S@voirinf.

Conseil consultatif
Qualité & sécurité
SIDIIEF

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Mars 2022

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Éditorial

Ce numéro du *S@voir inf. – Qualité des soins et sécurité des patients* propose une série de documents qui traitent de l'équité en matière de santé. La santé est un droit fondamental. Selon l'OMS (2022, p. 1), « l'équité en matière de santé est atteinte lorsque chacun peut réaliser pleinement son potentiel de santé et de bien-être. » Dans cette perspective, l'équité est l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables.

La santé et l'équité en matière de santé sont influencées par de nombreux facteurs, tels que biologiques, sociaux, politiques, économiques et environnementaux. Pour certains groupes de personne, ils sont renforcés par la discrimination, des stéréotypes et des préjugés fondés sur le genre, le sexe, l'âge, l'origine ethnique ou le handicap. Les pratiques discriminatoires sont souvent enracinées dans les institutions et des processus systémiques; ces groupes sont sous-représentés ou mal desservis dans les prises de décision (OMS, 2022).

Le conseil consultatif propose, dans ce *S@voir inf.*, quatre résumés critiques de six documents qui abordent les enjeux d'équités en matière de santé dans différents contextes. Un premier document réalise une recherche qualitative auprès des Premières Nations Maoris. Il met en lumière les biais culturels de la campagne *Choosing wisely*. Les recommandations de tels programmes n'intègrent pas certaines pratiques ancestrales ou leurs connaissances.

Un deuxième document décrit un projet qui vise à fournir des soins équitables aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles du développement dans un hôpital universitaire suisse (HUG, Genève). Ce projet, qui a impliqué de nombreuses parties prenantes, y compris les personnes soignées et leurs proches, a conduit à de nombreuses initiatives institutionnelles.

Un troisième document du *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (USA)* invite les infirmier.ère.s à prioriser leurs efforts sur les iniquités systémiques en matière de santé. Il propose dix objectifs pour cette décennie et les auteurs signalent le rôle majeur des infirmier.ère.s pour les atteindre. Ils appellent à un positionnement de la profession infirmière pour mesurer et améliorer l'équité en matière de santé.

Un quatrième résume trois documents du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Il réalise une évaluation de la performance du système belge de soins de santé qui s'inscrit dans une évaluation des systèmes de soins d'Europe et qui se base sur cinq domaines prioritaires et 121 indicateurs. Un de ces domaines est l'équité des soins et le KCE développe une méthode d'évaluation originale.

En synthèse, l'OMS (2022) rappelle que des actions fondées sur des données probantes sont nécessaires pour améliorer l'équité en matière de santé. En outre, il s'agit prioritairement : 1) de veiller à ce que des services efficaces et de qualité soient disponibles, accessibles et acceptables de tous, quand et où ils en ont besoin; 2) d'agir sur les déterminants structurels plus larges de la santé et remédier à la répartition inégale du pouvoir et des ressources; et, 3) de monitorer les inégalités en matière de santé en surveillant les processus et les résultats, et en contrôlant les conditions de vie des personnes grâce à une collaboration interprofessionnelle.

Pour le Conseil consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du SIDIIEF, je vous souhaite une bonne lecture.

Joachim RAPIN, infirmier, MScN, Ph. D. (c)

Président du Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients

Adjoint à la direction des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)

Référence

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). « Health Equity »

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Choosing wisely means choosing equity

Choisir avec soins implique choisir l'équité (traduction libre)

Source : Adcock, A. et Tipene-Leach, D. (2020) « Choosing Wisely Means Choosing Equity ». *Wellington: Choosing Wisely Aotearoa New Zealand*, 51 p.

Résumé critique

Cet article fait le portrait d'une recherche à devis qualitatif qui vise à décrire l'impact de la campagne « Choosing wisely » sur l'équité des soins dans le contexte des Premières Nations Maoris en Nouvelle-Zélande. Étant donné que la démarche de la campagne « Choosing wisely » vise la pertinence des services suivant une réflexion des professionnels entre eux, il apparaissait qu'une réflexion sur le biais culturel était pertinente. En fait, la démarche vise à éclairer les professionnels afin que les iniquités existantes ne soient pas exacerbées par la campagne. Cette démarche vise ainsi à explorer le vécu et les recommandations des communautés Maoris face à la campagne, particulièrement en lien avec des stratégies plus concrètes pour faciliter les décisions partagées entre les professionnels et les patients issus des nations Maoris.

Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de quinze informateurs clés issus de la nation Maori. Les résultats se divisent en deux catégories : les avis sur la campagne « Choosing wisely » et les stratégies pour faciliter les décisions partagées. En lien avec la campagne, les données indiquent que la gouvernance, qui n'inclut pas de membres de la communauté, est problématique, car la pertinence de certaines approches peut s'ancrer dans des coutumes et pratiques qui sont issues d'un système de connaissances ancestral différent. Les recommandations sont à l'effet d'intégrer des membres des Premières Nations dans la gouvernance de la campagne afin de faciliter la communication avec la nation Maori et le déploiement de ressources et d'outils d'aide à la décision qui sont inclusifs des connaissances des Maoris. Les stratégies pour faciliter la prise de décision partagée avec les Maoris, quant à elles, se basent sur le besoin, pour les professionnels, d'avoir une formation sur l'identification des biais culturels et sur le renforcement de l'empathie culturel à tous les niveaux des organisations. L'ouverture doit être présente au niveau professionnel pour que les membres de la nation Maori puissent participer activement aux prises de décisions qui les concernent. Une relation de réciprocité doit se construire pour que les résultats de la campagne soient satisfaisants pour les Maoris.

Cet article nous offre une réflexion fondamentale sur les biais culturels des campagnes d'amélioration continue qui sont promues. Cette recherche offre un éclairage sur l'importance de reconnaître certains biais culturels et d'adopter une approche d'ouverture et d'inclusion afin d'offrir des soins et services équitables à toutes les populations, quelle que soit son appartenance culturelle.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Providing equity of care for patients with intellectual and developmental disabilities in Western Switzerland: a descriptive intervention in a University Hospital

Assurer l'équité des soins pour les patients atteints de déficience intellectuelle et de troubles du développement en Suisse occidentale : une intervention descriptive dans un hôpital universitaire (traduction libre)

Source : Lalive d'Epinay Raemy, S. et Paignon, A. (2019) « Providing equity of care for patients with intellectual and developmental disabilities in Western Switzerland: a descriptive intervention in a University Hospital. », *International journal for equity in health*, 18(1), 46.

Résumé critique

Cet article décrit un projet qui vise à fournir des soins équitables aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles du développement dans un hôpital universitaire suisse (HUG, Genève). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2018), ces personnes sont deux fois plus confrontées à des compétences et des installations inadéquates, trois fois plus se voient refuser des soins et quatre fois plus sont mal traitées dans le système de santé. Il ne s'agit pas de l'exposition des résultats d'une recherche ou d'une étude formalisée.

Ce projet a été mené entre 2012 et 2017 avec plus de soixante séances de travail qui ont permis d'identifier des besoins spécifiques, des obstacles à des soins équitables et de prioriser les ajustements raisonnables. Quatre obstacles ont été mis en évidence : 1) manque de sensibilisation des professionnels de soins aux besoins spécifiques de ces personnes, mauvaise coordination des soins et diminution de la qualité des soins; 2) problèmes de communication et de transmission d'informations entre les professionnels de l'hôpital, hors hôpital et les proches; 3) manque de formation des professionnels en matière de déficience intellectuelle et de troubles du développement; et 4) inaccessibilité des installations et des bâtiments de l'hôpital pour ces personnes.

Initialement prévues aux urgences, plusieurs interventions ont été déployées dans tout l'hôpital. Elles concernent les quatre obstacles principaux, par exemple : la mise en place d'un poste d'infirmière et de médecin coordinateurs, d'une ligne téléphonique spécifique et d'une page internet, d'une procédure de transmission des informations entre les parties prenantes, d'une formation pour les professionnels de soins et de places de parc supplémentaires dédiées.

La force de cet article est de présenter un projet contextualisé pour offrir des soins plus équitables, accessibles, adaptés, coordonnés aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles du développement dans un hôpital universitaire suisse. Il présente une méthode impliquant largement des personnes soignées, leurs proches, de nombreux réseaux professionnels et des politiques. Il présente des pistes d'intervention pour les institutions. La principale limite de cet article concerne l'absence d'évaluation pré et post intervention. Il n'est pas possible de quantifier l'efficacité ou l'efficience de ces interventions.

Références complémentaires

Organisation des Nations Unies (ONU) (2006). « Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) ».

OMS (2018). « Better health for people with disabilities ».

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

The Future of Nursing 2020-2030 : Charting a Path to Achieve Health Equity (2021)

Le futur des soins infirmiers 2020-2030 : un parcours vers l'équité en santé (2021) (traduction libre)

Source : National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2021) « The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity ». Washington, DC: The National Academies Press.

Résumé critique

Les infirmières et infirmiers travaillent à l'intersection de la santé, de l'éducation et des communautés. Au cours de la dernière décennie, le Monde a compris l'importance de la santé dans toutes les sphères de la vie, particulièrement l'interrelation entre les déterminants sociaux, l'équité en santé et les résultats qui impactent sur la santé.

Selon le rapport *The Future of Nursing 2020-2030*, la prochaine décennie invite la profession infirmière à concentrer ses efforts sur les inéquités systémiques pour une santé accessible et juste pour tous. Pour y arriver, la profession infirmière doit inévitablement augmenter ses capacités et consolider ses expertises.

Le comité responsable du rapport entrevoit un rôle majeur des infirmières et des infirmiers dans l'objectif ultime pour tous d'engager la société vers l'élimination des inégalités.

En ce sens, le rapport propose dix résultats/objectifs à viser dans un repositionnement de la profession infirmière, dont l'importance d'agir directement sur les causes racines des enjeux de santé, tant au niveau individuel que collectif, dans les communautés, et de contribuer activement à mesurer et à améliorer les stratégies vers une plus grande équité pour des soins accessibles, pertinents et de qualité pour tous.

Le rapport propose également un modèle d'intervention et neuf recommandations en soutien à la transformation systémique visée d'améliorer la santé et le bien-être de la population (voir page 5 du rapport illustrant le cadre permettant de comprendre le rôle de l'infirmière dans l'équité en matière de santé et de soins de santé).

Les actions proposées pour arriver à la vision ambitieuse présentée sont utiles et peuvent soutenir un consensus nécessaire pour l'avenir de la profession infirmière. En voici quelques-unes :

- Lever les barrières qui enfreignent le plein potentiel des soins infirmiers, notamment ceux nécessaires à la santé dans les communautés (santé scolaire, télésanté, soins primaires, soins aux enfants, personnes âgées, etc.);
- Valoriser les soins en communauté;
- Mieux aligner les incitatifs financiers vers les communautés, là où les soins interdisciplinaires et infirmiers sont grandement requis et prouvés efficaces;
- Consolider l'éducation des infirmières et des infirmiers pour mieux faire face aux défis complexes des populations à soigner;
- Soutenir le leadership infirmier pour une transformation réussie;
- Préparer la communauté infirmière face aux désastres environnementaux et aux urgences de santé publique;
- Améliorer la santé et le bien-être des infirmières et des infirmiers.

En conclusion, bien que ce rapport 2020-2030 ait été inspiré des travaux réalisés aux États-Unis, nous nous accordons pour convenir qu'une nation ne peut pleinement se déployer que si chacun puisse avoir la chance d'y vivre une vie en santé, le plus possible. La promotion de la santé et le bien-être de tous ont toujours été au centre de la contribution infirmière. Il devient donc essentiel, pour le mieux-être des communautés, que les soins infirmiers puissent avoir à disposition tous les atouts requis à leur plein potentiel.

Performance du système de santé belge : évaluation de l'équité (Résumé du rapport KCE 334B)

Sources :

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C. et Van de Voorde, C. (2020) Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports 334Bs*.

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M. et coll. (2019) Performance du système de santé belge – Rapport 2019 Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports 313B*.

Lefèvre, M. et Gerkens, S. (2021) Évaluation de la soutenabilité du système de santé belge au moyen de projections – Complément au rapport « Performance du système de santé belge – 2019 ». *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports 341B*.

Résumé critique

Les inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé sont déterminées par de très nombreux facteurs : état de santé des individus et besoins en soins qui en découlent, statut socio-économique, disponibilité des services, mode de vie, couverture par une assurance de santé, etc. En matière d'accès aux soins de santé, certaines inégalités peuvent être « justifiées » comme le fait bien connu et confirmé par la littérature internationale de recevoir plus de soins que la moyenne de la population lorsque l'on est atteint d'une maladie. Cependant, d'autres inégalités d'accès aux soins peuvent être considérées comme « injustes » et sont appelées « inéquités ».

Dans son rapport d'évaluation de l'équité paru en 2020 et dont il est question dans ce résumé, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a analysé les inégalités dans l'accès, l'utilisation et le financement des soins à partir d'informations détaillées sur l'état de santé, les revenus, le niveau d'éducation, le statut d'activité, ainsi que le recours aux soins et les dépenses de santé des individus et des ménages. Les recherches, dont il est question dans ce rapport, ne portent pas sur l'équité du système de santé, sujet plus large.

La première question examinée est de savoir si chacun peut avoir un recours égal aux soins de santé, quel que soit son profil socio-économique. Pour répondre à cette première question, le KCE a appliqué une méthodologie innovante faisant appel à une méthode qui permet de tenir compte des besoins de soins dans l'évaluation du recours aux soins. Cette méthode, et les résultats qui en découlent, constituent la principale différence avec les précédentes recherches sur l'équité dans les soins en Belgique. En d'autres termes, les personnes ayant les mêmes besoins de soins ont-elles recours aux soins de santé de la même manière ou y a-t-il des différences en fonction de leur statut socio-économique?

Les autres questions abordées dans cette recherche concernent le financement de nos soins de santé : dans quelle mesure ce financement est-il redistributif, c'est-à-dire dans quelle mesure les contributions les plus importantes proviennent-elles de ceux qui ont les épaules les plus larges? Et quel est le rapport entre la capacité financière d'un ménage et le niveau de ses contributions personnelles aux coûts des soins de santé? Ici aussi, une approche novatrice pour la Belgique a été utilisée, conformément à la méthode prônée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à savoir la prise en compte, dans la détermination de la situation financière d'un ménage, des dépenses nécessaires pour les besoins de base, tels que la nourriture, le logement et les services d'utilité publique.

Les résultats de ce rapport décrivent la situation belge sur la base des données disponibles les plus récentes et permettent de mieux comprendre l'effet des mécanismes de protection déjà en place. Les indicateurs utilisés sont tirés du rapport 2019 du KCE sur l'évaluation de la performance du système de santé (*Health System Performance Assessment*) qui analysait le système de santé au travers de 121 indicateurs. Le résultat constitue un véritable tableau de bord du système et se présente sous forme d'une analyse en cinq dimensions transversales : 1) qualité, 2) accessibilité, 3) efficience, 4) soutenabilité et 5) équité. Faute de données pertinentes, seules les inégalités socio-économiques – et non les inéquités – en lien avec le recours aux soins de santé avaient pu y être examinées. Ce rapport KCE fait donc suite à celui de 2019 et fournit un complément d'information. À noter que les données utilisées datent d'avant la crise du COVID et ne permettent donc pas d'évaluer l'impact de la crise COVID-19 sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et leur financement.

En clôture du rapport, le KCE s'engage par une série de recommandations à l'attention du ministre responsable des Affaires sociales et de la Santé publique, de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), des autorités publiques, tous les acteurs concernés, ainsi qu'à la communauté des chercheurs pour prendre leurs décisions, incluant une réflexion éthique sur la notion de justice sociale.

Par ailleurs, les inégalités en matière de santé ne sont pas abordées dans ce rapport, mais ont été documentées de façon détaillée dans les rapports de l'Enquête de santé belge et le *Health Status Report* (2019), tous deux établis par Sciensano. D'autres publications ont également analysé les inégalités socio-économiques en Belgique par rapport à toute une série d'indicateurs de santé. L'accord de gouvernement du 30 septembre 2020 a également, pour ambition, de réduire les inégalités en matière de santé, par exemple, de réduire le taux de mortalité évitable de 15% d'ici 2030.

Améliorer l'équité dans l'accès aux soins de santé n'est pas seulement une question de politique de soins de santé. D'autres facteurs sont également déterminants, comme le niveau de revenus et la sécurité d'emploi, ou les conditions de vie et de travail. C'est donc une approche intersectorielle plus large qui doit être mise en place, où les politiques sociales, d'emploi, d'éducation, de logement et de lutte contre la pauvreté se renforcent mutuellement. Un « test d'impact sur la pauvreté » pour évaluer l'impact des nouvelles propositions politiques pourrait être une aide précieuse pour aider les décideurs à prendre des décisions en connaissance de cause.

Références complémentaires

Renard, F. et Devleesschauwer, B. « Health Status Report 2019, De gezondheidstoestand in België ». Brussels: Sciensano; 2019. « Health Status Report D/2019/14.440/4 ».

Health Interview Survey. Reports [Web page]. Brussels: Sciensano; 2020.

Baeten, R. (2021) Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé. Analyse d'une enquête réalisée auprès des experts et des parties prenantes. Rapport de synthèse, Bruxelles: Observatoire social européen, 176 p.

Lectures complémentaires

Commission on Social Determinants of Health (2009). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Organisation mondiale de la Santé.

Health Research and Educational Trust. « Improving Health Equity Through Data Collection AND Use: A Guide for Hospital Leaders », *Chicago: Health Research & Educational Trust*, 2011, 151 p.

Hosseinpoor, A.R., Bergen, N. et Schlotheuber, A. (2015) « Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels », *Global Health Action*, 8:1.

Hosseinpoor, A.R., Bergen, N., Schlotheuber, A. et Boerma, T. (2018) « National health inequality monitoring: current challenges and opportunities », *Global Health Action*, 11:sup1, 70-74.

Institut canadien d'information sur la santé. À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité — regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

Ministry of Health (2018). « Achieving Equity in Health Outcomes: Highlights of important national and international papers ». *Wellington: Ministry of Health*, 35 p. Repéré à :

OCDE/OMS/World Bank Group (2019). La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, Éditions OCDE, Paris/OMS, Geneva.

Rochaix, L. et Tubeuf, S. (2009). Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, 60, 325-344.

Taha, S., Blanchet Garneau, A. et Bernard, L. (2020). Une revue de la portée sur la pratique infirmière auprès des personnes âgées issues de la diversité sexuelle et de genre. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 29-56.

Tuyisenge, Germaine et coll. « Covid 19 structural racism and migrant health in Canada », *The Lancet*, Vol. 397, Issue 10275, 650–652.

Note éditoriale :
Selon la politique éditoriale du SIDIIEF, le terme « infirmière » est utilisé à la seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

Membres du Conseil consultatif

SOUS LA PRÉSIDENCE DE :

Joachim RAPIN, infirmier, MScN, Ph. D. (c)
Adjoint à la direction des soins, Centre hospitalier universitaire vaudois
SUISSE

EUROPE :

Jean-Marie JANUEL, infirmier, Ph. D.
Associé de recherche, Service de prévention et de contrôle des infections, Hôpitaux universitaires de Genève
SUISSE

Membre du Haut Conseil de la Santé publique, ministère des Solidarités et de la Santé
FRANCE

Olivier THONON, infirmier, Ph. D.
Chef de service, Département infirmier, Centre hospitalier universitaire de Liège
BELGIQUE

CANADA :

Alain BIRON, infirmier, Ph. D.
Directeur adjoint, direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill
Professeur adjoint, École de sciences infirmières Ingram de l'Université McGill
QUÉBEC, CANADA

Brigitte MARTEL, infirmière, M. Sc. Inf.
Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec
QUÉBEC, CANADA

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

France LAFRAMBOISE, infirmière, M.Sc. Inf., IMHL, ASC, Fellow FORCES
Vice-présidente, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière
QUÉBEC, CANADA