriés (p. ex. l'équipement pédiatrique ne convient pas aux adultes). Aussi, il arrive que l'espace ne soit pas utilisé de façon optimale ou qu'il ne permette pas de respecter les nouvelles mesures de distanciation. Les organismes de soins de santé résilients utilisent autrement les ressources disponibles et fournissent des soins dans des lieux non conventionnels. Leurs plans de gestion des situations d'urgence peuvent inclure la création de cliniques externes temporaires destinées à recevoir l'afflux soudain de patients³.

Les travailleurs de la santé du Canada se sont adaptés pour fournir des soins efficaces et sécuritaires en mode virtuel. En février 2020, dans les provinces où les données sont disponibles, 48 % des médecins avaient dispensé au moins un service de santé virtuel; en septembre, cette proportion s'élevait à 83 %⁷.

Tableau 2a Mesures fondamentales dans le domaine de l'espace

Catégorie	Mesure	Facteurs de stratification	Source des données
Capacité en soins de courte durée	Nombre de lits d'hospitalisation (hors USI)	Statut d'infection à la COVID-19; région	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé; données provinciales et territoriales
	Nombre de lits pouvant recevoir des patients atteints de la COVID-19	Région; USI/hors USI	Données provinciales et territoriales
	Nombre de lits en USI	Région	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé; données provinciales et territoriales

Catégorie	Mesure	Facteurs de stratification	Source des données
Utilisation des soins de courte durée	Pourcentage de lits en USI occupés	Statut d'infection à la COVID-19; région	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
	Pourcentage de lits d'hospitalisation occupés (hors USI)	Statut d'infection à la COVID-19; région	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
	Nombre de personnes en réadaptation pour patients hospitalisés	Statut d'infection à la COVID-19; région	Données de l'ICIS sur la réadaptation et les dépenses de santé
Soins communautaires	Nombre de lits en soins de longue durée (dans les foyers de SLD du Canada qui offrent des soins infirmiers 24 heures sur 24 et disposent de lits financés ou subventionnés par le secteur public)	Région	Données de l'ICIS sur les soins de longue durée
	Nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) effectuées pour des services à domicile	Lieu (collectivité, hôpital)	Données de l'ICIS sur les services à domicile
	Nombre d'évaluations complètes effectuées pour des services à domicile	Lieu (collectivité, hôpital)	Données de l'ICIS sur les services à domicile
	Nombre de services offerts virtuellement	Région; statut d'infection à la COVID-19; âge du patient; sexe du patient; type de médecin (médecin de famille, spécialiste, chirurgien)	Données de l'ICIS sur les médecins

Tableau 2b Mesures éventuelles dans le domaine de l'espace

Catégorie	Mesure	Délai anticipé avant la disponibilité des données
Soins de courte durée	Nombre de lits d'intensification créés en transformant l'espace (y compris en créant des sites hospitaliers auxiliaires)	De 3 à 5 ans
Soins de santé de première ligne	Nombre et type de services de soins de santé de première ligne fournis (y compris virtuellement)	5 ans et plus
	Nombre et type de services fournis par des unités mobiles de santé	5 ans et plus
Soins en hébergement	Pourcentage d'occupation dans les établissements de soins de longue durée financés par le secteur public	5 ans et plus
	Nombre de lits dans les établissements de soins en hébergement qui ne fournissent pas de soins infirmiers 24 heures sur 24 ou qui ne reçoivent pas de fonds publics (p. ex. les résidences avec services, les logements supervisés et les maisons de retraite)	5 ans et plus
Isolement	Nombre de personnes en isolement dans les établissements de quarantaine approuvés par le gouvernement	De 3 à 5 ans

Domaine du personnel

Le personnel désigne les travailleurs de la santé et le personnel administratif essentiels au fonctionnement de l'établissement de soins de santé. Les éléments décrits dans les domaines précédents dépendent grandement du personnel, car ce sont les travailleurs de la santé qui utilisent l'équipement et offrent les soins aux patients.

Les travailleurs de la santé de première ligne courent des risques accrus lorsqu'ils traitent des patients atteints d'un virus respiratoire. Parmi ces risques figurent l'exposition directe au virus, la détresse physique et mentale, la fatigue et l'épuisement professionnel. Lors d'un sondage réalisé en novembre et en décembre 2020, le tiers (33 %) des répondants travaillant dans des services de soins de santé a décrit sa santé mentale comme passable ou mauvaise⁸. En outre, plus des trois quarts (77 %) des répondants en contact direct avec des patients atteints de la COVID-19 ont rapporté une détérioration de leur état de santé mentale comparativement à la période précédant la pandémie⁸.

Les pénuries continues de personnel contribuent à alourdir la charge de travail de la main-d'œuvre de la santé et limitent la capacité à gérer l'intensification de la demande. Il est donc nécessaire de surveiller et d'évaluer constamment les mesures liées au personnel pour connaître les changements dans le niveau de dotation en personnel qui découlent de l'intensification de la demande et y réagir.

Tableau 3a Mesures fondamentales dans le domaine du personnel

Catégorie	Mesure	Facteurs de stratification	Source des données
Effectifs de la main-d'œuvre de la santé	Nombre d'infirmières (infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées) par 100 000 habitants	Lieu ou milieu de travail (hôpital, soins de longue durée, santé communautaire, autre); région; statut d'emploi (temps plein, temps partiel, occasionnel, inconnu)	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre de médecins par 100 000 habitants	Type de médecin et spécialité; région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre d'inhalothérapeutes par 100 000 habitants	Région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre de pharmaciens par 100 000 habitants	Région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre de technologistes de laboratoire médical, de technologues en radiation médicale, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'ambulanciers paramédicaux par 100 000 habitants	Région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Utilisation de la main-d'œuvre de la santé	Équivalents temps plein du personnel médical, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des autres professionnels et des assistants	USI/hors USI; soins de longue durée; soins communautaires	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Ratio personnel-patients	Ratios infirmières-patients (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées)	USI/hors USI; soins de longue durée; soins communautaires	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
	Ratios autre personnel-patients (p. ex. préposés aux services de soutien à la personne, aides-soignants)	USI/hors USI; soins de longue durée; soins communautaires	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé

Catégorie	Mesure	Facteurs de stratification	Source des données
Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé	Nombre de travailleurs de la santé ayant reçu un résultat positif au test de dépistage (p. ex. de la COVID-19)	Région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre de décès de travailleurs de la santé liés à l'infection (p. ex. de la COVID-19)	Région	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
	Nombre d'heures supplémentaires travaillées par le personnel	Unité organisationnelle; tendances au fil du temps (total d'heures supplémentaires travaillées avant la pandémie vs total d'heures supplémentaires travaillées actuellement)	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
	Nombre d'heures de congé de maladie déclarées	Unité organisationnelle; tendances au fil du temps (total d'heures de congé de maladie déclarées avant la pandémie vs total d'heures de congé de maladie déclarées actuellement)	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé

Tableau 3b Mesures éventuelles dans le domaine du personnel

Catégorie	Mesure	Délai anticipé avant la disponibilité des données
Effectifs de la main-d'œuvre de la santé	Nom et adresse de l'employeur ou des employeurs actuels	De 3 à 5 ans
	Nombre de préposés aux services de soutien à la personne par 100 000 habitants	De 3 à 5 ans
Utilisation de la main-d'œuvre de la santé en soins de courte durée	Statut d'emploi associé aux équivalents temps plein (temps plein, temps partiel, occasionnel)	De 3 à 5 ans
	Nombre de travailleurs réaffectés	De 3 à 5 ans
	Nombre de travailleurs dont le champ d'exercice a été élargi	5 ans et plus
	Composition du personnel	5 ans et plus
	Taux de postes vacants au sein de la main-d'œuvre de la santé	De 3 à 5 ans

Catégorie	Mesure	Délai anticipé avant la disponibilité des données
Utilisation de la main-d'œuvre de la santé en dehors des soins de courte durée	Nombre d'équivalents temps plein employés	5 ans et plus
	Ratios infirmières-patients (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées)	5 ans et plus
	Taux de postes vacants au sein de la main-d'œuvre de la santé	De 3 à 5 ans
Permis temporaires	Permis temporaires accordés aux dispensateurs inactifs, étudiants, dispensateurs d'autres provinces ou territoires, retraités récents	De 3 à 5 ans
	Permis temporaires accordés aux professionnels de la santé formés à l'étranger	5 ans et plus
Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé	Taux de vaccination de la main-d'œuvre de la santé	De 3 à 5 ans

Domaine des signaux

Les signaux sont des signes qui précèdent une crise. En l'annonçant, ils permettent une intervention rapide pour contenir la propagation. Le plus souvent, les données sur la santé publique sont utilisées dans le cadre de telles mesures pour surveiller en temps utile le nombre de cas et le taux de positivité et ainsi prédire les hausses de la demande en soins de santé.

Tableau 4 Mesures fondamentales dans le domaine des signaux

Catégorie	Mesure
Cas et transmission	Nombre de cas actifs, nombre de nouveaux cas par jour, nombre cumulatif de cas (stratifié par caractéristiques démographiques, région et variant préoccupant)
	Taux de reproduction (Rt) (stratifié par variant préoccupant)
	Taux de positivité après 5 jours (stratifié par caractéristiques démographiques, région et variant préoccupant)
	Analyse des eaux usées (c.-à-d. quantité de virus par litre d'eaux usées avant le traitement)
	Nombre de cas actifs par statut vaccinal (non vaccinés, vaccinés mais pas encore protégés, partiellement vaccinés, adéquatement vaccinés)
	Nombre de décès et de nouveaux décès par jour liés à l'infection
	Nombre de patients guéris de l'infection

Catégorie	Mesure
Capacité du système de santé	Heures de congé de maladie chez les travailleurs de la santé
	Nombre de patients sous ventilation en soins de courte durée (stratifié par statut d'infection et statut vaccinal)
	Taux d'occupation des USI et nombre de nouveaux patients en USI par jour (stratifié par statut d'infection et statut vaccinal)
	Nombre d'hospitalisations (actives et totales — stratifié par statut d'infection, statut vaccinal, USI/hors USI)
	Nombre de nouvelles hospitalisations en soins de courte durée par jour (stratifié par statut d'infection et statut vaccinal)
	Nombre de visites au service d'urgence (stratifié par période, statut d'infection, statut vaccinal et âge)
	Nombre de consultations virtuelles en soins de santé de première ligne (stratifié par période et statut d'infection)
Statistiques sur les cas et la recherche des contacts	Nombre de contacts rapprochés à l'hôpital ou dans la collectivité, mais maintenant admis à l'hôpital
	Nombre de contacts à risque élevé nouvellement identifiés et joints dans les 24 à 48 heures
	Nombre attendu de contacts par cas
Planification des ressources d'urgence	Nombre d'appels au 911 liés à des symptômes d'infection (p. ex. une détresse respiratoire)
	Nombre de visites rendues par les ambulanciers paramédicaux à des patients souffrant de graves symptômes de l'infection
Éclosions actives (par région)	Nombre d'éclosions dans les milieux de soins ou de vie
	Nombre d'éclosions dans les établissements de soins de santé
	Nombre d'éclosions dans les établissements d'enseignement ou les garderies
	Nombre d'éclosions dans les milieux de travailleurs essentiels
	Nombre d'éclosions résultant d'activités et d'événements publics
Statistiques sur les laboratoires	Nombre de sites de collecte
	Nombre de dépistages effectués en laboratoire (par jour)
	Délais d'obtention des résultats de dépistage
Statistiques sur la vaccination	Nombre total de vaccins administrés
	Pourcentage de la population vaccinée (au moins une dose, 2 doses, dose[s] de rappel)
	Statut vaccinal (stratifié par âge et sexe)

Prochaines étapes

Ce rapport propose un ensemble de mesures qui permettraient de surveiller la capacité des systèmes de santé durant une période prolongée d'intensification de la demande. Ces mesures sont largement fondées sur les besoins observés lors des premières vagues de la pandémie de COVID-19 et pourraient améliorer la collecte de données et la production de rapports publics au fil de la pandémie.

À court terme, il serait important de se concentrer sur l'uniformisation des données recueillies et des définitions des concepts clés. Les données sur les « lits en USI » et les « hospitalisations liées à la COVID-19 » font l'objet de nombreux rapports, mais des différences dans les critères d'inclusion et d'exclusion empêchent de les comparer et, surtout, peuvent faire naître des doutes sur l'exactitude ou la véracité de l'information.

L'uniformisation des concepts clés et de leurs définitions jetterait de meilleures bases pour attirer les nouveaux investissements dans l'infrastructure et la collecte de données. Bon nombre des mesures éventuelles proposées dans ce rapport montrent des lacunes de longue date dans les données. Les combler faciliterait de nombreuses décisions relatives aux politiques et à la planification. Uniformiser les définitions et la déclaration à l'échelle pancanadienne faciliterait ce travail.

À plus long terme, le présent rapport pourrait être complété par un ensemble de mesures permettant de surveiller les incidences d'une pandémie sur les systèmes de santé. Alors que les mesures actuelles se concentrent sur les interventions d'urgence en début de crise, de nouvelles mesures pourraient suivre les répercussions de l'annulation de chirurgies, de la diminution du nombre de tests de dépistage du cancer ou de la hausse de la demande en services de santé mentale durant une période prolongée d'intensification de la demande.

Enfin, ces mesures — et l'expérience de la pandémie de COVID-19 — pourraient orienter les exigences concernant les fournitures et l'équipement en période d'intensification de la capacité des systèmes de santé. La pandémie a mis en lumière la fragilité des chaînes d'approvisionnement; ces mesures pourraient favoriser une meilleure préparation aux périodes de crise prolongée à l'avenir.

Annexes

Annexe A : Renseignements supplémentaires sur les mesures fondamentales

Tableau A1 Nombre de masques N95 et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de masques N95 et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les pénuries de masques N95 persistent dans le secteur des soins de santé. Or, il s'agit de l'EPI le plus souvent utilisé pour limiter l'exposition aux virus pathogènes transmis par voie aérienne. Un masque N95 ne doit être utilisé qu'une seule fois, jeté correctement, puis remplacé par un neuf⁹.</p> <p>Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des équipements de protection respiratoire dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de masques N95 et le nombre total de patients dans les établissements désignés.</p> <p>La plupart des masques ont une durée de conservation limitée, après laquelle ils doivent normalement être jetés. Conserver un masque après sa date de péremption ou dans des conditions d'entreposage autres que celles recommandées peut nuire à son efficacité. Toutefois, lorsque la demande est accrue et l'offre restreinte, les dispensateurs de soins de santé peuvent envisager d'utiliser des masques périmés. Un masque périmé peut encore protéger efficacement s'il est bien ajusté. Les dispensateurs de soins de santé doivent inspecter le masque et vérifier son étanchéité avant de l'utiliser.</p>
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de masques N95. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de masques N95 et leur taux moyen de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A2 Nombre de blouses et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de blouses et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les blouses médicales sont utilisées dans divers milieux de soins, comme les services d'urgence, les USI et les cliniques. Le type de blouse choisi varie selon le contexte et les besoins des professionnels de la santé et des patients. Il existe 2 principaux types de blouses médicales : les blouses d'isolement et les blouses chirurgicales. Ce sont des instruments médicaux de classe I. Il importe de noter que les noms des blouses ne sont pas normalisés. Les fabricants peuvent donc les appeler différemment, comme « blouses stériles », « blouses de chirurgien », « blouses de salle d'opération » ou « blouses non chirurgicales »¹⁰.</p> <p>Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des blouses dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de blouses et le nombre total de patients dans les établissements désignés.</p>
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de blouses. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de blouses médicales et leur taux moyen de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A3 Nombre de visières et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de visières et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Au Canada, les visières sont des instruments médicaux de classe I. Une visière comporte un écran transparent qui protège le visage et ses muqueuses (yeux, nez, bouche) des éclaboussures et des aérosols de liquides corporels. Les visières sont en plastique incassable, elles recouvrent le visage et sont maintenues en place par un serre-tête ou un casque. Elles peuvent être faites de polycarbonate, de propionate, d'acétate, de polychlorure de vinyle ou de polyéthylène téréphtalate¹⁰.</p> <p>Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des visières dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de visières et le nombre total de patients dans les établissements désignés.</p>
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de visières. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de visières et leur taux de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A4 Nombre de masques chirurgicaux et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de masques chirurgicaux et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Le personnel des blocs opératoires porte le masque chirurgical durant les interventions chirurgicales afin d'empêcher la propagation des agents pathogènes à l'extérieur de la salle d'opération¹⁰.</p> <p>Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des masques chirurgicaux dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de masques chirurgicaux et le nombre total de patients dans les établissements désignés.</p> <p>Les masques médicaux peuvent être utilisés après leur date de péremption s'ils ont été conservés dans les conditions indiquées sur l'emballage et s'ils n'ont jamais servi auparavant. Les utilisateurs doivent vérifier que les élastiques sont intacts et que les masques ne présentent aucun signe de dommage.</p>
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de masques chirurgicaux. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de masques chirurgicaux et leur taux de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A5 Nombre de gants et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de gants et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les gants médicaux à usage unique sont utilisés dans divers milieux de soins, comme les services d'urgence, les USI et les cliniques médicales. Ils incluent les gants d'examen (stériles ou non), de chirurgie et de chimiothérapie. Le type de gant choisi varie selon le contexte et les besoins des professionnels de la santé et des patients¹⁰.</p> <p>Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des gants dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de gants et le nombre total de patients dans les établissements désignés.</p>
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de gants. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de gants et leur taux de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A6 Nombre de lunettes de protection et taux de consommation

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Équipement de protection individuelle (EPI)
Mesure	Nombre de lunettes de protection et taux de consommation
Contexte et interprétation	
Justification	Les lunettes de protection protègent l'utilisateur si ses yeux et les tissus mous environnants sont entièrement recouverts ¹⁰ . Le calcul du taux moyen de consommation pourrait aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des lunettes de protection dans les établissements de soins de santé lors d'une hausse soudaine du volume de patients qui mettrait sérieusement à l'épreuve ou excéderait leur capacité courante. Le taux de consommation des EPI est obtenu à l'aide d'une feuille de calcul dans laquelle il faut entrer le nombre de boîtes complètes de lunettes de protection et le nombre total de patients dans les établissements désignés.
Interprétation	Le taux moyen de consommation peut servir à estimer la durée des stocks de lunettes de protection. Le calcul peut aider les établissements à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un taux élevé de consommation nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de lunettes de protection et leur taux de consommation
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A7 Nombre de trousse de dépistage disponibles

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Fournitures de laboratoire
Mesure	Nombre de trousse de dépistage disponibles
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les pénuries de trousse de dépistage et de fournitures connexes sont une préoccupation qui persiste. Avec les autres mesures de prévention des infections, le dépistage rapide et fiable de la COVID-19 est maintenant un élément essentiel de la réponse canadienne à la pandémie. Le dépistage est le seul moyen de confirmer si un travailleur de la santé a contracté la COVID-19, et le taux d'infection (pourcentage de tests de dépistage dont le résultat s'est révélé positif) indique si le virus s'est propagé à d'autres membres du personnel ou à des patients. Grâce à cette information, les responsables de la santé publique peuvent formuler des recommandations afin de réduire la propagation dans les milieux de soins¹¹.</p> <p>Faire le suivi du nombre de trousse de dépistage prêtes à être utilisées peut aider les provinces et territoires à planifier et à optimiser l'utilisation des trousse de dépistage.</p>
Interprétation	Cette information peut servir à surveiller l'approvisionnement en trousse de dépistage et leur disponibilité. Elle peut également aider les provinces et territoires à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un nombre peu élevé de trousse de dépistage nécessitera un traitement urgent des commandes.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de trousse de dépistage prêtes à être utilisées
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Secteur; région

Tableau A8 Nombre de ventilateurs

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Instruments et équipements médicaux
Mesure	Nombre de ventilateurs
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les systèmes de santé du Canada doivent être prêts à recevoir un afflux important de patients nécessitant des soins intensifs en situation de crise. Les USI et les ventilateurs sont des ressources essentielles au traitement des patients gravement malades. On peut s'attendre à d'importantes pénuries de ventilateurs partout au pays, peu importe la durée de la pandémie, si une grande partie de la population n'est pas vaccinée. Les pénuries surviennent principalement parce que les patients demeurent sous ventilation longtemps.</p> <p>Le Canada accélère actuellement l'importation et la production intérieure d'instruments médicaux servant à diagnostiquer, à traiter ou à prévenir la COVID-19. Le 18 mars 2020, le ministre de la Santé a approuvé un arrêté d'urgence dans le but d'accélérer l'évaluation de ces instruments médicaux, y compris les ventilateurs.</p>
Interprétation	Cette information peut servir à surveiller l'approvisionnement en ventilateurs et leur disponibilité. Elle peut également aider les provinces et territoires à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un nombre peu élevé de ventilateurs nécessitera un traitement urgent des commandes ou le transfert de patients vers une région voisine.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total de ventilateurs prêts à être utilisés immédiatement
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	USI/hors USI; région; type de ventilateur

Tableau A9 Nombre d'instruments d'oxygénothérapie

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Fournitures
Catégorie	Instruments et équipements médicaux
Mesure	Nombre d'instruments d'oxygénothérapie
Contexte et interprétation	
Justification	Une pénurie d'instruments et accessoires d'oxygénothérapie (p. ex. le nébuliseur Airlife à FiO2 et à débit élevés) a été signalée au titre de l'Arrêté d'urgence n° 2 concernant les drogues, les instruments médicaux et les aliments à des fins diététiques spéciales dans le cadre de la COVID-19. La hausse soudaine du nombre de patients depuis le début de la pandémie a fait grimper la demande pour ce type d'instruments et d'accessoires essentiels. En vertu du nouvel arrêté d'urgence, les fabricants et les importateurs doivent signaler à Santé Canada les pénuries de certains instruments médicaux considérés comme essentiels (y compris leurs composants, accessoires ou pièces) ¹² .
Interprétation	Cette information peut servir à surveiller l'approvisionnement en oxygène et sa disponibilité. Elle peut également aider les provinces et territoires à mieux planifier leurs commandes selon les besoins anticipés. Un nombre peu élevé d'instruments d'oxygénothérapie nécessitera un traitement urgent des commandes ou le transfert de patients vers une région voisine.
Autres renseignements	
Description	Le nombre total d'instruments d'oxygénothérapie prêts à être utilisés immédiatement
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A10 Nombre de lits d'hospitalisation (hors USI)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Capacité en soins de courte durée
Mesure	Nombre de lits d'hospitalisation (hors USI)
Contexte et interprétation	
Justification	De nombreux facteurs sont susceptibles d'influer sur le taux de mortalité liée à la COVID-19, notamment les ressources hospitalières comme le nombre de lits d'hospitalisation disponibles. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, une question persiste : les hôpitaux ont-ils assez de lits pour gérer l'afflux de patients? La surveillance des lits d'hospitalisation permet aux provinces et territoires de réévaluer régulièrement le nombre de lits et de maximiser la qualité des soins durant les résurgences et les catastrophes futures.
Interprétation	La capacité en lits hors USI est déterminée par chaque province ou territoire selon le nombre d'hospitalisations, le revenu régional et d'autres ressources.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de lits disponibles et dotés de personnel pour adultes en soins médicaux et chirurgicaux hors USI, y compris <ul style="list-style-type: none"> • la capacité d'intensification lorsque les lits sont disponibles et dotés de personnel; • le nombre de lits pour adultes en soins de courte durée médicaux et chirurgicaux; • le nombre d'unités pour adultes en soins intermédiaires médicaux et chirurgicaux.
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Statut d'infection à la COVID-19; région

Tableau A11 Nombre de lits pouvant recevoir des patients atteints de la COVID-19

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Capacité en soins de courte durée
Mesure	Nombre de lits pouvant recevoir des patients atteints de la COVID-19
Contexte et interprétation	
Justification	Grâce à un plan approuvé d'ajustement de la capacité du système en fonction de la pandémie de COVID-19, une partie des lits d'hospitalisation peuvent rapidement être disponibles au besoin, en situation de crise. « Rapidement » signifie que ces lits peuvent être libérés ou prêts à recevoir des patients atteints de la COVID-19 dans les 24 à 48 heures. Les stratégies présentées dans le plan prévoient la réaffectation de lits existants (s'ils peuvent être rapidement disponibles) ou la création de nouveaux espaces traditionnels ou non traditionnels qui ne faisaient pas partie des espaces réservés aux patients atteints de la COVID-19.
Interprétation	La capacité en lits pour les patients atteints de la COVID-19 est déterminée par chaque province ou territoire selon le nombre total de cas actifs et de patients guéris de la COVID-19, et en fonction du nombre global d'hospitalisations.
Autres renseignements	
Description	La portion de lits d'hospitalisation en soins de courte durée qui pourraient recevoir des patients atteints de la COVID-19, sauf <ul style="list-style-type: none"> • en USI (lits inclus dans le plan d'ajustement de la capacité des USI); • en soins critiques ou USI néonataux et autres lits de soins spéciaux; • en salle d'opération; • les lits de travail et d'accouchement (soins ante-partum et post-partum); • les lits d'évaluation ambulatoire et de transfert; • au service d'urgence.
Source de données recommandée	Données provinciales et territoriales
Facteurs de stratification potentiels	Région; USI/hors USI

Tableau A12 Nombre de lits en USI

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Capacité en soins de courte durée
Mesure	Nombre de lits en USI
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les USI offrent des soins vitaux à des patients gravement malades. Leurs ressources sont limitées et coûteuses pour les hôpitaux canadiens. Les cliniciens doivent réfléchir aux avantages d'une admission en USI, et les administrateurs des hôpitaux doivent coordonner la réalisation des interventions et des chirurgies nécessitant des soins intensifs selon la capacité existante. Lors des périodes où la demande en ressources est accrue dans les USI, par exemple durant les épidémies ou les pandémies, il peut s'avérer difficile de répondre à la demande clinique à l'aide des ressources disponibles¹³.</p> <p>L'utilisation des USI augmente plus vite que le nombre total d'admissions à l'hôpital. Le grand nombre de patients gravement malades en raison de la COVID-19 et nécessitant des soins en USI a mis une pression considérable sur le système de soins intensifs. Les provinces et territoires doivent surveiller de près leur système de soins intensifs pour pouvoir accueillir toute recrudescence de patients malades de la COVID-19 et évaluer leur capacité à fournir des soins intensifs selon l'espace disponible¹⁴.</p>
Interprétation	<p>Le lien entre le nombre de lits en USI et le taux d'hospitalisations n'est pas parfaitement clair en temps normal. En raison des écarts entre les provinces ou territoires et du manque d'information sur la surutilisation et la sous-utilisation des USI, il est difficile de déterminer le nombre idéal de lits en USI dans chaque province ou territoire¹³. Toutefois, on peut affirmer que la demande en lits en USI a augmenté durant la pandémie de COVID-19. La capacité en lits en USI est déterminée par chaque province ou territoire selon le revenu régional et d'autres ressources.</p>
Autres renseignements	
Description	Le nombre de lits pour adultes disponibles et dotés de personnel en unité de soins intensifs médicaux ou chirurgicaux, incluant le nombre de lits d'intensification en USI disponibles et dotés de personnel
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A13 Pourcentage des lits en USI occupés

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Utilisation des soins de courte durée
Mesure	Pourcentage de lits en USI occupés
Contexte et interprétation	
Justification	Il importe de suivre la proportion de lits en USI occupés pour surveiller la capacité à fournir des soins intensifs adéquats aux patients dont la vie est en danger. Les lits en USI sont des lits pour adulte disponibles et dotés de personnel et d'équipements de soins intensifs (p. ex. d'un ventilateur). Une hausse du pourcentage suggère une pression accrue sur le système de santé. La surveillance permet d'accélérer la planification des ressources et la prise des décisions afin d'accroître rapidement la capacité en situation de crise.
Interprétation	Un pourcentage faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le pourcentage de lits occupés en USI dans chaque province ou territoire
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Statut d'infection à la COVID-19; région

Tableau A14 Pourcentage de lits d'hospitalisation occupés (hors USI)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Utilisation des soins de courte durée
Mesure	Pourcentage de lits d'hospitalisation occupés (hors USI)
Contexte et interprétation	
Justification	Il importe de suivre la proportion de lits d'hospitalisation occupés afin de s'assurer d'avoir la capacité de soigner de nouveaux patients. Les lits d'hospitalisation sont des lits disponibles et dotés de personnel pour les adultes en soins médicaux ou chirurgicaux à l'extérieur des USI. Une hausse du pourcentage suggère une pression accrue sur le système de santé. La surveillance permet d'accélérer la planification des ressources et la prise des décisions afin d'accroître rapidement la capacité en situation de crise.
Interprétation	Un pourcentage faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le pourcentage de lits d'hospitalisation occupés dans chaque province ou territoire
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Statut d'infection à la COVID-19; région

Tableau A15 Nombre de personnes en réadaptation pour patients hospitalisés

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Utilisation des soins de courte durée
Mesure	Nombre de personnes en réadaptation pour patients hospitalisés
Contexte et interprétation	
Justification	Il importe de suivre le nombre de personnes en réadaptation pour patients hospitalisés afin de s'assurer d'avoir la capacité de soigner de nouveaux patients. Une hausse du nombre suggère une pression accrue sur le système de santé. La surveillance permet d'accélérer la planification des ressources et la prise des décisions afin d'accroître rapidement la capacité en situation de crise.
Interprétation	Une valeur faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de personnes en réadaptation pour patients hospitalisés
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la réadaptation et les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Statut d'infection à la COVID-19; région

Tableau A16 Nombre de lits en soins de longue durée (dans les foyers de SLD du Canada qui offrent des soins infirmiers 24 heures sur 24 et disposent de lits financés ou subventionnés par le secteur public)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Soins communautaires
Mesure	Nombre de lits en soins de longue durée (dans les foyers de SLD du Canada qui offrent des soins infirmiers 24 heures sur 24 et disposent de lits financés ou subventionnés par le secteur public)
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les foyers de soins de longue durée (SLD), aussi appelés centres de soins infirmiers, établissements de soins continus et établissements de soins en hébergement, offrent un large éventail de services de santé et de soins personnels aux Canadiens qui, en raison de leur état de santé ou physique, ont besoin en tout temps de soins infirmiers, de soins personnels et d'autres services thérapeutiques et de soutien¹⁵.</p> <p>Les personnes âgées au Canada (les personnes de 65 ans et plus) sont plus vulnérables aux effets de la COVID-19. Les résidents des établissements de SLD et les bénéficiaires de services à domicile sont donc exposés à un risque plus élevé que le reste de la population canadienne. C'est pourquoi de nombreux décès liés à la COVID-19 sont survenus dans les établissements de SLD et les maisons de retraite au Canada.</p>
Interprétation	La capacité en lits de SLD est déterminée par chaque province ou territoire selon le taux d'utilisation des soins de longue durée par groupe d'âge, les besoins généraux en soins de santé et le revenu régional.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de lits dans les établissements de SLD détenant un permis, l'autorisation d'accueillir un résident ou le droit, selon les lois en vigueur, de fournir un tel lit
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les SLD
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A17 Nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) effectuées pour des services à domicile

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Soins communautaires
Mesure	Nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) effectuées pour des services à domicile
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les dispensateurs de services à domicile font des évaluations à l'accueil (de dépistage) de leurs nouveaux clients pour déterminer leurs besoins. La plupart des évaluations (90 %) ont lieu en milieu communautaire, par exemple au domicile du client. Les évaluations effectuées à l'hôpital viennent éclairer les décisions sur la planification des sorties, notamment pour les établissements de soins de longue durée¹⁶.</p> <p>Pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19, les dispensateurs de services à domicile ont temporairement modifié leurs méthodes d'évaluation pour éviter les contacts rapprochés avec les clients. Au même moment, certains clients des services à domicile ont cessé d'avoir recours à ces services pour limiter les contacts avec les personnes ne faisant pas partie de leur ménage. En avril 2020, le nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) a diminué de 25 % comparativement au mois précédent, tous lieux d'évaluation confondus¹⁶.</p>
Interprétation	La surveillance du nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) effectuées pour des services à domicile permet aux provinces et territoires de réévaluer régulièrement la demande en services à domicile et de déterminer les ressources nécessaires pour exécuter les évaluations à l'accueil (de dépistage) en temps opportun en situation de crise.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'évaluations à l'accueil (de dépistage) effectuées par un dispensateur de services à domicile
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les services à domicile
Facteurs de stratification potentiels	Lieu (collectivité, hôpital)

Tableau A18 Nombre d'évaluations complètes effectuées pour des services à domicile

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Soins communautaires
Mesure	Nombre d'évaluations complètes effectuées pour des services à domicile
Contexte et interprétation	
Justification	<p>Les dispensateurs de services à domicile procèdent à une évaluation complète des clients, nouveaux et existants, pour déterminer leurs besoins en matière de soins de santé. La plupart des évaluations (90 %) ont lieu en milieu communautaire, par exemple au domicile du client. Les évaluations effectuées à l'hôpital viennent éclairer les décisions sur la planification des sorties, notamment pour les établissements de soins de longue durée¹⁶.</p> <p>Pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19, les dispensateurs de services à domicile ont temporairement modifié leurs méthodes d'évaluation pour éviter les contacts rapprochés avec les clients. Au même moment, certains clients des services à domicile ont cessé d'avoir recours à ces services pour limiter les contacts avec les personnes ne faisant pas partie de leur ménage. Le nombre d'évaluations complètes réalisées en avril 2020 a chuté considérablement (44 %) par rapport au mois précédent. En date de juin 2020, les évaluations à l'accueil (de dépistage) étaient presque revenues aux niveaux observés en mars 2020, mais pas les évaluations complètes¹⁶.</p>
Interprétation	La surveillance du nombre d'évaluations complètes effectuées pour des services à domicile permet aux provinces et territoires de réévaluer régulièrement la demande en services à domicile et de déterminer les ressources nécessaires pour exécuter les évaluations en temps opportun en situation de crise.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'évaluations complètes effectuées par un dispensateur de services à domicile
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les services à domicile
Facteurs de stratification potentiels	Lieu (collectivité, hôpital)

Tableau A19 Nombre de services offerts virtuellement

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Espace
Catégorie	Soins communautaires
Mesure	Nombre de services offerts virtuellement
Contexte et interprétation	
Justification	<p>La pandémie de COVID-19 a bouleversé la façon dont les travailleurs de la santé et les patients interagissent entre eux, mais aussi avec le système de santé. Face à la hausse des cas d'un bout à l'autre du pays, les travailleurs de la santé ont dû s'adapter afin de fournir des soins sécuritaires et efficaces⁷.</p> <p>En février 2020, dans les provinces et territoires où les données sont disponibles, 48 % des médecins avaient dispensé au moins un service de santé virtuel; en septembre, cette proportion s'élevait à 83 %. Le changement s'est révélé encore plus marqué du point de vue des Canadiens ayant obtenu des services de santé virtuels : dans les mêmes provinces et territoires, la proportion de personnes qui ont reçu au moins un service de santé virtuel est passée de 6 % à 56 %. Ce pourcentage varie cependant entre les provinces et territoires⁷.</p>
Interprétation	La surveillance du nombre de services fournis virtuellement permet aux provinces et territoires de réévaluer régulièrement la demande en soins virtuels et la pertinence de cette option pour les patients et les travailleurs de la santé, et de déterminer les ressources nécessaires pour offrir les services virtuellement.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de services fournis virtuellement par les médecins afin d'interagir à distance avec leurs patients à l'aide de technologies de l'information et de télécommunication
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les médecins
Facteurs de stratification potentiels	Région; statut d'infection à la COVID-19; âge du patient; sexe du patient; type de médecin (médecin de famille, spécialiste, chirurgien)

Tableau A20 Nombre d'infirmières (infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées) par 100 000 habitants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Effectifs de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre d'infirmières (infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées) par 100 000 habitants
Contexte et interprétation	
Justification	Les infirmières jouent un rôle important en situation de crise (p. ex. en effectuant des tests de dépistage et des recherches de contacts, en offrant des soins directs aux patients vulnérables en soins de courte et de longue durée et en participant à la mise en œuvre de la vaccination). Les soins infirmiers peuvent avoir des répercussions importantes sur la mortalité et la morbidité à l'échelle du pays durant une pandémie ¹⁷ . Pendant la pandémie de COVID-19 en 2020, le plus grand nombre de retours à la profession a été observé au sein du personnel infirmier ⁸ . Malgré cette hausse des effectifs, les infections et expositions au virus ont contribué aux pénuries de main-d'œuvre.
Interprétation	Un taux élevé est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'infirmières actives (infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières psychiatriques autorisées) dans la province ou le territoire par 100 000 habitants Calcul : nombre d'infirmières ÷ nombre d'habitants dans la province ou le territoire × 100 000
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Lieu ou milieu de travail (hôpital, soins de longue durée, santé communautaire, autre); région; statut d'emploi (temps plein, temps partiel, occasionnel, inconnu)

Tableau A21 Nombre de médecins par 100 000 habitants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Effectifs de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre de médecins par 100 000 habitants
Contexte et interprétation	
Justification	Les médecins jouent un rôle essentiel dans la prestation des soins et l'amélioration de la santé de la population. En situation de crise, il est primordial d'augmenter rapidement le nombre de médecins en soins de courte durée afin de planifier efficacement la réponse à la pandémie, de façon à ce que les Canadiens aient accès à des services de santé au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.
Interprétation	Un taux élevé est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de médecins actifs dans la province ou le territoire par 100 000 habitants Calcul : nombre de médecins ÷ nombre d'habitants dans la province ou le territoire × 100 000
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Type de médecin et spécialité; région

Tableau A22 Nombre d'inhalothérapeutes par 100 000 habitants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Effectifs de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre d'inhalothérapeutes par 100 000 habitants
Contexte et interprétation	
Justification	Les inhalothérapeutes sont des professionnels de la santé qui offrent des soins directs aux patients, notamment une évaluation, un traitement et des soins de maintien de la fonction cardiopulmonaire. Ils travaillent dans divers milieux cliniques et sont considérés comme des experts de la gestion des patients en détresse respiratoire. Durant la pandémie de COVID-19, les inhalothérapeutes en soins de courte durée se sont retrouvés en première ligne des soins intensifs et ont géré les patients sous ventilation et gravement malades de la COVID-19.
Interprétation	Un taux élevé est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'inhalothérapeutes actifs dans la province ou le territoire par 100 000 habitants Calcul : nombre d'inhalothérapeutes ÷ nombre d'habitants dans la province ou le territoire × 100 000
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A23 Nombre de pharmaciens par 100 000 habitants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Effectifs de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre de pharmaciens par 100 000 habitants
Contexte et interprétation	
Justification	Les pharmaciens sont considérés comme des spécialistes de la gestion des médicaments au sein de l'équipe de santé. En situation de crise, ils peuvent prendre part à de nombreuses activités, notamment la gestion sécuritaire de l'accès des patients aux médicaments essentiels, la gestion des maladies chroniques, la mobilisation pour la vaccination, le dépistage au point de service et la réduction des maladies infectieuses dans la collectivité.
Interprétation	Un taux élevé est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de pharmaciens actifs dans la province ou le territoire par 100 000 habitants Calcul : nombre de pharmaciens ÷ nombre d'habitants dans la province ou le territoire × 100 000
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A24 Nombre de technologistes de laboratoire médical, de technologues en radiation médicale, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'ambulanciers paramédicaux par 100 000 habitants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Effectifs de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre de technologistes de laboratoire médical, de technologues en radiation médicale, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'ambulanciers paramédicaux par 100 000 habitants
Contexte et interprétation	
Justification	Les autres professionnels de la santé, comme les technologistes de laboratoire médical, les technologues en radiation médicale, les psychologues, les travailleurs sociaux et les ambulanciers paramédicaux, jouent un rôle clé dans la prestation de soins essentiels et souvent directs aux patients en situation de crise.
Interprétation	Un taux élevé est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de technologistes de laboratoire médical, de technologues en radiation médicale, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'ambulanciers paramédicaux actifs par 100 000 habitants Calcul : nombre d'autres professionnels de la santé ÷ nombre d'habitants dans la province ou le territoire × 100 000
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A25 Équivalents temps plein du personnel médical, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des autres professionnels et des assistants

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Utilisation de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Équivalents temps plein du personnel médical, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des autres professionnels et des assistants
Contexte et interprétation	
Justification	La surveillance des équivalents temps plein (ETP) est utile à la gestion des projets et des ressources et à la prise des décisions sur la dotation en personnel. En situation de crise, les ETP peuvent être utilisés pour faire le suivi du temps travaillé et des coûts de la main-d'œuvre de la santé.
Interprétation	Une valeur de moins de 1 suggère que le nombre d'heures rémunérées est inférieur au nombre prévu, tandis qu'une valeur de plus de 1 suggère que le nombre d'heures travaillées est supérieur au nombre prévu durant une période donnée.
Autres renseignements	
Description	L'ETP est une unité de mesure qui divise le total des heures rémunérées pendant une période donnée par le nombre d'heures rémunérées normales pour cette même période. Calcul : total des heures rémunérées au cours d'une période donnée ÷ heures rémunérées normales pour la même période
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	USI/hors USI; soins de longue durée; soins communautaires

Tableau A26 Ratios infirmières-patients (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Ratio personnel-patients
Mesure	Ratios infirmières-patients (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées)
Contexte et interprétation	
Justification	Un ratio infirmières-patients optimal est associé à des résultats plus favorables pour les patients, notamment un taux de mortalité inférieur, moins de complications, une plus grande satisfaction des patients, des séjours plus courts et moins de réadmissions, ainsi que pour les infirmières, notamment moins d'épuisements professionnels ¹⁸ . En situation de crise, les gestionnaires du système de santé peuvent utiliser le ratio infirmières-patients pour surveiller et comparer l'utilisation des ressources dans chaque province ou territoire.
Interprétation	Un faible ratio infirmières-patients suggère que chaque infirmière s'occupe d'un nombre de patients plus élevé que d'habitude.
Autres renseignements	
Description	Le rapport entre le nombre d'infirmières et le nombre de patients recevant des soins dans la province ou le territoire Calcul : nombre total d'infirmières ÷ nombre total de patients
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	USI/hors USI; SLD; soins communautaires

Tableau A27 Ratios autre personnel-patients (p. ex. préposés aux services de soutien à la personne, aides-soignants)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Ratio personnel-patients
Mesure	Ratios autre personnel-patients (p. ex. préposés aux services de soutien à la personne, aides-soignants)
Contexte et interprétation	
Justification	Un ratio personnel-patients optimal est associé à des résultats globalement plus favorables pour les patients. En situation de crise, les gestionnaires du système de santé peuvent utiliser le ratio personnel-patients pour surveiller et comparer l'utilisation des ressources dans chaque province ou territoire.
Interprétation	Un faible ratio personnel-patients suggère que chaque membre du personnel s'occupe d'un nombre de patients plus élevé que d'habitude.
Autres renseignements	
Description	Ratio personnel-patients Calcul : Nombre total d'autres membres du personnel ÷ nombre total de patients
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	USI/hors USI; SLD; soins communautaires

Tableau A28 Nombre de travailleurs de la santé ayant reçu un résultat positif au test de dépistage (p. ex. de la COVID-19)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre de travailleurs de la santé ayant reçu un résultat positif au test de dépistage (p. ex. de la COVID-19)
Contexte et interprétation	
Justification	Les personnes qui travaillent dans les milieux de soins sont en première ligne et risquent d'être exposées au virus. Étant donné leur rôle essentiel dans la réponse à la crise, il est important de surveiller cette mesure pour maintenir un niveau optimal de soins et répondre aux éventuelles hausses soudaines des besoins. Cette mesure représente aussi l'efficacité avec laquelle les provinces et territoires parviennent à prévenir la propagation du virus au sein de la main-d'œuvre de la santé. Son suivi contribuera à rehausser la sécurité des travailleurs de la santé et favorisera l'application de mesures appropriées de prévention des infections. De janvier 2020 à janvier 2021, environ 66 000 travailleurs de la santé ont contracté la COVID-19 ¹⁹ .
Interprétation	Une valeur faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de travailleurs de la santé ayant reçu un résultat positif au test de dépistage
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A29 Nombre de décès de travailleurs de la santé liés à l'infection (p. ex. de la COVID-19)

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre de décès de travailleurs de la santé liés à l'infection (p. ex. de la COVID-19)
Contexte et interprétation	
Justification	Les personnes qui travaillent dans les milieux de soins sont en première ligne et donc plus à risque de décéder de l'infection puisqu'elles y sont exposées. La surveillance des décès est importante, car elle révèle l'efficacité des mesures de prévention et de réduction des infections au sein de la main-d'œuvre de la santé. De janvier 2020 à janvier 2021, 24 décès liés à la COVID-19 ont été enregistrés chez les travailleurs de la santé ¹⁹ .
Interprétation	Une valeur faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre de travailleurs de la santé décédés de l'infection
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur la main-d'œuvre de la santé
Facteurs de stratification potentiels	Région

Tableau A30 Nombre d'heures supplémentaires travaillées par le personnel

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre d'heures supplémentaires travaillées par le personnel
Contexte et interprétation	
Justification	La demande accrue en situation de crise nécessite très souvent une hausse des heures supplémentaires en raison du manque de main-d'œuvre de la santé. Il est important de compiler les données sur les heures supplémentaires, car un excès de travail a été associé à une baisse du bien-être et a des effets sur la santé du personnel à long terme et sur la prestation des services de santé ^{20, 21} . Une hausse des heures supplémentaires pourrait indiquer une détérioration de l'état de santé et du bien-être de la main-d'œuvre de la santé et le besoin d'augmenter les ressources.
Interprétation	Une valeur faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'heures supplémentaires travaillées par la main-d'œuvre de la santé
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Unité organisationnelle; tendances au fil du temps (total d'heures supplémentaires travaillées avant la pandémie vs total d'heures supplémentaires travaillées actuellement)

Tableau A31 Nombre d'heures de congé de maladie déclarées

Attribut	Précisions
Renseignements identificatoires	
Domaine	Personnel
Catégorie	Santé et bien-être de la main-d'œuvre de la santé
Mesure	Nombre d'heures de congé de maladie déclarées
Contexte et interprétation	
Justification	Les membres de la main-d'œuvre de la santé courent un risque élevé de contracter des infections, car, en raison de sa nature, leur travail les amène à fournir des soins directs aux patients. Le nombre d'heures de congé de maladie déclarées peut indiquer le besoin de renforcer les mesures de prévention des infections et d'ajouter des ressources pour maintenir la qualité des soins.
Interprétation	Une valeur faible est souhaitable.
Autres renseignements	
Description	Le nombre d'heures de congé de maladie déclarées par la main-d'œuvre de la santé
Source de données recommandée	Données de l'ICIS sur les dépenses de santé
Facteurs de stratification potentiels	Unité organisationnelle; tendances au fil du temps (total d'heures de congé de maladie déclarées avant la pandémie vs total d'heures de congé de maladie déclarées actuellement)

Annexe B : Texte de remplacement pour la figure

Texte de remplacement pour la figure 1

Le cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS est composé de 4 quadrants : Résultats du système de santé, Déterminants sociaux de la santé, Extrants du système de santé et Caractéristiques et intrants du système de santé. Ils sont liés par une chaîne de causalité escomptée dont les maillons forment un cadre dynamique. Voici un aperçu des quadrants :

Le premier quadrant, Résultats du système de santé, est composé de 3 dimensions : Améliorer l'état de santé des Canadiens, Améliorer la réactivité du système de santé et Optimiser l'utilisation des ressources. Les 2 premières dimensions englobent l'équité afin de représenter l'objectif global de répartition équitable. Le troisième quadrant, Extrants du système de santé, est composé d'une seule dimension (Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure) et de 4 attributs (Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services) qui sont liés à la qualité des services de santé fournis et qui ont une incidence sur les 3 dimensions du quadrant 1. Les quadrants 1 et 2 (Déterminants sociaux de la santé) influent l'un sur l'autre.

Le deuxième quadrant, Déterminants sociaux de la santé, est composé de 2 dimensions : Facteurs structurels influant sur la santé et Facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux. La première dimension influe sur la deuxième. Les quadrants 1 et 2 influent l'un sur l'autre. Les quadrants 4 (Caractéristiques et intrants du système de santé) et 2 influent également l'un sur l'autre. Le quadrant 2 est aussi influencé par le quadrant 3 (Extrants du système de santé).

Le troisième quadrant, Extrants du système de santé, est composé d'une seule dimension, Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure, et de 4 attributs liés à la qualité : Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services. Ces dimensions d'attributs liés à la qualité englobent aussi l'équité. L'accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure est influencé conjointement par les dimensions suivantes du quatrième quadrant : Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Le quadrant 3 influe sur le quadrant 2.

Le quatrième quadrant, Caractéristiques et intrants du système de santé, est composé de 5 dimensions : Gouvernance et direction, Ressources du système de santé, Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Deux de ces dimensions sont fondamentales et influent sur la capacité d'amélioration du système : Gouvernance et direction et Ressources du système de santé. Ces dimensions influent l'une sur l'autre, en plus d'influer sur les autres dimensions des caractéristiques et intrants de ce quadrant. Les dimensions Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé influent les unes sur les autres. Les quadrants 4 et 2 influent l'un sur l'autre.

4 éléments contextuels entourent les quadrants du cadre : Contexte culturel, Contexte économique, Contexte démographique, Contexte politique.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien](#). 2013.
2. Barbisch DF, Koenig KL. [Understanding surge capacity: Essential elements](#). *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2006.
3. Therrien M-C, Normandin J-M, Denis J-L. [Bridging complexity theory and resilience to develop surge capacity in health systems](#). *Journal of Health Organization and Management*. Mars 2017.
4. Snowdon AW, Saunders M, Wright A. [Key characteristics of a fragile healthcare supply chain: Learning from a pandemic](#). *Healthcare Quarterly*. Avril 2021.
5. Association des hôpitaux de l'Ontario. [The latest research and information on COVID-19: Critical care supply shortages](#). Consulté le 14 décembre 2021.
6. Institut canadien d'information sur la santé. [Incidence de la COVID-19 sur les services hospitaliers](#). Consulté le 14 décembre 2021.
7. Institut canadien d'information sur la santé. [Hausse des services de santé virtuels offerts par les médecins](#). Consulté le 14 décembre 2021.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Aperçu des répercussions de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé](#). Consulté le 16 décembre 2021.
9. Centers for Disease Control and Prevention. [Strategies for optimizing the supply of N95 respirators](#). Consulté le 16 décembre 2021.
10. Santé Canada. [Masques médicaux et respirateurs utilisés pour la lutte contre la COVID-19 : Renseignements pour les professionnels de la santé](#). Consulté le 16 décembre 2021.
11. Santé Ontario. [Prélèvement et analyse des tests de la COVID-19](#). Consulté le 14 décembre 2021.
12. Santé Canada. [Pénurie d'instruments médicaux : Cathéter à oxygène \(accessoire de livraison\)](#). Consulté le 14 décembre 2021.
13. Institut canadien d'information sur la santé. [Les unités de soins intensifs au Canada](#). 2016.

14. Ontario COVID-19 Science Advisory Table. [Critical Care Capacity During the COVID-19 Pandemic](#). Novembre 2021.
15. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. [Foyers de soins de longue durée — Politique relative aux lits en suspens](#). 2016.
16. Institut canadien d'information sur la santé. [Incidence de la COVID-19 sur les services à domicile](#). Consulté le 14 décembre 2021.
17. Bogossian F, McKenna L, Levett-Jones T. [Mobilising the nursing student workforce in COVID-19: The value proposition](#). *Collegian*. Avril 2020.
18. Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, et al. [Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: An observational study](#). *BMJ Quality and Safety*. Août 2021.
19. Institut canadien d'information sur la santé. [Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé au Canada](#). Consulté le 19 août 2021.
20. Zeytinoglu IU, et al. [Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress](#). *Health Policy*. Novembre 2006.
21. Tourangeau AE, et al. [Determinants of hospital nurse intention to remain employed: Broadening our understanding](#). *Journal of Advanced Nursing*. 2010.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

26092-0222

