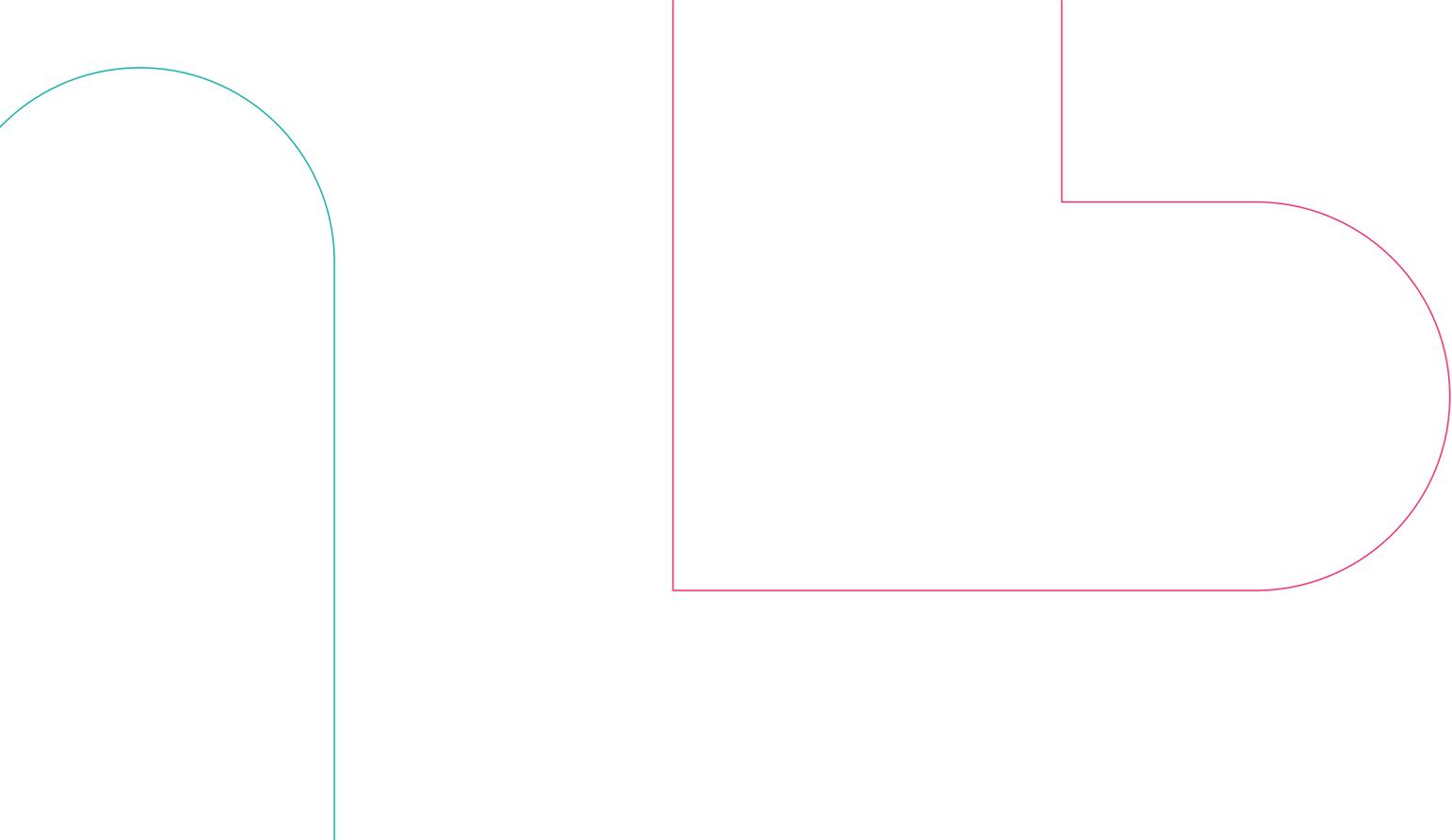




**Reprise et  
résilience après  
la pandémie**  
Auto-évaluation  
et trousse d'outils



## À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) est un organisme dont la priorité absolue est d'améliorer les soins et services de santé avec – et pour – toutes et tous au Canada. Né en mars 2021 de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Excellence en santé Canada dispose d'une plus grande capacité à soutenir ses partenaires pour transformer des innovations éprouvées en améliorations généralisées et durables de la sécurité des patients et de tous les aspects de l'excellence des services de santé. Nous sommes convaincus du pouvoir des personnes et des données probantes; en les unissant, nous pouvons développer les meilleurs soins et services de santé au monde. ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 (Canada)  
613-728-2238 | [communications@hec-esc.ca](mailto:communications@hec-esc.ca)

## Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que le niveau de vie dont nous bénéficions aujourd'hui est le résultat de l'intendance et des sacrifices des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

# Table des matières

Renouvelons nos systèmes de santé... ensemble .....	1
Mise en contexte .....	2
Auto-évaluation .....	6
Auto-évaluation à l'intention des responsables des politiques des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux .....	7
Auto-évaluation à l'intention des leaders des régies régionales de la santé ou des systèmes de prestation .....	29
Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système .....	48
Ressources humaines en santé .....	51
Retards dans les services .....	54
Intégration des systèmes régionaux .....	56
Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint .....	58
Équité en santé de la population .....	60
Santé mentale et consommation de substances psychoactives .....	62
Soins aux personnes âgées .....	64
Soins virtuels et stratégie de santé numérique .....	66
Engagement et partenariats patients .....	68
Récapitulatif des exemples d'innovations dans les outils pour favoriser la résilience .....	70

# Renouvelons nos systèmes de santé... ensemble

Depuis qu'elle a été déclarée, la pandémie de COVID-19 a profondément affecté le monde entier et de vastes pans de notre société, particulièrement les services de santé (professionnels et patients). Ses répercussions sur le système dureront longtemps. Comme les personnes atteintes de la « COVID longue », certains aspects du domaine de la santé ressentiront les effets du virus encore un bon moment. La pandémie a testé les limites des capacités de la plupart des provinces et territoires et a mis tous les secteurs à rude épreuve. Individuellement ou en équipe, les professionnels du pays ont travaillé fort pour continuer d'offrir des soins dans ce contexte très difficile.

C'est pourquoi la reprise et la résilience après la pandémie constituent l'un des trois domaines prioritaires de la stratégie quinquennale (2021-2026) d'Excellence en santé Canada (ESC). Les systèmes de santé ont réagi à la pandémie avec un grand esprit d'innovation, mais la COVID 19 a exposé des failles dans les soins et l'équité. Ensemble, nous pouvons non seulement répondre aux besoins changeants du secteur, mais aussi mettre sur pied des moyens plus équitables, résilients et novateurs de concevoir, de financer et d'administrer des soins.

Nous avons demandé aux experts du pays ce que nous devons améliorer collectivement pour favoriser la reprise et la résilience après la pandémie. Les neuf domaines prioritaires qu'ils ont dégagés ont orienté la création de l'auto-évaluation et de la trousse d'outils. Mais ceci n'est qu'un point de départ. Notre objectif est d'aider les leaders en santé à intervenir maintenant et à planifier pour l'avenir. Nous comptons approfondir nos travaux dans les domaines qui cadrent le plus avec [notre nouvelle stratégie](#) : soins et services aux



personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux; soins plus proches du milieu de vie et sécurité des transitions; expérience vécue; professionnels de la santé; valeur; sécurité culturelle et équité des soins et services; priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Chacun de ces domaines présente une multitude de possibilités d'étendre la portée d'innovations éprouvées afin que plus de gens puissent en bénéficier. La pandémie a notamment fait ressortir l'importance et la valeur de l'action collective ainsi que l'incidence de chaque geste, petit ou grand, sur les autres.

Nous espérons que vous vous joindrez à nous et aux gens de partout au pays qui sont convaincus que chaque personne au Canada souhaite et mérite des soins et des services de santé d'excellence. Utilisez et diffusez l'auto-évaluation et la trousse d'outils. Aidez-nous à trouver d'autres outils et innovations à ajouter à notre arsenal grandissant. Durant cette pandémie, nous savons que l'harmonisation des efforts pour favoriser la reprise et la résilience des systèmes de santé nous aidera à progresser vers l'excellence.

**Jennifer Zelmer, PhD**  
Présidente-directrice générale

# Mise en contexte

La pandémie a testé en temps réel l'efficacité des systèmes de santé canadiens. Elle a également fait ressortir les domaines requérant des changements opérationnels et une réforme des politiques, des innovations et la résilience du système. Excellence en santé Canada (ESC) souhaite contribuer aux mesures de reprise et résilience après la pandémie en recueillant les leçons durement apprises au pays à l'aide de cette auto-évaluation et de cette trousse d'outils et en les synthétisant pour faciliter la planification pour les leaders en santé.

À l'été 2021, notre personnel et nos conseillers ont sondé les intervenants des systèmes de santé canadiens pour connaître leurs défis 16 à 18 mois après le début de la pandémie. Nous avons fait une courte série d'entrevues auprès de plus de 20 experts et leaders du pays pour recenser et valider ces défis. Nous avons ensuite mis à l'essai des idées pour les prochaines étapes de la pandémie et examiné comment les systèmes de santé canadiens conjuguent les mesures actuelles et le maintien des activités normales. L'exercice visait à déterminer les difficultés et à trouver des stratégies pour accroître la résilience du système de santé.

Les réponses obtenues nous ont permis de cerner neuf domaines prioritaires interreliés et nécessitant des mesures qui permettront de tirer profit des changements positifs découlant de la pandémie et de corriger les structures et politiques qui ont pu avoir des conséquences négatives, notamment sur les patients, les familles, les proches aidants, les soignants, les enfants, les personnes âgées, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que les groupes qui vivent des iniquités dans les soins. Dans la section « Engagement et partenariats patients » du présent document, nous avons inclus les priorités soulevées par les patients et les partenaires de soins essentiels dans les travaux réalisés précédemment sur les politiques en matière de partenariats avec les patients

et les proches aidants. Lorsque l'auto-évaluation et la trousse d'outils ont pris forme au début de 2022, ESC a collaboré avec des ministères provinciaux et territoriaux ainsi que des dirigeants du système de santé pour les mettre à l'essai, les valider et les perfectionner.



L'exercice visait à déterminer les difficultés et à trouver des stratégies pour accroître la résilience du système de santé.



PRÉCÉDENT

Renouvelons nos systèmes de santé... ensemble

SUIVANT

Mise en contexte

## Neuf défis pour la reprise et la résilience après la pandémie



1. Ressources humaines en santé



5. Équité en santé de la population



2. Retards dans les services



6. Santé mentale et consommation de substances psychoactives



3. Intégration des systèmes régionaux



7. Soins aux personnes âgées



4. Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint



8. Soins virtuels



9. Engagement et partenariats patients

Les neuf domaines ont été définis par des entrevues auprès de dirigeants du système de santé, des données récentes sur les effets de la pandémie, des rapports d'associations et d'organismes en santé ainsi que du gouvernement, et une validation par des évaluateurs internes et de partenaires du système de santé. Il s'agit de domaines où des changements à incidences considérables dans les pratiques et politiques pourraient transformer le système de santé et atténuer les effets de la pandémie sur les professionnels et les patients.

L'auto-évaluation et la trousse d'outils sur la reprise et la résilience après la pandémie offrent une liste de ressources régulièrement bonifiée pour les leaders en santé, les responsables des politiques, les praticiens, les organismes communautaires, les patients et leur famille ainsi que les partenaires de soins essentiels. Certaines ressources sont disponibles en français et en anglais, d'autres en anglais seulement. L'auto-évaluation permet aux responsables des politiques et aux dirigeants du système de santé de déterminer où ils se situent dans les neuf domaines. Elle comporte

deux sections : la première pose des questions d'évaluation s'adressant aux ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, et l'autre vise plutôt les leaders en santé des régions régionales de la santé ou des systèmes de prestation des soins. La trousse d'outils permet d'aller plus loin. Elle présente des stratégies novatrices offrant des solutions axées sur les patients pour éliminer les lacunes et iniquités exposées et exacerbées par la pandémie. Nous espérons que les responsables des politiques et leaders en santé s'en serviront pour renouveler un système capable de fournir des soins efficaces et de qualité et pour mieux se préparer aux urgences sanitaires.

N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires sur l'auto-évaluation et la trousse d'outils, y compris des propositions d'innovations et de pratiques prometteuses que nous pourrions intégrer à notre prochaine mise à jour à la fin de 2022. Pour ce faire, écrivez-nous à [innovations@hec-esc.ca](mailto:innovations@hec-esc.ca). Dans les prochains mois, nous vous fournirons d'autres ressources, soutiens et occasions de perfectionnement

poussé sur les domaines prioritaires de notre stratégie : ressources humaines en santé, soins aux personnes âgées, soins virtuels, engagement et partenariats patients et équité en santé de la population. Contribuez avec nous au processus et aidez-nous à envisager des possibilités de renouveler et de renforcer nos systèmes de santé.

## Comment utiliser la trousse d'outils

L'auto-évaluation et la trousse d'outils sur la reprise et la résilience après la pandémie ont été conçues pour être utilisées comme un tout, mais rien ne vous empêche d'en explorer les sections séparément.



### Si vous avez 15 minutes :

- Lire la section correspondant à l'une des neuf grandes priorités.
- Parcourir la liste des innovations pour trouver quelque chose qui vous inspire.
- Télécharger une auto-évaluation pour la remplir ultérieurement.
- Partager le lien de la trousse d'outils à votre équipe.

### Si vous avez une ou deux heures :

- Remplir avec votre équipe l'auto-évaluation qui s'applique à votre organisme.
- Utiliser les résultats de l'auto-évaluation pour déterminer les priorités avec votre équipe.
- Tenter de déterminer où se situe votre organisme en matière de reprise et de résilience après la pandémie dans les neuf grandes priorités.

### Si vous avez 45 minutes :

- Lire les sections des neuf grandes priorités.
- Remplir l'auto-évaluation qui s'applique à votre organisme.
- Explorer les innovations dans la section correspondant à l'une des neuf grandes priorités.

Nous savons que la terminologie n'est pas la même partout au pays. Dans une optique de clarté, voici la terminologie utilisée dans ce document :

Les **restrictions générales des visites** s'appliquent à tous les « visiteurs » d'un établissement, souvent sans exception, y compris les partenaires de soins essentiels.

Les **partenaires de soins essentiels** fournissent du soutien physique, psychologique et émotionnel, selon ce que le patient juge important. Ce soutien peut comprendre l'aide à la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les partenaires de soins essentiels sont désignés par le patient (ou par son mandataire spécial), et peuvent être des membres de la famille, des amis proches ou d'autres proches aidants.

Le terme **patients** englobe les personnes habituellement désignées par les termes patients, usagers, résidents ou encore clients.

Les **patients partenaires** sont les patients, les usagers, les résidents, les clients, les membres de la famille, les proches aidants, les partenaires de soins et les autres personnes ayant une expérience vécue qui collaborent avec les équipes pour améliorer la qualité et la sécurité des services de santé.

Les **établissements de santé** regroupent les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les établissements de soins en hébergement, les résidences pour personnes âgées et les autres milieux de soins collectifs, de même que les milieux de soins primaires et de soins ambulatoires.

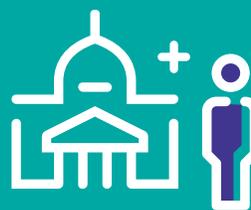
Les **politiques ouvertes sur la présence des familles** encouragent la présence des partenaires de soins essentiels au chevet des patients à n'importe quel moment, quelles que soient les heures de visites officielles.



## Auto-évaluation

Tant que la pandémie sera en cours, les leaders en santé devront planifier la reprise tout en assumant leurs fonctions de gestion. Le fardeau pesant sur le système de santé était toujours très élevé au moment d'écrire ces lignes; cependant, nous tenons à diffuser les leçons apprises et les recommandations des experts en santé dans les domaines qui favoriseront la stabilisation et la capacité de gérer les pressions à grande échelle.

ESC a préparé deux auto-évaluations : la première est destinée aux responsables des politiques des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux; la seconde est destinée aux leaders des autorités sanitaires ou des systèmes de prestation régionaux. Ces outils d'auto-évaluation de la reprise et de la résilience pourront vous aider à déterminer les forces et les points à améliorer de votre système de santé durant la pandémie. Il ne s'agit pas d'un outil de type « réussite ou échec », mais plutôt d'un guide pour faciliter les discussions essentielles et la prise de décisions éclairées.



Responsables des politiques fédérales, provinciales et territoriales

[Commencer](#)



Dirigeants d'hôpitaux ou de systèmes de santé régionaux

[Commencer](#)

### Quelles sont les prochaines étapes?

Inscrivez-vous à l'infolettre d'ESC pour en savoir plus sur les webinaires, les événements d'apprentissage entre pairs et les groupes d'experts à venir sur les sujets liés à la pandémie.

[S'abonner](#)

PRÉCÉDENT  
Mise en contexte

SUIVANT  
Responsables des politiques



# Auto-évaluation à l'intention des responsables des politiques des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux

L'auto-évaluation est conçue pour évaluer le degré de préparation des responsables des politiques dans chacun des neuf domaines prioritaires mis en évidence par les leaders en santé du pays. Nous recommandons aux leaders en santé provinciaux et territoriaux de remplir eux-mêmes l'auto-évaluation, avec l'aide du personnel du ministère et d'autres partenaires (gestionnaires et personnel des soins directs, dirigeants communautaires, patients, familles et proches aidants, etc.), si nécessaire. Ils peuvent également consulter les auto-évaluations remplies par les établissements de santé ou responsables de systèmes régionaux pour orienter les discussions.



## Instructions :

- Répondez aux questions de chaque section.
- Pour chacune, on vous demandera d'évaluer votre degré de préparation (0 signifie « Mesure non envisagée » et 4, « Mesure mise en œuvre »).
- À la fin de chaque section, calculez le total en additionnant les notes. Une fois les sections remplies, vous verrez quels domaines ont obtenu les résultats les plus faibles et sont donc prioritaires.
- Vous trouverez ensuite les stratégies et recommandations applicables dans la section correspondante de la trousse d'outils.

Il y a plusieurs façons d'utiliser cette auto-évaluation. Pour relever les forces et les lacunes potentielles en matière de préparation, vous pouvez par exemple remplir chaque section et utiliser les notes (de « Mesure non envisagée » à « Mesure mise en œuvre ») pour déterminer vos priorités d'action. Vous pouvez ensuite consulter la section correspondante dans la trousse d'outils pour trouver des stratégies et recommandations à appliquer. Vous pouvez également faire remplir l'évaluation par plusieurs personnes individuellement et vous réunir pour en discuter. En comparant vos résultats, vous verrez les domaines où vos perceptions sur la préparation se ressemblent ou diffèrent. Vous pourrez ensuite discuter de vos divergences pour déterminer les risques et les occasions qui ne sont pas nécessairement évidents pour tous.

Veuillez suivre les indications pour vous assurer que vos évaluations confidentielles sont téléchargées ou envoyées à votre adresse courriel.



PRÉCÉDENT  
Mise en contexte

SUIVANT  
Responsables des politiques





AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Ressources humaines en santé

1. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires, communautés et professions de la santé ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour comprendre les besoins en ressources humaines en santé (RHS) actuels et futurs au Canada, y compris la collaboration entre les provinces et territoires (par exemple sur les besoins en régions rurales ou éloignées).
 

0     1     2     3     4
2. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires, organismes communautaires, professions de la santé et collèges et universités offrant des formations en santé pour veiller à avoir suffisamment de RHS localement et au Canada.
 

0     1     2     3     4
3. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires, des collèges et des universités pour veiller à l'uniformité des politiques d'éducation et de formation dans les professions de la santé.
 

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Ressources humaines en santé

4. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires, communautés et organismes autochtones et autorités de réglementation des professionnels de la santé pour explorer des changements en matière de politiques et de permis d'exercice nationaux qui permettraient le redéploiement de RHS dans d'autres provinces ou territoires en cas de besoin.
- 0    1    2    3    4
- 
5. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour trouver des moyens d'accélérer l'accréditation de travailleurs de la santé étrangers formés (provenant de différentes disciplines) d'une façon qui tient compte de la sécurité et des compétences, de l'utilisation optimale des aptitudes et de la formation, ainsi que de la sécurité culturelle.
- 0    1    2    3    4
- 
6. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour simplifier et encadrer les processus de recrutement éthique et approprié sur le plan culturel de travailleurs de la santé étrangers compétents (professions réglementées et non réglementées).
- 0    1    2    3    4
- 
7. Notre province ou territoire élabore ou appuie des lois, des règlements, des politiques et des programmes connexes nous permettant d'utiliser des modèles de soins dynamiques qui optimisent les RHS pour répondre aux besoins de la population (champs de pratique, optimisation des combinaisons de compétences et des ratios de personnel, etc.).
- 0    1    2    3    4
- 
8. Notre province ou territoire élabore ou encadre des stratégies pour évaluer les modèles de rémunération des RHS et faciliter les changements dans les domaines où il y a une forte pénurie et où le niveau de stress est très élevé.
- 0    1    2    3    4
-

## Ressources humaines en santé

9. Notre province ou territoire consulte régulièrement les meilleures pratiques internationales pour veiller à ce que nos stratégies de RHS demeurent novatrices.  0  1  2  3  4
- 
10. Notre province ou territoire a un plan d'intervention d'urgence comportant des stratégies assurant une gestion efficace des RHS en période de crise.  0  1  2  3  4
- 
11. Notre province ou territoire adopte des mesures pour assurer la santé et la sécurité physiques, psychologiques et culturelles des RHS et limiter les menaces et la violence envers les soignants.  0  1  2  3  4

**Total**

**/44**



**Ressources humaines en santé**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Retards dans les services

1. Notre province ou territoire a établi des cibles pour les temps d'attente et élaboré des stratégies pour atteindre ces cibles et communiquer l'état de la situation au public.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
2. Notre province ou territoire dispose d'un processus pour communiquer régulièrement avec les patients en attente de services, notamment sur leur position dans la liste et les options possibles pour se faire traiter plus rapidement (par exemple, dans une ville avoisinante ou par un autre chirurgien ou soignant).
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
3. Notre liste ou nos listes d'attente pour des interventions sont exactes et à jour.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
4. Notre province ou territoire connaît l'offre, la demande et les temps d'attente à l'échelle de la population : a0 – temps pour obtenir des soins de santé primaires; a0-d – temps pour passer un examen de dépistage, a1 – temps pour consulter un spécialiste; a2 – temps pour obtenir le traitement convenu (par exemple une chirurgie); a3 – temps pour obtenir des soins de suivi après le traitement.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Retards dans les services

5. Notre province ou territoire connaît sa capacité actuelle en chirurgie (salles d'opération, unités de soins post-anesthésie, unités de chirurgie pour les patients hospitalisés, etc.), y compris celle en ressources physiques et humaines pour les cas non urgents, les services d'urgence, les soins aux malades externes, le diagnostic et le dépistage.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre province ou territoire évalue régulièrement les retards, et élabore et met en œuvre des stratégies pour réduire l'attente (augmentation des ressources en soins de santé primaires, personnel et équipement de spécialité et de diagnostic, utilisation de listes d'attente centralisées et de cadres de priorité, accès aux meilleures pratiques actuelles pour demander des examens et interventions, etc.).  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire évalue régulièrement les interventions ayant peu d'avantages cliniques et les examens potentiellement inutiles, et utilise des stratégies pour offrir des soins plus appropriés.  0  1  2  3  4
- 
8. Notre province ou territoire dispose d'un cadre de priorisation pour gérer les listes d'attente centralisées des interventions spécialisées à risque élevé qui est transparent et comprend un processus d'appel.  0  1  2  3  4
- 
9. Notre province ou territoire a une stratégie de santé numérique qui favorise l'utilisation appropriée de la technologie pour réduire les temps d'attente, y compris les visites virtuelles ainsi que les examens, l'aiguillage et la prise de rendez-vous numériques.  0  1  2  3  4

**Total**

**/36**



**Retards dans les services**  
Stratégies et suggestions d'action.

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Intégration des systèmes régionaux

1. Notre province ou territoire compte utiliser le système de gestion des incidents de la pandémie pour améliorer la planification stratégique des crises sanitaires d'envergure à l'échelle du système.
 

0     1     2     3     4
2. Notre province ou territoire a des lois et des ressources pour intégrer la santé publique à la stratégie régionale et provinciale de gestion, de préparation, d'intervention et de planification et prestation en cas de pandémie.
 

0     1     2     3     4
3. Notre province ou territoire participe à la planification du système de santé régional et aux activités liées au roulement de patients (services d'urgence, soins intensifs, médecine et chirurgie, etc.) ainsi qu'à l'équilibre de la charge liée aux vagues de cas de COVID et au rattrapage des retards.
 

0     1     2     3     4
4. Notre province ou territoire a un plan pour examiner les meilleures pratiques nationales et internationales ainsi que les enseignements tirés de la pandémie afin de repérer des modèles de gouvernance appropriés pour la gestion, la planification et les activités futures liées à la santé de la population.
 

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Intégration des systèmes régionaux

5. Notre province ou territoire a un plan pour examiner les données sur la population locale, y compris la répartition géographique, les secteurs et la main d'œuvre, afin d'améliorer les partenariats stratégiques provinciaux et territoriaux, les décisions et l'utilisation des ressources.

 0 1 2 3 4**Total****/20**

**Intégration des systèmes régionaux**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

1. Notre province ou territoire a élaboré des plans de gestion d'urgence, y compris des plans d'approvisionnement et de stabilisation de la chaîne d'approvisionnement pour les équipements de protection individuelle et d'urgence, ainsi que des plans de gouvernance et de gestion des risques. Ces plans comprennent les « leçons apprises », le développement des compétences en gestion d'urgence (évaluations de la maturité) ainsi que la vérification et l'évaluation régulières de nos processus et procédures.

0     1     2     3     4

2. Notre province ou territoire a un plan pour assurer l'évaluation continue et l'amélioration dynamique de la planification et de la gouvernance, des structures ainsi que des rôles et processus liés à l'intervention en cas de pandémie, y compris la gestion de la capacité d'appoint (procédures et protocoles opérationnels normalisés).

0     1     2     3     4

3. Notre province ou territoire compte clarifier régulièrement les rôles et responsabilités liés à la vaccination de masse (enfants de moins de 12 ans, doses de rappel, etc.).

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

4. Notre province ou territoire a un plan pour examiner la planification et l'intervention afin d'assurer l'intégration des leçons apprises pour les futures pandémies.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre province ou territoire a mis en place un processus pour tester régulièrement les plans et exécuter des simulations afin d'assurer une bonne préparation en cas d'urgence ou de pandémie.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces et territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour communiquer les plans en cas d'urgence ou de pandémie, apprendre des réussites et des échecs des autres instances et faire des plans de gestion conjointe en cas d'incident ou de crise.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire a un plan de reprise après la pandémie qui comprend des stratégies et des objectifs de responsabilisation.  0  1  2  3  4

**Total**

**/28**



**Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Équité en santé de la population

1. Notre province ou territoire a des stratégies pour faire participer les groupes sous-représentés et les organismes qui les défendent aux décisions sur les politiques et programmes de santé (par exemple en les intégrant dans les comités décisionnels).

0     1     2     3     4

2. Notre province ou territoire emploie une stratégie de confidentialité pour collaborer avec les groupes sous-représentés afin de trouver, recueillir et diffuser des données socioéconomiques tenant compte des iniquités dans les déterminants de la santé (y compris l'accès aux services de santé) et de leur influence sur les résultats de santé.

0     1     2     3     4

3. Notre province ou territoire travaille avec des dirigeants et des groupes sous-représentés pour interpréter les données et élaborer des stratégies pour éliminer les iniquités relevées.

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Équité en santé de la population

4. Notre province ou territoire utilise les données pour prévoir les besoins futurs en santé de la population.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre province ou territoire a des stratégies adaptées aux communautés autochtones et noires ainsi qu'à d'autres groupes sous-représentés qui portent sur la responsabilité, l'accessibilité, l'administration et la gouvernance des données.  0  1  2  3  4

**Total**

**/20**



**Équité en santé de la population**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Santé mentale et consommation de substances psychoactives

1. Notre province ou territoire a des données sur les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des résidents.  0  1  2  3  4
2. La liste d'attente pour recevoir des services en santé mentale dans notre province ou territoire est à jour.  0  1  2  3  4
3. Notre province ou territoire a établi des cibles pour les temps d'attente et élaboré des stratégies pour atteindre ces cibles et communiquer l'état de la situation au public.  0  1  2  3  4
4. Notre province ou territoire a une stratégie pour veiller à avoir suffisamment de RHS pour répondre à l'évolution des besoins en santé mentale des résidents.  0  1  2  3  4
5. Notre province ou territoire a une stratégie pour favoriser l'intégration de services en santé mentale accessibles et adaptés à la culture et assurer la continuité des soins en santé mentale.  0  1  2  3  4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Santé mentale et consommation de substances psychoactives

6. Notre stratégie de santé mentale provinciale ou territoriale a été examinée et mise à jour à la lumière des répercussions de la pandémie et de l'évolution des besoins en santé mentale, y compris ceux liés aux effets de la « COVID longue » sur la cognition et la santé mentale.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire connaît les répercussions de la pandémie sur la santé mentale de ses travailleurs de première ligne et a établi des plans pour répondre à leurs besoins.  0  1  2  3  4
- 
8. Notre province ou territoire examine actuellement notre modèle de prestation de soins et de services en santé mentale pour évaluer l'efficacité du modèle d'intégration avec des partenaires régionaux offrant des soins actifs et des soins de santé primaires.  0  1  2  3  4
- 
9. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces et territoires, le gouvernement fédéral et des partenaires internationaux pour comprendre comment les autres instances répondent aux besoins en santé mentale liés à la pandémie ainsi que pour communiquer et découvrir les pratiques exemplaires qui nous aideront à répondre à ces besoins.  0  1  2  3  4
- 
10. Notre province ou territoire contribue à déstigmatiser la santé mentale par la sensibilisation à la stigmatisation, au mieux-être mental et aux stratégies d'adaptation saines.  0  1  2  3  4

**Total**

**/40**



**Santé mentale et consommation de substances psychoactives**  
Stratégies et suggestions d'action.

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Soins aux personnes âgées

1. Notre province ou territoire a des normes et des processus de surveillance régulière en place pour assurer la sécurité des résidents des établissements de soins de longue durée et des personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
2. Notre province ou territoire a des stratégies pour veiller à avoir suffisamment de RHS pour optimiser la sécurité et les résultats des résidents des établissements de soins de longue durée et des personnes âgées soignées dans la collectivité.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
3. Notre province ou territoire surveille régulièrement les temps d'attente des soins de longue durée et dispose de stratégies pour surveiller la capacité et assurer la continuité des soins de courte durée dans la planification régionale.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
4. Notre province ou territoire évalue régulièrement les besoins en matière d'infrastructure, y compris ceux découlant de la pandémie.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Soins aux personnes âgées

5. Notre province ou territoire a un plan pour reconnaître l'importance et la contribution des partenaires de soins essentiels, leur fournir des soins de relève, de l'aide financière et d'autres types de soutien, et assurer leur retour sécuritaire dans les établissements.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre province ou territoire a un plan pour améliorer et mettre à jour la stratégie sur le vieillissement en santé avec l'aide du public, de partenaires de soins essentiels, de professionnels de la santé et d'autres parties prenantes.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire compte collaborer avec des régions sanitaires, des partenaires communautaires, des établissements de soins en hébergement et des hôpitaux pour protéger les personnes âgées et leur donner la priorité au cours des prochaines vagues pandémiques.  0  1  2  3  4
- 
8. Notre province ou territoire travaille avec des partenaires des Premières Nations, inuits et métis pour veiller à ce que les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes âgées soignées dans la collectivité aient accès à des soins adaptés à la culture.  0  1  2  3  4
-

## Soins aux personnes âgées

9. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour examiner les pratiques exemplaires internationales et la manière dont les autres instances réagissent à l'incidence mondiale de la pandémie sur les personnes âgées. Les leçons apprises sont intégrées à la planification.

0    1    2    3    4

**Total**

**/36**



**Soins aux personnes âgées**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Soins virtuels

1. Notre province ou territoire a une stratégie en santé numérique qui tient compte de la confidentialité des dossiers durant le parcours des patients, y compris la coordination des soins pour ceux ayant des besoins complexes; inclut et facilite l'accès aux services à large bande et autres technologies essentielles dans la communauté; et encourage l'innovation dans les plateformes de services de santé numériques et l'interopérabilité pour améliorer la fluidité des services et les renseignements numériques sur la santé pour les patients et les praticiens.

0     1     2     3     4
2. Notre province ou territoire a un cadre pour surveiller l'utilisation et l'accessibilité des soins virtuels (ambulatoires, primaires et autres), les modes de prestation (téléphone, vidéo, communication asynchrone, etc.), ainsi que la qualité des soins fournis.

0     1     2     3     4
3. Notre province ou territoire a élaboré une stratégie intégrée de numérisation et de partage des données qui contribue à la planification provinciale et territoriale et qui est prise en compte dans le continuum des soins.

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Soins virtuels

4. Notre province ou territoire a un processus de gouvernance des soins virtuels qui encadre les normes en matière de technologie ainsi que les politiques, la vie privée et la cybersécurité.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour fixer des normes minimales sur l'utilisation des données sur les patients (par les soignants, les spécialistes, la santé publique, les tiers, etc.).  0  1  2  3  4
- 
6. Notre province ou territoire travaille avec les organismes de réglementation des professions et les associations de professionnels de la santé pour veiller à ce qu'ils comprennent leur obligation de fournir des soins virtuels appropriés et que l'exercice professionnel soit encadré et surveillé.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires, des collèges et des universités et autres parties prenantes pour élaborer ou soutenir un programme de formation sur l'emploi des soins virtuels par les soignants.  0  1  2  3  4
- 
8. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi que le gouvernement fédéral pour revoir et mettre à jour le paysage de gouvernance des données en santé du Canada.  0  1  2  3  4
- 
9. Notre province ou territoire a une stratégie pour faciliter l'accès des patients à leur dossier de santé en ligne (par exemple, un portail des patients).  0  1  2  3  4
-

## Soins virtuels

10. Notre province ou territoire a un modèle de financement qui permet aux patients d'avoir accès au mode de prestation de soins de leur choix.  0  1  2  3  4

11. Notre province ou territoire examine régulièrement les meilleures pratiques provinciales, territoriales, nationales et internationales en vue d'améliorer notre prestation de soins virtuels.  0  1  2  3  4

**Total**

**/44**



**Soins virtuels**

Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## RESPONSABLES DES POLITIQUES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Engagement et partenariats patients

1. Notre province ou territoire a des politiques qui reconnaissent le rôle crucial des [partenaires de soins essentiels](#) et favorisent l'accès sécuritaire aux établissements de santé et hôpitaux, même pendant des urgences sanitaires.
 

0     1     2     3     4
2. Notre province ou territoire a un processus pour faciliter la co-conception de programmes et politiques de santé avec les patients, les familles, les proches aidants et la communauté, ainsi que des stratégies pour assurer leur engagement dans tout le processus de mise en œuvre, d'évaluation et de révision de ces programmes et politiques.
 

0     1     2     3     4
3. Notre province ou territoire a adopté un processus pour faciliter le changement de culture, dans le cadre duquel « Qu'est-ce qui ne va pas? » est remplacé par « Qu'est-ce qui est important pour vous? ».
 

0     1     2     3     4
4. Notre province ou territoire travaille avec les collègues et universités pour intégrer l'engagement et les partenariats patients à toutes les formations des soignants.
 

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Responsables des politiques

## Engagement et partenariats patients

5. Notre province ou territoire travaille avec les collègues de professionnels en santé pour intégrer l'engagement et les partenariats patients dans les cadres de compétences des soignants.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre province ou territoire a un cadre pour évaluer et consigner les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) et les mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP).  0  1  2  3  4
- 
7. Notre province ou territoire travaille avec d'autres provinces ou territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour appliquer des stratégies facilitant l'accès des patients aux données sur la santé et la transmission de ces données entre les provinces et les territoires.  0  1  2  3  4

**Total**

**/28**



**Engagement et partenariats patients**  
Stratégies et suggestions d'action.

# Auto-évaluation à l'intention des leaders des régies régionales de la santé ou des systèmes de prestation

L'auto-évaluation est conçue pour vous aider à évaluer votre degré de préparation dans chacun des neuf domaines prioritaires mis en évidence par les leaders en santé du pays. Nous recommandons aux organismes et leaders en santé provinciaux et territoriaux de remplir l'auto-évaluation eux-mêmes, avec l'aide des patients, familles et proches aidants, des gestionnaires de soins et du personnel des soins directs. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation de type « réussite ou échec », mais plutôt d'un guide qui facilitera les discussions essentielles et la prise de décisions.



## Instructions:

- Répondez aux questions de chaque section.
- Pour chacune, on vous demandera d'évaluer votre degré de préparation (0 signifie « **Mesure non envisagée** » et 4, « **Mesure mise en œuvre** »). À la fin de chaque section, calculez le total en additionnant les notes.
- Une fois les sections remplies, vous saurez où vous en êtes et pourrez déterminer les domaines prioritaires.
- Dans la section « Outils pour favoriser la résilience » de chaque domaine, nous avons inclus des exemples de pratiques novatrices employées au Canada et à l'étranger pour stimuler la créativité et encourager l'apprentissage continu.

Il y a plusieurs façons d'utiliser cette auto-évaluation. Pour relever les forces et les lacunes potentielles en matière de préparation, vous pouvez par exemple remplir chaque section et utiliser les notes (de « **Mesure non envisagée** » à « **Mesure mise en œuvre** ») pour déterminer vos priorités d'action. Vous pouvez ensuite trouver des stratégies et mesures dans la section correspondante de la trousse d'outils. Vous pouvez également faire remplir l'évaluation par plusieurs personnes individuellement et vous réunir pour en discuter. En comparant vos résultats, vous verrez les domaines où vos perceptions sur la préparation se ressemblent ou diffèrent. Vous pourrez ensuite discuter de vos divergences pour déterminer les risques et les occasions qui ne sont pas nécessairement évidents pour tous.

Veuillez suivre les indications pour vous assurer que vos notes sont téléchargées ou envoyées à votre adresse courriel.

PRÉCÉDENT  
Responsables des politiques

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Ressources humaines en santé

1. Notre région ou organisme de santé dispose d'un système de tableau de bord régional pour suivre les postes de professionnel de la santé vacants.  0  1  2  3  4
2. Notre région ou organisme de santé a des plans pour collaborer avec les collègues locaux de professionnels de la santé afin d'assurer la formation et le recrutement des nouveaux diplômés.  0  1  2  3  4
3. Notre région ou organisme de santé a un processus systématique et transparent pour évaluer les salaires de nos différents soignants et veiller à ce qu'ils soient uniformes à l'échelle des établissements, secteurs géographiques, professions, etc.  0  1  2  3  4
4. Notre région ou organisme de santé teste et évalue activement des modèles de soins qui optimisent les ressources humaines en santé (RHS) pour répondre aux besoins de la population (champs de pratique, combinaison de compétences, optimisation du ratio de personnel, etc.).  0  1  2  3  4

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé

## Ressources humaines en santé

5. Notre régie ou organisme de santé a un plan d'action pour protéger et améliorer la santé et la sécurité physiques, psychologiques et culturelles des professionnels de la santé et y a intégré les lois fédérales, provinciales et territoriales applicables, dans la mesure du possible.
- 0    1    2    3    4
- 
6. Notre régie ou organisme de santé travaille avec notre province ou territoire pour opérationnaliser les stratégies et mesures de soutien proposées dans la planification provinciale et territoriale en matière de recrutement de RHS.
- 0    1    2    3    4
- 
7. Notre régie ou organisme de santé collabore avec d'autres hôpitaux, établissements de santé et organismes de santé de la région pour optimiser les RHS.
- 0    1    2    3    4
- 
8. Notre régie ou organisme de santé a instauré des plans de formation et des incitatifs qui permettent aux membres du personnel de se perfectionner et d'exercer à la limite supérieure de leur licence ou champ de pratique.
- 0    1    2    3    4
- 
9. Notre régie ou organisme de santé a l'intention d'utiliser des outils en ligne (information, aide à la décision, etc.) au point d'intervention pour augmenter le « temps alloué aux soins ».
- 0    1    2    3    4
- 
10. Notre régie ou organisme de santé a un plan d'intervention d'urgence comprenant des stratégies pour assurer une gestion efficace des RHS en temps de crise.
- 0    1    2    3    4

**Total**

**/40**



**Ressources humaines en santé**  
Stratégies et suggestions d'action.

PRÉCÉDENT  
Dirigeants du système de santé

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Retards dans les services

- Les listes d'attente de notre région ou organisme sont exactes et à jour.  0  1  2  3  4
- Notre région ou organisme de santé connaît sa capacité actuelle en chirurgie et diagnostic (salles d'opération, unités de soins post-anesthésie, unités de chirurgie pour les patients hospitalisés, etc.), y compris sa capacité en ressources physiques et humaines pour les cas non urgents, les services d'urgence et les soins aux malades externes.  0  1  2  3  4
- Notre région ou organisme de santé dispose d'un processus pour communiquer régulièrement avec les patients en attente de services, notamment sur leur position dans la liste et les options possibles pour se faire traiter plus rapidement (par exemple, dans une ville avoisinante ou par un autre chirurgien ou soignant).  0  1  2  3  4
- Notre région ou organisme de santé travaille activement avec notre région, province ou territoire pour évaluer la demande et les temps d'attente ainsi que pour adapter les ressources afin de réduire l'attente, le cas échéant (augmentation de personnel, services de diagnostic, etc.).  0  1  2  3  4

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé

## Retards dans les services

5. Notre régie ou organisme de santé travaille avec d'autres régies ou organismes de notre province ou territoire pour gérer les listes d'attente et réduire les retards généraux dans les interventions.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre régie ou organisme de santé évalue régulièrement les interventions ayant peu d'avantages cliniques et les examens potentiellement inutiles, et utilise des stratégies pour offrir des soins plus appropriés.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre régie ou organisme de santé dispose d'un cadre de priorisation pour gérer la liste d'attente des interventions spécialisées à risque qui est transparent et comprend un processus d'appel.  0  1  2  3  4
- 
8. Lorsque c'est possible, sûr et approprié, notre régie ou organisme de santé utilise la technologie pour réduire les temps d'attente, y compris les visites virtuelles ainsi que les examens, l'aiguillage et la prise de rendez-vous numériques.  0  1  2  3  4

**Total**

**/32**



**Retards dans les services**  
Stratégies et suggestions d'action.



## AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

## Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Intégration des systèmes régionaux

- Notre régie ou organisme de santé contribue à la planification du système de santé régional et aux activités liées au roulement de patients (services d'urgence, soins intensifs, médecine, chirurgie, soins de longue durée, etc.) ainsi qu'à l'équilibre de la charge accrue en raison des vagues de cas de COVID et au rattrapage des retards.
 

0     1     2     3     4
- Notre régie ou organisme de santé collabore avec les autorités sanitaires locales publiques et d'autres partenaires pour la planification, la préparation et l'intervention en contexte de pandémie ainsi que la planification et la prestation futures.
 

0     1     2     3     4
- Notre régie ou organisme de santé travaille activement avec les communautés et les partenaires locaux et s'engage à favoriser la résilience des services de santé ainsi que la reprise, les résultats, l'équité et l'utilisation de ressources pendant et après la pandémie.
 

0     1     2     3     4

**Total****/12**

**Intégration des systèmes régionaux**  
Stratégies et suggestions d'action.

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

1. Notre région ou organisme de santé a élaboré des plans de gestion d'urgence, y compris des plans d'approvisionnement et de stabilisation de la chaîne d'approvisionnement des équipements de protection individuelle, de l'équipement d'urgence et des médicaments, ainsi que des plans de gouvernance et de gestion des risques. Ces plans comprennent les « leçons apprises », le développement des compétences en gestion d'urgence (évaluations de la maturité) ainsi que la vérification et l'évaluation régulières de nos processus et procédures.

0     1     2     3     4

2. Notre région ou organisme de santé a un plan pour assurer l'évaluation continue et l'amélioration dynamique de la planification et de la gouvernance, des structures ainsi que des rôles et processus liés à l'intervention en cas de pandémie, y compris la gestion de la capacité d'appoint (procédures et protocoles opérationnels normalisés).

0     1     2     3     4

3. Notre région ou organisme de santé compte clarifier régulièrement les rôles et responsabilités liés à la vaccination de masse (enfants de moins de 12 ans, doses de rappel, etc.).

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Dirigeants du système de santé

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé

## Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

4. Notre région ou organisme de santé a un plan pour examiner la planification et l'intervention afin d'assurer l'intégration des leçons apprises pour les futures urgences de santé publique à grande échelle.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre région ou organisme de santé a mis en place un processus pour tester régulièrement les plans et exécuter des simulations afin d'assurer une bonne préparation en cas d'urgence ou de pandémie.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre région ou organisme de santé travaille avec d'autres provinces et territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral pour communiquer les plans en cas d'urgence ou de pandémie, apprendre des réussites et des échecs des autres instances et faire des plans de gestion conjointe en cas d'incident ou de crise.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre région ou organisme de santé a un plan de reprise et résilience après la pandémie qui comprend des stratégies et des objectifs de responsabilisation.  0  1  2  3  4

**Total**

**/28**



**Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Équité en santé de la population

1. Notre région ou organisme de santé travaille avec des parties prenantes, des partenaires et des dirigeants locaux qui font participer les groupes sous-représentés aux décisions sur les politiques et programmes de santé (par exemple, en les intégrant dans les comités décisionnels).

0    1    2    3    4

2. Notre région ou organisme de santé a réuni la capacité nécessaire pour planifier et mettre en œuvre des stratégies visant à éliminer les iniquités relevées en matière d'accès et de résultats.

0    1    2    3    4

3. Notre région ou organisme de santé collabore avec des parties prenantes, des partenaires et des dirigeants locaux pour la collecte et la diffusion de données sociodémographiques en vue d'éliminer les iniquités dans les déterminants de la santé (y compris l'accès aux services de santé) et de limiter leur influence sur les résultats de santé.

0    1    2    3    4

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé

## Équité en santé de la population

4. Notre régie ou organisme de santé a des stratégies sur la responsabilité, l'accès, l'administration, la possession et la gouvernance de données personnelles sur la santé qui tiennent compte des points de vue et des attentes des Premières Nations, des Inuits, des Métis, des Noirs et d'autres communautés.

0
  1
  2
  3
  4

**Total**

**/16**



**Équité en santé de la population**  
Stratégies et suggestions d'action.

PRÉCÉDENT  
Dirigeants du système de santé

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Santé mentale et consommation de substances psychoactives

1. Notre régie ou organisme de santé travaille avec notre province ou territoire pour veiller à avoir suffisamment de RHS pour répondre aux besoins en services liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives de notre circonscription hospitalière ou région.

0     1     2     3     4

2. Notre régie ou organisme de santé évalue la convivialité du système de services liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives pour faciliter l'accès à l'information, fournir des soins adaptés à la culture et assurer l'orientation et l'aiguillage des personnes ayant besoin de ces services.

0     1     2     3     4

3. Notre régie ou organisme de santé a une stratégie pour mieux intégrer les services liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives dans le système et assurer la continuité des soins entre les programmes et les soignants pour les personnes ayant besoin de ces services, y compris les services appropriés et adaptés à la culture.

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé

## Santé mentale et consommation de substances psychoactives

4. Notre région ou organisme de santé examine les données afin de déterminer la capacité d'intervention d'urgence nécessaire pour répondre aux besoins liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre région ou organisme de santé applique des modèles de soins novateurs éclairés par des données probantes pour optimiser la capacité existante, comme les soins par étapes ou les soins virtuels pour accroître l'accès.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre région ou organisme de santé connaît les répercussions de la pandémie sur la santé mentale de ses travailleurs de première ligne et a établi des plans pour répondre à leurs besoins.  0  1  2  3  4
- 
7. Notre région ou organisme de santé contribue à déstigmatiser la santé mentale (le droit de ne pas bien aller).  0  1  2  3  4

**Total**

**/28**



**Santé mentale et consommation de substances psychoactives**

Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Soins aux personnes âgées

1. Notre région ou organisme de santé a un plan de surveillance régulière des normes pour assurer la sécurité des résidents des établissements de soins de longue durée (le cas échéant) et des personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux et soignées dans la collectivité.
 

0     1     2     3     4
2. Notre région ou organisme de santé a des stratégies pour veiller à avoir suffisamment de RHS pour optimiser la sécurité et les résultats des résidents des établissements de soins de longue durée (le cas échéant) et des personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux et soignées dans la collectivité.
 

0     1     2     3     4
3. Notre région ou organisme de santé travaille avec d'autres organismes, soignants et communautés de notre région, province ou territoire pour faciliter la transition des patients de nos établissements de soins de courte durée à leur domicile ou à un établissement de soins de longue durée.
 

0     1     2     3     4

PRÉCÉDENT  
Dirigeants du système de santé

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé

## Soins aux personnes âgées

4. Notre régie ou organisme de santé travaille avec des partenaires des Premières Nations, inuits et métis pour veiller à ce que les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux et soignées dans la collectivité aient accès à des soins adaptés à la culture.  0  1  2  3  4
- 
5. Notre régie ou organisme de santé a un plan pour protéger les personnes âgées à risque et leur donner la priorité au cours des prochaines vagues de pandémie ou de maladies infectieuses, ou d'autres urgences sanitaires. Ce plan tient compte des points de vue et des priorités des personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre régie ou organisme de santé a un plan pour veiller à ce que les personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux reçoivent des soins dans l'établissement le plus approprié pour elles (par exemple en réduisant le nombre de patients recevant d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux).  0  1  2  3  4
- 
7. Notre régie ou organisme de santé reconnaît l'importance, la contribution et le rôle des [partenaires de soins essentiel](#).  0  1  2  3  4
- 
8. Notre régie ou organisme de santé travaille avec des partenaires communautaires pour prévenir les hospitalisations évitables et veiller à ce que les patients âgés qui ont besoin de soins à l'hôpital retournent à la maison le plus rapidement et sécuritairement possible.  0  1  2  3  4
-

## Soins aux personnes âgées

9. Notre régie ou organisme de santé s'engage à faire preuve de bienveillance envers les personnes âgées et a des stratégies pour soutenir ces dernières et éviter l'âgisme et la discrimination fondée sur la capacité physique dans les traitements et les décisions sur les soins.

0     1     2     3     4

**Total**

**/36**



**Soins aux personnes âgées**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Soins virtuels

1. Notre régie ou organisme de santé a une stratégie pour faire en sorte que notre plan de mesure et de collecte des données soit conforme aux plans d'action provinciaux et territoriaux pour surveiller l'utilisation et la qualité des visites virtuelles.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
2. Notre régie ou organisme de santé permet et encourage l'utilisation appropriée des soins virtuels (normes technologiques, politiques, vie privée, cybersécurité, etc.).
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
3. Notre régie ou organisme de santé a un programme de formation pour veiller à ce que le personnel ait les compétences et aptitudes nécessaires pour fournir des soins virtuels appropriés et respecter les dispositions des lois applicables (confidentialité, etc.).
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------
4. Notre régie ou organisme de santé s'engage à effectuer un virage numérique, notamment en adoptant des stratégies pour répondre au besoin d'accès et d'équité de notre population conformément au plan de reprise et de modernisation après pandémie.
 

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

PRÉCÉDENT  
Dirigeants du système de santé

SUIVANT  
Dirigeants du système de santé

## Soins virtuels

5. Notre régie ou organisme de santé examine régulièrement les meilleures pratiques provinciales, territoriales, nationales et internationales en vue d'améliorer la prestation de soins virtuels et d'en augmenter l'utilisation, ainsi qu'assurer un accès sûr et approprié aux soins virtuels partout au Canada.

0    1    2    3    4

**Total**

**/20**



**Soins virtuels**  
Stratégies et suggestions d'action.



AUTO-ÉVALUATION

## DIRIGEANTS D'HÔPITAUX OU DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉGIONAUX

### Degré de préparation

**0**

Mesure non envisagée actuellement

**1**

Mesure envisagée pour plus tard

**2**

Mesure planifiée

**3**

Mesure en cours de mise en œuvre

**4**

Mesure mise en œuvre

## Engagement et partenariats patients

1. Notre région ou organisme de santé a un processus pour faciliter la co-conception de programmes et politiques avec les patients, les familles, les proches aidants et la communauté.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
2. Notre région ou organisme de santé a des politiques qui reconnaissent le rôle crucial des [partenaires de soins essentiels](#) et leur permet d'accéder en toute sécurité aux établissements de santé et de fournir des soins, même pendant des urgences sanitaires, comme la pandémie de COVID-19.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
3. Notre région ou organisme de santé a adopté un processus pour faciliter le changement de culture, dans le cadre duquel « Qu'est-ce qui ne va pas? » est remplacé par « Qu'est-ce qui est important pour vous? ».
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---
4. Notre région ou organisme de santé offre de la formation au personnel pour veiller à ce qu'il ait à cœur l'engagement et les partenariats patients, y compris la collaboration avec les patients de groupes sous-représentés.
 

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Dirigeants du système de santé

## Engagement et partenariats patients

5. Notre régie ou organisme de santé a un cadre pour évaluer et consigner les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) et les mesures des expériences déclarées par les patients.  0  1  2  3  4
- 
6. Notre régie ou organisme de santé encourage les partenariats avec les patients et les familles pour l'établissement des objectifs, la prise de décisions et la définition des plans de traitement.  0  1  2  3  4

**Total**

**/24**



**Engagement et partenariats patients**  
Stratégies et suggestions d'action.

# Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système

Après avoir rempli votre auto-évaluation, consultez la présente trousse d'outils pour connaître les politiques et pratiques que vous pourriez instaurer dans les neuf domaines prioritaires pour favoriser la résilience et le renouvellement des systèmes de santé canadiens.

Les répercussions de la pandémie sur le système ont été sans précédent. Chaque secteur a dû réagir et s'adapter durant cette période extrêmement difficile afin de maintenir la sécurité et les soins auxquels la population a droit. La pandémie nous offre une occasion unique de réfléchir, de nous adapter et d'innover pour favoriser la résilience.

À l'heure où les systèmes de santé continuent de s'adapter à chaque nouvelle vague de cas, les soignants font preuve d'un dévouement exceptionnel, les effectifs ayant été mis à mal par les campagnes des troisième et quatrième doses de rappel en même temps que les cliniques de vaccination pour enfants et les taux élevés d'hospitalisation et d'infection chez les professionnels de la santé. Les leaders en santé, la santé publique, les communautés, le personnel des soins directs et beaucoup d'autres intervenants travaillent sans relâche pour offrir les meilleurs soins possible aux patients. Les communautés se mobilisent pour se protéger les unes les autres, les systèmes de santé provinciaux, territoriaux et nationaux partagent des ressources et collaborent entre eux, et des programmes de vaccination

## Neuf défis pour la reprise et la résilience après la pandémie

1. Ressources humaines en santé 
2. Retards dans les services 
3. Intégration des systèmes régionaux 
4. Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint 
5. Équité en santé de la population 
6. Santé mentale et consommation de substances psychoactives 
7. Soins aux personnes âgées 
8. Soins virtuels 
9. Engagement et partenariats patients 

novateurs ont été mis sur pied. Par exemple, des dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis emploient des équipes d'innovation pour freiner la transmission de la COVID-19 dans les communautés autochtones éloignées et urbaines.

PRÉCÉDENT

Dirigeants du système de santé

SUIVANT

Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système



Cependant, malgré ces efforts soutenus, on continue de prendre des décisions qui entraînent des conséquences imprévues ou causent des iniquités. De plus, les problèmes systémiques et structurels qui étaient déjà présents dans notre système de soins ont exacerbé les effets de la pandémie. Par conséquent, nous devons réformer certains domaines de politiques pour moderniser le système de santé et offrir des soins de qualité à toutes et tous au Canada.

Les neuf domaines problématiques ont nécessité la mise en place de solutions provisoires d'urgence. Maintenant, il s'agira de conserver les mesures efficaces, d'éliminer celles qui alourdissent notre fardeau et de trouver des stratégies pour mettre en place le système que nous visons. Les systèmes de santé font face à des dilemmes et enjeux de politique stratégique, et les dirigeants doivent concilier différents besoins et être entièrement prêts

à continuer de s'adapter à la situation tout en gérant de nombreux problèmes opérationnels, y compris les conséquences de la pandémie sur les patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19.

Plus la pandémie se prolonge, plus les effets sont importants sur le système de santé, les patients, les proches aidants, les communautés, les cliniciens et l'ensemble du personnel. Cela signifie également que la reprise et la résilience deviennent plus compliquées dans les structures actuelles.

#### PRÉCÉDENT

Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système

#### SUIVANT

Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système

## À propos des innovations présentées dans la trousse d'outils

Les innovations présentées ici sont des exemples réels tirés du Web pour les neuf domaines prioritaires. Elles ont été choisies en fonction des critères suivants :

- Publication par un organisme de prestation de soins de santé du Canada (si possible);
- Publication par un organisme d'amélioration des services de santé du Canada (si possible);
- Publication par un organisme non commercial ou sans but lucratif (si possible, pour faciliter l'accès et l'utilisation);
- Présentation dans une revue avec comité de lecture (si possible);
- Présentation dans la littérature grise, mais renvoi à un organisme de prestation de soins de santé du Canada.

Des innovations en matière d'intervention et de résilience apparaissent partout dans le monde. Nous avons examiné des systèmes de santé et des organismes communautaires canadiens, des organismes de santé internationaux ainsi que des organismes commerciaux et sans but lucratif pour nous inspirer de leurs innovations dans la planification actuelle et future de notre intervention au Canada. Les exemples internationaux présentés dans cette trousse sont tirés de sources universitaires et de la littérature grise.

Les innovations énumérées dans chaque section visent à stimuler les idées, à présenter des solutions créatives et à diffuser les travaux entrepris dans les domaines qui nous intéressent. Nous n'avons pas évalué l'efficacité, l'optimisation des ressources, ni la facilité de mise en œuvre des innovations; nous voulions simplement vous les présenter à titre informatif. Excellence en santé Canada (ESC) n'est pas responsable de l'information présentée sur les pages Web des tiers.

L'auto-évaluation et la trousse d'outils sur la reprise et la résilience après la pandémie se veulent une ressource évolutive. ESC continuera de recueillir des innovations et des suggestions de partenaires, et fera une mise à jour régulière des ressources sélectionnées pour le renouvellement du système.



Les innovations énumérées dans chaque section visent à stimuler les idées, à présenter des solutions créatives et à diffuser les travaux entrepris dans les domaines qui nous intéressent.

PRÉCÉDENT

Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système

SUIVANT

Ressources humaines en santé



## Ressources humaines en santé

Les problèmes touchant les ressources humaines en santé (RHS) étaient déjà présents dans beaucoup de provinces et territoires avant la pandémie. Or l'exposition prolongée de nos soignants à la pression et au stress fait en sorte que la planification, la rétention et le bien-être des RHS demeureront les principaux enjeux de la pandémie au Canada.

C'est pourquoi l'une de nos grandes priorités est de veiller à avoir suffisamment de personnel formé et encadré pour assurer la prestation de soins sûrs et de qualité.



PRÉCÉDENT

Trousse d'outils pour favoriser la résilience et le renouvellement du système

SUIVANT

Ressources humaines en santé

## Outils pour favoriser la résilience

1. Conserver des données à jour, exactes et complètes sur les RHS pour une utilisation stratégique ainsi qu'une planification à long terme. Il peut s'agir d'un tableau de bord avec de l'information sur la main-d'œuvre actuelle (années de service, années avant la retraite, expertise, etc.) et sur les postes vacants (tendances et effets récurrents) pour orienter les efforts de recrutement et de rétention. L'une de nos priorités est de générer une base de référence solide, d'utiliser les données cliniques et populationnelles pour prévoir la demande ainsi que de déterminer et d'éliminer les écarts de capacités et d'aptitudes des RHS.

**Exemples d'innovations :** [La main-d'œuvre de la santé au Canada : points saillants de l'incidence de la COVID-19](#); [planification du personnel de santé du Réseau canadien des personnels en santé](#); [projections sur la main-d'œuvre des États-Unis](#); [site Web et outil intégré de surveillance des données du gouvernement australien](#).

2. Examiner le processus d'intégration et les politiques de recrutement des nouveaux diplômés ou employés. Faire le suivi des placements étudiants en temps opportun pour maintenir l'affectation.

**Exemples d'innovations :** [Recrutement en sciences de la santé de l'Université McMaster](#); [programme d'externe en soins infirmiers cliniques de l'hôpital SickKids](#).

3. Examiner les structures de rémunération des soignants et l'équité des salaires entre les établissements d'une province ou d'un territoire.

**Exemple d'innovation :** [Dépôt de données sur les services de santé axés sur la valeur du Conference Board du Canada](#).

4. À l'échelle du système, adopter une démarche préventive pour optimiser les soins aux patients chez eux et dans la communauté. Pensez à des stratégies qui réduiraient la demande de RHS hautement spécialisées et feraient augmenter le temps consacré aux soins directs aux patients. Par exemple :

- Investissement dans la médecine familiale et les services communautaires en santé accessibles dans des délais raisonnables, surtout dans les milieux ruraux;
- Investissement accru dans les services de prévention et d'intervention précoce liés au grand public, à la santé population et au bien-être;
- Citoyens plus engagés, autonomes et actifs qui prennent davantage le contrôle de leur santé et de leurs maladies chroniques à long terme, et initiatives de prescription sociale pour réduire la demande de RHS.

**Exemples d'innovations :** [Programme Links2Wellbeing](#); [guide sur la prescription sociale de l'Alliance pour des communautés en santé](#); [page sur la prescription sociale du NHS England](#); [cadre de soutien des systèmes de santé du NHS England](#).

5. Promouvoir les soins numériques novateurs.

Par exemple :

- Fournir et déployer des services de soins virtuels;
- Améliorer les RHS en intégrant l'intelligence artificielle et des outils technologiques pour faciliter la prise de décisions, orienter la recherche clinique, le développement et les décisions stratégiques, et accélérer l'innovation;
- Utiliser des outils de gestion de la santé de la population pour établir une stratification dans les communautés fondée sur les risques

en santé. L'importance de la santé de la population est de plus en plus grande en raison des progrès importants de l'analytique prédictive. On l'utilise entre autres pour prévoir l'augmentation des besoins et capacités afin d'orienter la gestion de la demande opérationnelle et clinique de RHS (bons soins au bon endroit).

**Exemples d'innovations :** [FQHC Telehealth Consortium](#); [subvention pour l'optimisation des soins virtuels](#); [projet de gestion du changement pour les cliniciens et trousse d'outils d'Inforoute Santé du Canada](#); [Soins virtuels ensemble d'ESC](#).

6. Créer des cadres de soins différents, novateurs et agiles pour les RHS pouvant être adaptés lors des pics de demande dans un domaine particulier. L'intégration de ces modèles au moyen d'une formation rigoureuse, de mentorat et d'occasions de pratique appliquée présentera de nombreux avantages pour les praticiens et pour l'ensemble du système.

**Exemples d'innovations :** [Programme VIANurse COVID-19 de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario](#); [modèles de soins axés sur le travail en équipe des Services ontariens des soins aux malades en phase critique](#); [postes d'adjointes aux soins infirmiers du NHS England](#); [laboratoire de simulation de compétences techniques et avancées des Services de santé Alberta](#)

7. Adopter des stratégies novatrices sur les horaires flexibles et les avantages des RHS qui permettront d'accroître le nombre d'employés et leur disponibilité. Par exemple, de nombreux professionnels de la santé ont bénéficié de places prioritaires dans les services de garde, qui sont restés ouverts dans des conditions exceptionnelles. Les RHS ont donc pu continuer de fournir des soins malgré la fermeture des écoles et des services de garde.

**Exemples d'innovations :** [Base de données du RCPS sur les stratégies pour les travailleurs de la santé durant la pandémie](#); [annulation des crédits obligatoires de formation continue par l'Alberta College of Paramedics](#); [initiative de travail flexible dans les hôpitaux de formation de l'Afrique du Sud](#); [aide pour la garde d'enfants offerte aux travailleurs essentiels par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest](#).

8. Les dirigeants de tous les échelons doivent manifester une reconnaissance directe, répétée et concrète du rôle essentiel des RHS de première ligne et de l'ensemble des fonctionnaires dans le maintien des services essentiels. Leur dévouement et leur professionnalisme nous permettent d'atteindre les objectifs d'intervention et de reprise du Canada en contexte de pandémie.

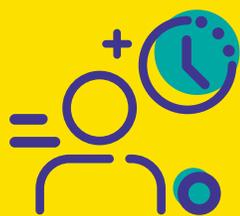
**Exemples d'innovations :** [Soutenir les soignants durant la pandémie](#); [murale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour célébrer la profession](#).

9. Réitérer l'engagement à protéger la santé physique et psychologique des praticiens en santé par la formation et la sensibilisation, des politiques de déclaration et l'actualisation des établissements pour améliorer la sécurité.

**Exemples d'innovations :** [Programme d'aiguillage de la Société canadienne de psychologie](#); [Carrefour du bien-être des médecins de l'AMC](#); [trousse de bien-être en temps de pandémie de l'AMC](#).

10. Stabiliser le personnel des services et établissements à risque élevé (soins intensifs, services d'urgence, établissements de soins de longue durée) par la préparation et la publication d'un plan d'urgence pour soutenir le personnel et la prestation de services en cas d'urgence.

**Exemples d'innovations :** [Préparation d'une liste d'inscription de la clientèle en cas de pandémie](#); [identification de l'équipe de travail pour réduire le stress](#).



## Retards dans les services

Le rattrapage des retards dans les services de santé touchés par la pandémie sera l'un des plus grands défis des systèmes de santé canadiens dans les prochaines années. Des partenariats efficaces à l'échelle des systèmes dans les provinces et territoires seront essentiels pour y arriver.



## Outils pour favoriser la résilience

Pour répondre à la croissance exponentielle des retards dans les soins de courte durée planifiés et non urgents, les systèmes de santé ont maintenant la tâche délicate de trouver un équilibre. Par exemple :

- Relancer les chirurgies urgentes non liées à la COVID-19 et rattraper le retard dans les tests diagnostiques pour ramener les temps d'attente au minimum cliniquement acceptable;
- Maintenir l'intervention et la préparation actuelles en vue des prochaines vagues de pandémie et des contraintes continues de RHS;
- Développer et industrialiser les méthodes de travail novatrices qui ont été employées durant la pandémie et se sont avérées efficaces;
- Réfléchir à l'effet de la modification des attentes, besoins et aspirations des professionnels de la santé et des patients sur la prestation à long terme.

Voici des éléments de la stratégie de rattrapage :

1. Établir et maintenir des listes d'attente exactes et à jour.

**Exemples d'innovations :** [Stratégies d'aiguillage communes](#); [modèles à guichet unique pour gérer les services chirurgicaux](#); [effets des modèles à entrée unique sur les temps d'attente W1 pour les patients externes](#).

2. Calculer la capacité en chirurgie (pour l'éventail de soins : salles d'opération, unités de soins post-anesthésie, unités de chirurgie pour les patients hospitalisés, etc.) et en ressources humaines nécessaires pour suivre les processus chirurgicaux.

**Exemples d'innovations :** [Robotique \(IA\) en chirurgie durant la pandémie de COVID-19](#); [gestion des pénuries par les hôpitaux durant les pics de demande](#).

PRÉCÉDENT  
Ressources humaines en santé

SUIVANT  
Retards dans les services

3. Évaluer la demande de dépistage, de diagnostic et de chirurgie ainsi que les temps d'attente, et ajouter des ressources, au besoin (personnel, services de diagnostic, etc.).

**Exemples d'innovations :** [Programme de retour du personnel du NHS England; programme de chirurgie de la Chatham-Kent Health Alliance.](#)

4. S'associer à d'autres régions ou organismes pour gérer efficacement les listes d'attente et réduire les retards généraux.

**Exemples d'innovations :** [Initiative de chirurgie de la Saskatchewan Sooner, Safer, Smarter; partenariat novateur de l'Hôpital d'Ottawa avec Focus Eye Centre pour rattraper les retards en chirurgie.](#)

5. Examiner les données probantes sur les interventions ayant peu d'avantages cliniques et collaborer avec les patients pour trouver des solutions acceptables; ajuster les listes d'attente en conséquence.

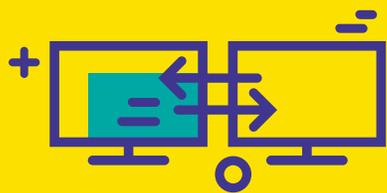
**Exemples d'innovations :** [Programmes de préadaptation pour les chirurgies retardées; Récupération optimisée Canada.](#)

6. Créer un cadre de priorités transparent qui comprend un processus d'appel.

**Exemples d'innovations :** [Priorité des interventions nécessaires sur le plan médical et urgentes.](#)

7. Exploiter la technologie lorsque c'est possible pour diminuer les temps d'attente, y compris les visites virtuelles ainsi que l'aiguillage et la prise de rendez-vous numériques.

**Exemples d'innovations :** [Projet ReSTART : chirurgies et interventions après la pandémie; stratégie de récupération améliorée après la chirurgie des Services de santé Alberta.](#)



## Intégration des systèmes régionaux

La pandémie de COVID-19 a montré la valeur et l'importance de travailler en tant que système intégré, interrelié et interdépendant, ainsi que l'efficacité de cette façon de faire dans les décisions stratégiques à l'échelle du système. Il sera essentiel de conserver et d'améliorer ce mode de fonctionnement pour analyser et gérer l'éventail complet des défis qui se présenteront à nous à l'avenir. L'intégration accrue du système pourrait être un héritage positif de la pandémie.



## Outils pour favoriser la résilience

Des domaines du système de santé autrefois séparés se sont rapprochés stratégiquement pour répondre à la pandémie. La pression a fait ressortir l'interconnectivité du système entier. Comment peut-on travailler pour maintenir ces liens précieux et accroître notre potentiel de capacité flexible?

1. Évaluer les déterminants sociaux de la santé des gens d'une communauté, d'une région, d'une province ou d'un territoire.

**Exemples d'innovations :** [Vaccination dans les villages-retraite naturels en fonction du risque du quartier](#); [sondages de l'Office régional de la santé d'Entre-les-lacs et de l'Est pour évaluer la santé communautaire](#).

2. S'engager à utiliser le système de gestion des incidents de la pandémie pour assurer une planification stratégique permanente du système. Par exemple :

- Coordonner la reprise et la réforme en adoptant une vision sur trois à cinq années, voire plus.
- Surveiller les retards dans les interventions non urgentes, mais cliniquement prioritaires. Par exemple, passer en revue les listes d'attente du système entier pour assurer le suivi des patients et intégrer des centres opérationnels pour surveiller la demande, la progression et les pics.

**Exemple d'innovation :** [Waiting List Action Plan du gouvernement de l'Irlande](#).

PRÉCÉDENT  
Retards dans les services

SUIVANT  
Intégration des systèmes régionaux

3. Établir des partenariats efficaces et constructifs avec les bureaux de santé publique locaux en période de gestion, de préparation, d'intervention, de planification et de reprise en cas de pandémie.

**Exemples d'innovations :** [Collaboration du gouvernement de l'Ontario avec les bureaux de santé publique pour gérer les centres de vaccination dans les écoles](#); [ressource de l'Organisation mondiale de la Santé \*How to enhance the integration of primary care and public health?\*](#)

4. Effectuer une planification du système de santé régional et des activités liées au roulement de patients et aux possibilités d'équilibrer la charge

**Exemples d'innovations :** [B.C. Health System Strategy Implementation](#); [stratégie sur le roulement de patients de l'Est de l'Ontario](#).

5. Effectuer une transition vers des systèmes de soins intégrés dans les trois à cinq prochaines années en utilisant un plan favorisant les progrès et l'accélération de l'établissement de partenariats solides dans le système, ce qui permettra de trouver des manières novatrices de travailler et de renforcer les relations locales entre les services et les communautés. Une intégration accrue avec la santé publique et les praticiens en soins de santé primaires et en médecine familiale sera essentielle pour y arriver.

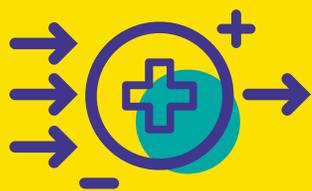
**Exemple d'innovation :** [Équipe Santé Ontario du Nord-Ouest de Toronto](#).

6. Mettre en place une gouvernance des systèmes qui améliorera la responsabilisation des communautés locales envers la reprise après la pandémie, les résultats, les iniquités, l'accès équitable et l'utilisation de ressources et qui encouragera clairement les améliorations dans les services de santé ainsi que le bien-être de la population.

**Exemples d'innovations :** [NYC COVID-19 Rapid Response Coalition](#); [Coalition pour un système de santé résilient](#); [principes de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé axés sur la valeur du Conference Board du Canada](#).

7. Utiliser des stratégies locales pour résoudre les problèmes liés à la santé de la population, qui varient d'une province à l'autre, afin de tenir compte de facteurs précis (besoins, géographie, culture, etc.) dans les décisions et les solutions.

**Exemples d'innovations :** [Programme Aduze Mino Nesewinong](#); [vaccination à domicile des personnes âgées confinées chez elles en Ontario](#); [unité de soins mobile d'Anishnawbe Health Toronto](#).



# Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

La période de crise sera un jour derrière nous, mais les acteurs du système de santé devront faire preuve d'une vigilance et d'une discipline constantes pour se préparer au prochain événement impliquant de nombreuses victimes, qu'il soit viral, environnemental ou technologique. Il est essentiel de consigner et d'appliquer les leçons apprises, alors que le monde ne demande qu'à passer à autre chose. Le rôle de la santé publique, en tant que système de surveillance et d'alerte précoce, doit être maintenu et préservé de façon concrète et structurée.



## Outils pour favoriser la résilience

Il sera très difficile pour les dirigeants de gérer l'intervention et la capacité d'appoint vu les difficultés multiples auxquelles se heurtent les systèmes de santé. Il faudra de l'agilité, des données de qualité à jour et une prise de décisions en partenariat intégré pour maintenir les mesures de prévention des infections, poursuivre la vaccination contre la grippe et la COVID 19, trouver de nouvelles façons de travailler et éliminer les services n'apportant aucune valeur ajoutée.

Cette trousse d'outils présente des systèmes clés ainsi que des solutions politiques et opérationnelles en plusieurs phases qui pourraient servir en vue d'une réforme en 2024-2025 :

1. Restauration ou renouvellement à court terme de l'engagement dans la phase actuelle. Voici quelques facteurs importants à considérer :
  - a. Penser à des stratégies qui augmenteront la vaccination contre la COVID-19 dans la population totale.
    - i. Promotion continue de la vaccination, sensibilisation et couverture chez les personnes non vaccinées.

**Exemples d'innovations :** [Stratégie de dépistage, traitement et vaccins du Infectious disease working group](#); [campagne de vaccination du gouvernement du Québec](#); [Behaviorally Informed Strategies for a National COVID-19 Vaccine Promotion Program](#).

- ii. Mandats de vaccination des employeurs pour le personnel fournissant des services de santé et travaillant directement avec les patients.

**Exemples d'innovations :** [Soumission en ligne du passeport vaccinal pour les employés du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest](#); [guide sur la création d'une politique de vaccination en milieu de travail](#).

PRÉCÉDENT  
Intégration des systèmes régionaux

SUIVANT  
Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

- iii. Accès efficace aux programmes de vaccination pour enfants.

**Exemples d'innovations :** [Service de consultation sur le vaccin contre la COVID-19 de l'hôpital SickKids](#); [clinique de vaccination de masse pour enfants dans la ville de Toronto](#).

- iv. Vaccination obligatoire des enfants et des adultes qui veulent accéder aux sports et activités, etc.

**Exemples d'innovations :** [Conseils en ligne du gouvernement Terre-Neuve-et-Labrador sur la vaccination obligatoire pour les entreprises et les organismes](#); [Sport Manitoba](#).

- b. Atténuer les pressions supplémentaires du système par la promotion et l'administration simultanées des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière.

**Exemples d'innovations :** [Influenza vaccination strategies for 2020-21 in the context of COVID 19](#); [Guidance for Influenza Vaccine Delivery in the Presence COVID-19](#).

- c. Recalibrer les services d'urgence et les unités en aval en prévision des problèmes d'hiver comme une hausse de maladies respiratoires ou de soins non urgents renvoyés aux soins de courte durée.

**Exemples d'innovations :** [Emergency Department Adaptations to COVID-19](#); [Development of the Canadian COVID-19 Emergency Department Rapid Response Network population-based registry: a methodology study](#).

- 2. Étudier la reprise à moyen et à long terme :

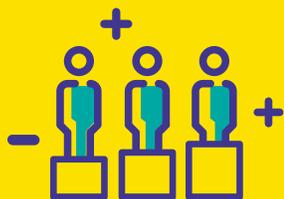
- a. Assurer un suivi des besoins des patients atteints de la « COVID longue », surtout en santé mentale, cardiovasculaire, respiratoire et neurologique, et continuer d'y répondre. Tenir compte des besoins des soignants atteints et des répercussions uniques de la maladie sur eux.

**Exemples d'innovations :** [Ressources sur la COVID longue pour les patients et les familles](#); [cliniques de rétablissement de la COVID-19 en Colombie-Britannique](#); [page de soutien aux personnes ayant des symptômes persistants de la COVID-19 de la Provincial Health Services Authority \(Colombie-Britannique\)](#).

- b. Les réseaux pourraient publier des guides locaux pour transmettre les leçons apprises et s'assurer que les autres systèmes sont d'accord avec les rôles et responsabilités dans la préparation d'éventuelles éclosions et pandémies. Ces guides pourraient prendre en compte les forces, les lacunes et les plans d'atténuation des risques, et être présentés sous forme d'exercices de simulation et de mise en situation.

**Exemples d'innovations :** [Mitigation Phase Playbook de Kaiser Permanente](#); [Coronavirus \(COVID-19\) : Enseignements tirés de l'épidémie de SRAS - Un guide pour les hôpitaux et les employeurs, publié dans revue Osler](#).

- c. Commencer à déterminer quels changements apportés stratégiquement seront opérationnalisés de façon permanente, et instaurer des processus administratifs à cette fin. Par exemple, de nombreux systèmes ont dû prendre des décisions rapides. Dans quel contexte est-il approprié de conserver cette agilité et cette diffusion de l'autorité? Ces changements demanderont la mobilisation des dirigeants et leur participation active dans la gestion du changement et le changement de culture.



## Équité en santé de la population

La pandémie de COVID-19 a eu des effets disproportionnés sur certaines communautés à risque dans l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, ce qui a entraîné une hausse des issues défavorables chez les personnes qui tendent à avoir un accès limité aux services de santé. Ces iniquités ne sont pas nouvelles : elles existent depuis des années, mais la pandémie les a aggravées. Elles risquent également de se maintenir, voire de s'aggraver, lorsque les provinces et les territoires relanceront les soins retardés durant la pandémie.

Beaucoup de groupes continuent de subir les effets des problèmes historiques et structurels actuels qui nuisent aux résultats de santé et à l'accès équitable aux services de santé : Premières Nations, Inuits, Métis, communautés rurales et difficiles à joindre, Noirs, Asiatiques et autres communautés sous-représentées. Durant la pandémie, beaucoup d'entre eux ont subi d'autres conséquences disproportionnées à court et à long terme, notamment des préjudices physiques, mentaux, émotionnels, spirituels, financiers, économiques et sociaux.

Les provinces et les territoires utilisant des approches axées sur la santé de la population peuvent mieux répondre aux besoins en matière de santé et de bien-être de leurs résidents en veillant à ce que leur engagement soit intégré à la planification du système. Ces stratégies axées sur la population et la santé publique leur permettent aussi d'intégrer les priorités en santé des Autochtones, des Noirs, des Asiatiques et d'autres groupes sous-représentés dans la planification de la demande et des ressources humaines en santé (RHS). Elles assurent la mise en place des ressources de soins communautaires et actifs primaires au bon endroit au bon moment ainsi que la prise en compte des besoins diversifiés des communautés.



PRÉCÉDENT

Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

SUIVANT

Équité en santé de la population

## Outils pour favoriser la résilience

Une approche équitable axée sur la santé de la population repose sur la connaissance des facteurs démographiques d'une région et la mise en place de programmes qui répondent aux besoins uniques des divers groupes de la population. Voici des exemples de stratégies :

1. Travailler de façon collaborative et respectueuse avec les communautés pour trouver, recueillir et diffuser des données afin de mieux comprendre les besoins en santé de la population, les iniquités et les différences en matière d'accès aux soins ainsi que les résultats pour la santé. L'administration, la possession et l'accès à ces données devraient appartenir aux communautés.

**Exemples d'innovations :** [Base de données WeCountCOVID](#); [Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals](#).

2. Mettre en évidence les tendances ou les inégalités dans la population et prendre les mesures stratégiques qui s'imposent.

**Exemples d'innovations :** [Confronting Anti-Black Racism \(CABR\) COVID-19 Response Summary de la Ville de Toronto](#); [In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care](#).

3. Lors de la planification d'interventions ou de programmes axés sur la population, consulter les communautés et collaborer avec elles pour veiller à ce qu'elles soient au cœur des considérations de politiques et des solutions créées.

**Exemples d'innovations :** [Équipe de coordination de la riposte à la pandémie des Premières Nations du Manitoba](#); [plan d'intervention contre la COVID-19 de la communauté noire de Toronto](#).



# Santé mentale et consommation de substances psychoactives

Si les répercussions de la COVID-19 sur la santé physique sont manifestes, celles sur la santé mentale sont aussi répandues et néfastes. Plusieurs facteurs ont entraîné une augmentation de la demande de services et traitements liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives. Presque personne au Canada n'a été épargné par ces situations : solitude, isolement, perturbation de l'emploi, maladie ou proche malade, décès d'amis ou de membres de la famille, deuil des relations sociales, stress financier, problème d'usage de substances psychoactives, autres frustrations et défis quotidiens.



## Outils pour favoriser la résilience

À l'échelle locale ou régionale, les stratégies d'amélioration visent essentiellement à favoriser le lien vers les soins pour les patients. Dans de nombreux systèmes, c'est le patient qui a la tâche de trouver les soins, de prendre les rendez-vous et de s'y rendre. Toutefois, dans un système de santé mentale fiable et proactif, on retrouve plusieurs des caractéristiques suivantes :

1. Partenariats avec la province, le territoire ou la région pour évaluer les besoins et obtenir les ressources humaines en santé nécessaires.

**Exemple d'innovation :** [Ressources en santé mentale dans le contexte de la COVID-19 et 211 \(Ville de Toronto\)](#).

2. Mise en place de stratégies pour intégrer les services de santé mentale dans la région et assurer la continuité des soins.

**Exemples d'innovations :** [Mental Health and Primary Care Policy Framework](#) du CAMH; [guide de mise en œuvre des soins collaboratifs](#) du AIMS Center.

3. Évaluation de l'orientation, de l'accès à l'information et des ressources pour aiguiller les personnes ayant besoin d'options thérapeutiques.

**Exemples d'innovations :** [COVID-19 mental health and wellbeing recovery action plan](#) du gouvernement du Royaume-Uni; [COVID-19 Psychosocial and Mental Wellbeing Plan](#) du gouvernement de la Nouvelle-Zélande; [programme Text4Hope](#) des Services de santé Alberta.

PRÉCÉDENT  
Équité en santé de la population

SUIVANT  
Santé mentale et consommation de substances psychoactives

4. Campagnes continues pour normaliser et déstigmatiser les services de santé mentale et les traitements liés à l'usage de substances psychoactives qui sont axés sur les populations sous-représentées et mal servies.

**Exemples d'innovations :** [Projet collaboratif Promotion de la vie; Lutte contre la stigmatisation du CAMH.](#)

5. Examen de la demande de capacité d'intervention d'urgence.

**Exemples d'innovations :** [Réduction du déficit dans les services de santé mentale; Addressing Emergency Department Wait Times and Enhancing Access to Community Mental Health and Addictions Services and Supports.](#)

6. Application de modèles pour accroître l'accessibilité et l'efficacité des services, par exemple les soins par étapes ou les soins virtuels.

**Exemples d'innovations :** [Qu'est-ce que le Modèle de soins par paliers 2.0? de la CSMC; Plan interministériel visant les dépendances et la santé mentale : secteurs prioritaires 2021-2025 du gouvernement du Nouveau-Brunswick.](#)

7. Programmes et ressources de soutien pour la santé mentale des professionnels de la santé et des travailleurs de première ligne offerts, mis de l'avant et conçus pour favoriser leur utilisation.

**Exemples d'innovations :** [Déclaration d'engagement envers la santé et la sécurité psychologiques dans les services de santé; Réseau de soins de santé mentale de qualité; Créer un espace sûr : la sécurité psychologique des travailleurs de la santé.](#)



## Soins aux personnes âgées

Les soins de santé intégrés pour les personnes âgées englobent la modification de leur domicile, les résidences pour personnes âgées, l'aide à la vie autonome ou au vieillissement à domicile, les soins à domicile, les soins infirmiers communautaires, les établissements de soins de longue durée et les foyers de soins personnels. La COVID-19 rend les personnes âgées particulièrement vulnérables et entraîne d'autres problèmes systémiques. Par exemple :

- Obtenir et maintenir un effectif suffisant dans les établissements de soins (recrutement, rétention et récompense), un problème connu et abordé avant la pandémie.
  - Donner de la formation sur la fonction et l'utilisation des équipements de protection individuelle ainsi que la lutte anti-infectieuse en milieu de travail.
  - À l'échelle des établissements, appliquer des normes minimales et corriger les problèmes d'infrastructure matérielle qui accélèrent la propagation des infections à transmission aérienne, comme les chambres partagées et une ventilation sous-optimale.
  - S'attaquer aux obstacles politiques nuisant aux services ainsi qu'au partage des données et à l'intégration.
- Adopter un modèle de soins aux personnes âgées devant être développé pour intégrer pleinement la participation des patients, des familles et des proches aidants à la planification des soins et à la conception des programmes.

Le Canada pourrait transformer la culture entourant le vieillissement et la prestation de soins aux personnes âgées pour favoriser l'autonomie, la sensibilisation culturelle, les choix, la dignité et l'autodétermination. Des travaux sont en cours pour accroître l'engagement et l'autonomisation des patients et des familles dans la planification comme consommateurs et coresponsables de l'amélioration de leur santé. Les effets de cet engagement ne sont pas négligeables : les données probantes internationales démontrent que nous avons là une belle occasion d'effectuer un changement de paradigme dans les modèles de soins fondés sur l'autonomie et le vieillissement à domicile.



PRÉCÉDENT

Santé mentale et consommation de substances psychoactives

SUIVANT

Soins aux personnes âgées

## Outils pour favoriser la résilience

Les partenaires du secteur peuvent créer collectivement une stratégie qui comprendrait un investissement pour appuyer la mise en œuvre d'une transformation favorisant le vieillissement. La stratégie peut inclure les éléments suivants :

1. Protéger de toute urgence les personnes âgées contre les maladies évitables durant l'hiver 2021-2022 (et après) et leur donner la priorité. Il peut s'agir de stratégies pour optimiser les programmes de vaccination contre la grippe et la COVID-19 (doses de rappel).

**Exemples d'innovations :** [Les vaccins antigrippaux pour la saison grippale 2021-2022 de Santé publique Ontario](#); [solutions aux obstacles à la vaccination](#).

2. Favoriser le vieillissement à domicile en offrant des soins de proximité dans la communauté tout en assurant la continuité des soins et des transitions en toute sécurité.

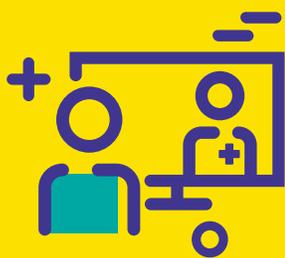
**Exemples d'innovations :** [Programme de récréothérapie virtuelle « Go the Distance » des Services de santé Alberta](#); [livraison d'aliments frais aux communautés vulnérables](#); [programmes pour personnes âgées adaptés à la culture](#); [activités téléphoniques du programme Seniors' Centre Without Walls](#).

3. Reconnaître le parcours de soins d'une personne âgée et l'interdépendance des services de santé. Utiliser les données pour relier les dossiers de soins et de santé et suivre le roulement de patients âgés (aiguillage, admission et réadmission).

**Exemples d'innovations :** [Prédictions sur les admissions à l'hôpital](#); [Aînés en transition – Cheminements dans le continuum des soins de l'ICIS](#); [Hospital Care for Seniors: 48/6 Approach](#).

4. Délaisser le modèle de soins de longue durée pour personnes alitées au profit d'un modèle axé sur l'autonomie, le choix et le contrôle, la dignité et le respect, la sensibilisation culturelle, les relations communautaires et les soins holistiques axés sur la personne. Les provinces et les territoires peuvent explorer les mécanismes qui améliorent la santé de leurs résidents et encouragent l'autonomie.

**Exemples d'innovations :** [Modèle Think Home First du NHS](#); [campagne Where Best Next](#); [Alberta's Home to Hospital to Home: Transitions](#); [Measures des Services de santé Alberta](#).



## Soins virtuels et stratégie de santé numérique

Durant la première vague de la pandémie, les systèmes de santé canadiens ont rapidement pris des mesures pour accroître l'utilisation des soins virtuels afin de limiter la transmission de la COVID-19. Après seulement un mois, les soins virtuels représentaient plus des deux tiers des rendez-vous de soins ambulatoires, contre 2 à 3 % auparavant.

Le potentiel des soins virtuels est reconnu depuis plusieurs années par de nombreux auteurs et organismes. Certains médecins et groupes de patients s'y sont adaptés très facilement et les ont adoptés comme mode de prestation ordinaire. Des études menées par l'Association médicale canadienne, Inforoute et d'autres organisations démontrent que cet accès virtuel accru est accepté et suscite de l'enthousiasme.



L'utilisation optimale des soins virtuels repose sur quatre domaines clés :

1. Définition de l'utilisation appropriée des soins virtuels (prise en compte des capacités des soignants et des patients, discussions sur les besoins, les préférences et les soins requis, etc.).
2. Sécurité, y compris des protocoles pour sonder et combler les besoins sociaux et de sécurité culturelle des patients, et déterminer leur niveau de littératie en santé en l'absence de certains indices pour assurer la clarté de l'information et la compréhension.
3. Connaissances, capacités et aisance croissantes des utilisateurs concernant l'utilisation des technologies de soins virtuels.
4. Surveillance des iniquités en santé ou des conséquences imprévues pour les groupes d'utilisateurs.

PRÉCÉDENT  
Soins aux personnes âgées

SUIVANT  
Soins virtuels

## Outils pour favoriser la résilience

Comme les systèmes de santé cherchent à conserver ce qui a bien fonctionné durant la pandémie et à ajuster ce qui a moins bien fonctionné, les leaders en santé sont invités à confirmer la présence des éléments suivants pour assurer une prestation de soins virtuels sûre et appropriée dans leur province ou territoire :

- Structures de gouvernance et de responsabilisation clairement définies pour les soins virtuels, processus rigoureux pour informer le personnel et les professionnels de la santé des lois sur la confidentialité, et formations sur les mesures à prendre pour respecter leur obligation de protéger les renseignements personnels sur la santé en tout temps. Les provinces et les territoires sont fortement encouragés à actualiser et améliorer leurs formations et ressources sur la sécurité et la gouvernance des données pour s'adapter aux besoins actuels et à la nouvelle réalité.
- Stratégies de gestion du changement solides pour aider la main-d'œuvre à comprendre les avantages de la technologie pour répondre aux besoins et aux objectifs cliniques ainsi que favoriser la prestation de soins sûrs et l'adoption de méthodes de travail efficaces. Cela peut comprendre une approche de mesure et d'évaluation par rapport aux normes provinciales et territoriales sur la qualité des soins virtuels.
- Processus pour obtenir le point de vue de divers groupes d'utilisateurs (en particulier les sous-populations vulnérables en raison d'un accès limité à Internet, de problèmes d'accessibilité liés à des troubles de la vue ou de l'audition, de barrières linguistiques, de lacunes de sécurité culturelle, etc.) et de groupes de soignants qui offriront des soins virtuels afin d'assurer l'élaboration de politiques éclairées. Au besoin, faire appel à des experts d'autres domaines, comme des spécialistes en gestion

du changement, pour déterminer les pratiques exemplaires de prestation de soins numériques et de gestion de l'information numérique.

**Exemples d'innovations :** [Costs and impacts of virtual care on older adults before and during the COVID-19 pandemic du WIHV](#); [note sur la santé numérique et l'équité du WIHV](#).

- Tenir compte du parcours du patient et examiner les options de soins virtuels dans le cheminement clinique, des soins primaires aux soins spécialisés. Encourager non seulement l'utilisation de la technologie dans les services, mais aussi les mécanismes de communication entre les patients et les proches aidants. L'uniformité est primordiale dans les services suivants :
  - Services externes : Partage des données efficace et rapide entre les soins primaires, les soins communautaires et les services de soins aux personnes âgées. Par exemple, connectivité des données intégrée durant les transitions vers un niveau de soin inférieur ou supérieur, en particulier à l'admission à l'hôpital et à la sortie.
  - Services d'urgence : Centres de triage et de commandement d'intervention.

**Exemples d'innovations :** [Soins virtuels au Canada de l'AMC](#); [Soins virtuels : recommandations pour la création d'un cadre pancanadien de l'AMC](#); [Optimizing Virtual Care in Alberta](#); [Soins virtuels d'Inforoute Santé du Canada](#); [Rapport de synthèse sur le Sommet fédéral-provincial-territorial \(FPT\) sur les soins virtuels de Santé Canada](#); [centre de triage et d'évaluation virtuel du Comté de Renfrew](#).



## Engagement et partenariats patients

Il a été montré que l'engagement et les partenariats patients amélioreraient les soins auto-administrés et l'auto-prise en charge, en particulier chez les personnes ayant des maladies chroniques complexes, ce qui favorise la réduction des admissions évitables aux services d'urgence et le rétablissement en général. L'engagement des patients est essentiel à la transformation du système de santé axée sur l'expérience du patient et les résultats des soins.

L'engagement et l'autonomisation systématiques des patients dans la planification, comme consommateurs et coresponsables de l'amélioration de leur santé, ne sont pas mises de l'avant dans les modèles traditionnels, ce qui nous prive du rôle important qu'ils pourraient jouer dans la réduction de la demande de soins non urgents en prenant mieux en charge leurs maladies chroniques.

Les recommandations sur la gestion des systèmes et les systèmes de soins intégrés pourraient donner lieu à un processus décisionnel conjoint sur les politiques de santé avec les patients, les familles et les proches aidants aux échelles institutionnelle, régionale, provinciale et territoriale.



## Outils pour favoriser la résilience

Il existe de nombreux mécanismes pour favoriser l'engagement des patients et des familles dans les soins, la recherche, la création de politiques, la formation des professionnels de la santé et l'amélioration du système. Les leaders du système sont invités à faire ce qui suit :

1. Reconnaître et aborder la dynamique de pouvoir observée entre les soignants et les patients, puis désigner [les partenaires de soins essentiels](#) comme membres de l'équipe soignante et les outiller.

**Exemples d'innovations :** [Programme Essentiels ensemble d'ESC](#); [Caregiver Centered Care](#).

2. Intégrer les patients, les familles, les proches aidants et la communauté comme participants égaux dans la co-conception des programmes et politiques.
3. Réorienter les conversations sur les soins pour déterminer ce qui compte pour les patients, plutôt que de simplement les traiter.

**Exemple d'innovation :** [What Matters to You? des Services de santé Alberta](#).

4. Les partenariats avec les patients dans la conception de soins sont un concept nouveau pour certains professionnels. Le soutien et la formation sont donc importants pour assurer à tous une expérience positive. Un engagement réussi requiert la participation des patients, du personnel et des dirigeants et favorise la création d'une véritable culture de collaboration.

**Exemples d'innovations :** [Création d'environnements propices à l'engagement du Patient Voices Network \(Colombie-Britannique\)](#); [Outil d'auto-évaluation organisationnelle de l'environnement propice à la participation d'ESC](#).

5. Évaluer, communiquer et appliquer les mesures des résultats déclarés par les patients et des expériences déclarées par les patients.

6. Aider le personnel à améliorer la littératie en santé des patients et à véritablement collaborer avec eux pour fixer les objectifs et prendre les décisions de traitement. Il est important que les discussions soient axées sur la sécurité culturelle et la sensibilisation.

**Exemples d'innovations :** [Patient-Centered Care and Population Health Management at scale](#); [PDF sur la gestion de la santé de la population \(healthcarecan.ca\)](#); [Mesures et rapports axés sur les patients au Canada : lancer la discussion pour définir l'avenir de l'ICIS](#).

# Récapitulatif des exemples d'innovations dans les outils pour favoriser la résilience

Voici un récapitulatif de tous les exemples présentés dans les outils pour favoriser la résilience. N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires sur l'auto-évaluation et la trousse d'outils, y compris des propositions d'innovations et de pratiques prometteuses que nous pourrions intégrer à notre prochaine mise à jour à la fin de 2022. Il suffit de nous écrire à [innovations@hec-esc.ca](mailto:innovations@hec-esc.ca). Dans les prochains mois, nous vous fournirons d'autres ressources, soutiens et occasions de formation poussée sur les domaines prioritaires de notre stratégie : ressources humaines en santé, soins aux personnes âgées, soins virtuels, engagement et partenariats patients et équité en santé de la population. Contribuez avec nous au processus et aidez-nous à envisager des possibilités de renouveler et de renforcer nos systèmes de santé.

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)



### Ressources humaines en santé

- [La main-d'œuvre de la santé au Canada : points saillants de l'incidence de la COVID-19](#)
- [Rapport sur l'initiative de recherche numérique du Réseau canadien des personnels en santé](#)
- [Projections sur la main-d'œuvre des États-Unis](#)
- [Site Web et outil intégré de surveillance des données du gouvernement australien](#)
- [Recrutement en sciences de la santé de l'Université McMaster](#)
- [Programme d'externe en soins infirmiers cliniques de l'hôpital SickKids](#)
- [Dépôt de données sur les services de santé axés sur la valeur du Conference Board du Canada](#)
- [Programme Links2Wellbeing](#)
- [Guide sur la prescription sociale de l'Alliance pour des communautés en santé](#)
- [Page sur la prescription sociale du NHS England](#)
- [Cadre de soutien des systèmes de santé du NHS England](#)
- [FQHC Telehealth Consortium](#)
- [Subvention pour l'optimisation des soins virtuels](#)
- [Projet de gestion du changement pour les cliniciens et trousse d'outils d'Inforoute Santé du Canada](#)
- [Soins virtuels ensemble d'ESC](#)

PRÉCÉDENT

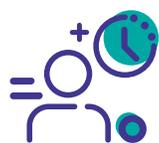
Engagement et partenariats patients

SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)

Ressources  
humaines en santé  
(suite)Retards dans les  
services

[Programme VIANurse COVID-19 de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario](#)

[Modèles de soins axés sur le travail en équipe des Services ontariens des soins aux malades en phase critique](#)

[Postes d'adjointes aux soins infirmiers du NHS England](#)

[Laboratoire de simulation de compétences techniques et avancées des Services de santé Alberta](#)

[Base de données du RCPS sur les stratégies pour les travailleurs de la santé durant la pandémie](#)

[Annulation des crédits obligatoires de formation continue par l'Alberta College of Paramedics](#)

[Initiative de travail flexible dans les hôpitaux de formation de l'Afrique du Sud](#)

[Aide pour la garde d'enfants offerte aux travailleurs essentiels par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest](#)

[Soutenir les soignants durant la pandémie](#)

[Murale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour célébrer la profession](#)

[Programme d'aiguillage de la Société canadienne de psychologie](#)

[Carrefour du bien-être des médecins de l'AMC](#)

[Trousse de bien-être en temps de pandémie de l'AMC](#)

[Préparation d'une liste d'inscription de la clientèle en cas de pandémie](#)

[Identification de l'équipe de travail pour réduire le stress](#)

[Stratégies d'aiguillage communes](#)

[Modèles à guichet unique pour gérer les services chirurgicaux](#)

[Effets des modèles à entrée unique sur les temps d'attente W1 pour les patients externes](#)

[Robotique \(IA\) en chirurgie durant la pandémie de COVID-19](#)

[Gestion des pénuries par les hôpitaux durant les pics de demande](#)

[Programme de retour du personnel du NHS England](#)

[Programme de chirurgie de la Chatham-Kent Health Alliance](#)

[Initiative de chirurgie de la Saskatchewan Sooner, Safer, Smarter](#)

[Partenariat novateur de l'Hôpital d'Ottawa avec Focus Eye Centre pour rattraper les retards en chirurgie](#)

PRÉCÉDENT

Récapitulatif des exemples d'innovations

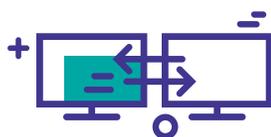
SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)

## Retards dans les services (suite)



## Intégration des systèmes régionaux

[Programmes de préadaptation pour les chirurgies retardées](#)  
[Récupération optimisée Canada](#)  
[Priorité des interventions nécessaires sur le plan médical et urgentes](#)  
[Projet ReSTART : chirurgies et interventions après la pandémie](#)  
[Stratégie de récupération améliorée après la chirurgie des Services de santé Alberta](#)

[Vaccination dans les villages-retraite naturels en fonction du risque du quartier](#)

[Sondages de l'Office régional de la santé d'Entre-les-lacs et de l'Est pour évaluer la santé communautaire](#)

[Waiting List Action Plan du gouvernement de l'Irlande](#)

[Collaboration du gouvernement de l'Ontario avec les bureaux de santé publique pour gérer les centres de vaccination dans les écoles](#)

[Ressource de l'Organisation mondiale de la Santé \*How to enhance the integration of primary care and public health?\*](#)

[B.C. Health System Strategy Implementation](#)

[Stratégie sur le roulement de patients de l'Est de l'Ontario](#)

[Équipe Santé Ontario du Nord-Ouest de Toronto](#)

[NYC COVID-19 Rapid Response Coalition](#)

[Coalition pour un système de santé résilient](#)

[Principes de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé axés sur la valeur du Conference Board du Canada](#)

[Programme Auduze Mino Nesewinong](#)

[Vaccination à domicile des personnes âgées confinées chez elles en Ontario](#)

[Unité de soins mobile d'Anishnawbe Health Toronto](#)

PRÉCÉDENT

Récapitulatif des exemples d'innovations

SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)



### Réponse à la pandémie et gestion de la capacité d'appoint

- [Stratégie de dépistage, traitement et vaccins du Infectious disease working group](#)
- [Campagne de vaccination du gouvernement du Québec](#)
- [Behaviorally Informed Strategies for a National COVID-19 Vaccine Promotion Program](#)
- [Soumission en ligne du passeport vaccinal pour les employés du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest](#)
- [Guide sur la création d'une politique de vaccination en milieu de travail](#)
- [Service de consultation sur le vaccin contre la COVID-19 de l'hôpital SickKids](#)
- [Clinique de vaccination de masse pour enfants dans la ville de Toronto](#)
- [Conseils en ligne du gouvernement Terre-Neuve-et-Labrador sur la vaccination obligatoire pour les entreprises et les organismes](#)
- [Sport Manitoba](#)
- [Programme d'application des connaissances sur la COVID-19](#)
- [Knowledge Translation – Foundation, Vision, and Strategy de Northern Health](#)
- [Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response](#)
- [Influenza vaccination strategies for 2020-21 in the context of COVID 19](#)
- [Guidance for Influenza Vaccine Delivery in the Presence COVID-19](#)
- [Emergency Department Adaptations to COVID-19](#)
- [Development of the Canadian COVID-19 Emergency Department Rapid Response Network population-based registry: a methodology study](#)
- [Ressources sur la COVID longue pour les patients et les familles](#)
- [Cliniques de rétablissement de la COVID-19 en Colombie-Britannique](#)
- [Page de soutien aux personnes ayant des symptômes persistants de la COVID-19 de la Provincial Health Services Authority \(Colombie-Britannique\)](#)
- [Mitigation Phase Playbook de Kaiser Permanente](#)
- [Coronavirus \(COVID-19\) : Enseignements tirés de l'épidémie de SRAS - Un guide pour les hôpitaux et les employeurs, publié dans revue Osler](#)

PRÉCÉDENT

Récapitulatif des exemples d'innovations

SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)



### Équité en santé de la population

[Base de données WeCountCOVID](#)

[Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals](#)

[Confronting Anti-Black Racism \(CABR\) COVID-19 Response Summary de la Ville de Toronto](#)

[In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care](#)

[Équipe de coordination de la riposte à la pandémie des Premières Nations du Manitoba](#)

[Plan d'intervention contre la COVID-19 de la communauté noire de Toronto](#)

[Ressources en santé mentale dans le contexte de la COVID-19 et 211 \(Ville de Toronto\)](#)

[Mental Health and Primary Care Policy Framework du CAMH](#)

[Guide de mise en œuvre des soins collaboratifs du AIMS Center](#)

[COVID-19 mental health and wellbeing recovery action plan du gouvernement du Royaume-Uni](#)

[COVID-19 Psychosocial and Mental Wellbeing Plan du gouvernement de la Nouvelle-Zélande](#)

[Programme Text4Hope des Services de santé Alberta](#)

[Projet collaboratif Promotion de la vie](#)

[Lutte contre la stigmatisation du CAMH](#)

[Réduction du déficit dans les services de santé mentale](#)

[Addressing Emergency Department Wait Times and Enhancing Access to Community Mental Health and Addictions Services and Supports](#)

[Qu'est-ce que le Modèle de soins par paliers 2.0? de la CSMC](#)

[Plan interministériel visant les dépendances et la santé mentale : secteurs prioritaires 2021-2025 du gouvernement du Nouveau-Brunswick](#)

[Déclaration d'engagement envers la santé et la sécurité psychologiques dans les services de santé](#)

[Réseau de soins de santé mentale de qualité](#)

[Créer un espace sûr : la sécurité psychologique des travailleurs de la santé](#)



### Santé mentale et consommation de substances psychoactives

PRÉCÉDENT

Récapitulatif des exemples d'innovations

SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)



## Soins aux personnes âgées

[Les vaccins antigrippaux pour la saison grippale 2021-2022 de Santé publique Ontario](#)

[Solutions aux obstacles à la vaccination](#)

[Programme de récréothérapie virtuelle « Go the Distance » des Services de santé Alberta](#)

[Livraison d'aliments frais aux communautés vulnérables](#)

[Programmes pour personnes âgées adaptés à la culture](#)

[Activités téléphoniques du programme Seniors' Centre Without Walls](#)

[Prédictions sur les admissions à l'hôpital](#)

[Aînés en transition – Cheminements dans le continuum des soins de l'ICIS](#)

[Hospital Care for Seniors: 48/6 Approach](#)

[Modèle Think Home First du NHS](#)

[Campagne : NHS' Think Home First and Where Best Next](#)



## Soins virtuels et stratégie de santé numérique

[Costs and impacts of virtual care on older adults before and during the COVID-19 pandemic du WIHV](#)

[Note sur la santé numérique et l'équité du WIHV](#)

[Soins virtuels au Canada de l'AMC](#)

[Soins virtuels : recommandations pour la création d'un cadre pancanadien de l'AMC](#)

[Optimizing Virtual Care in Alberta](#)

[Soins virtuels d'Inforoute Santé du Canada](#)

[Rapport de synthèse sur le Sommet fédéral-provincial-territorial \(FPT\) sur les soins virtuels de Santé Canada](#)

PRÉCÉDENT

Récapitulatif des exemples d'innovations

SUIVANT

Récapitulatif des exemples d'innovations

## Thème

## Innovations (liens vers des sites Web de tiers)

**Engagement et partenariats patients**

[Programme Essentiels ensemble d'ESC](#)

[Caregiver Centered Care](#)

[Création d'environnements propices à l'engagement du Patient Voices Network \(Colombie-Britannique\)](#)

[Outil d'auto-évaluation organisationnelle de l'environnement propice à la participation d'ESC](#)

[Patient-Centered Care and Population Health Management at scale](#)

[PDF sur la gestion de la santé de la population \(healthcarecan.ca\)](#)

[Mesures et rapports axés sur les patients au Canada : lancer la discussion pour définir l'avenir de l'ICIS](#)