

Conception de prototypes pour mesurer la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé

Thomas Ungar, M.D., M. Éd.

Professeur agrégé, Département de psychiatrie de l'Université de Toronto,
et psychiatre en chef, hôpital St. Michael's, Unity Health Toronto

Résumé

Ce rapport fait partie d'une initiative élargie de la Commission de la santé mentale du Canada qui examine la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale et à la consommation de substances dans les établissements de soins de santé. Il s'appuie sur des consultations et une [analyse environnementale](#) qui ont permis de constater (1) l'absence d'outils de mesure ou de vérification de la qualité des soins en lien avec cette stigmatisation structurelle, (2) l'intérêt généralisé pour l'élaboration de nouveaux outils ou mesures, ainsi que (3) le soutien et les premières réactions à un petit nombre de mesures prototypes. En utilisant les six piliers de la qualité des soins de l'Institute of Medicine comme cadre organisationnel, le présent rapport propose des indicateurs de mesure de la qualité ou des outils de vérification que les créateurs de normes, les organismes de réglementation et les décideurs pourraient utiliser pour évaluer la stigmatisation structurelle. L'objectif est d'opérationnaliser la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale et à la consommation de substances en tant que résultats cliniques et de santé, de mettre en évidence les lacunes de rendement, et de minimiser les différences évitables dans les résultats grâce à une conception qui s'harmonise facilement et efficacement avec les processus existants de mesure et de surveillance de la qualité des soins du système de santé.

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Ungar, T. *Conception de prototypes pour mesurer la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2021.

© 2021, Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-233-9

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Introduction	1
Consultations en vue de la coproduction	1
Piliers de la qualité des soins.....	3
Soins sécuritaires	3
Soins efficaces	6
Soins centrés sur les patients.....	6
Accès aux soins en temps opportun.....	7
Soins efficaces.....	8
Soins équitables	9
Autres cadres et processus à prendre en considération pour l'élaboration d'un nouveau prototype	10
Politique législative	10
Mesurer l'équité en dehors des établissements de soins de santé directs	11
Références.....	12

Introduction

Les premiers prototypes rapides énumérés dans ce rapport ont été conçus et recueillis par l'auteur au moyen de méthodes de conception axées sur l'humain, d'observations, de mesures de la qualité des soins axées sur les « facteurs humains », d'observations de participants, d'analyses ethnographiques, d'entretiens avec des répondants clés, de revues de la littérature, de consultations auprès d'un large éventail de partenaires, d'exams et de recherches externes et d'évaluations empathiques des besoins¹. Les éléments listés se veulent principalement des points de départ partiels pour la coproduction de mesures et d'indicateurs permettant de surveiller la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et d'usage de substances (SMUS) dans les établissements de soins de santé. Nous prévoyons et espérons que ces prototypes précoces feront l'objet de restructurations* dans plusieurs contextes et cultures et qu'ils seront mis à l'essai avant d'être déployés à grande échelle. Certains sont plus propices à l'élaboration de méthodes d'audit culturel et organisationnel et de normes, incluant les nouvelles pratiques organisationnelles requises (POR) (p. ex. Agrément Canada). D'autres pourraient se prêter davantage à la mesure du rendement ou à la surveillance, au suivi et à la déclaration de nouveaux indicateurs des tableaux de bord sur la SMUS (p. ex. l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]).

Ces nouveaux prototypes d'indicateurs et d'instruments de mesure cherchent à exposer les facteurs humains vérifiables dans les processus de qualité qui excluent tacitement les soins de SMUS, y compris le risque de biais cognitif implicite lié à la qualité et à la sécurité². Nous espérons que ces prototypes serviront aussi d'« exemples » et de modèles conceptuels novateurs élargissant le champ des possibles en ce qui concerne la mesure des résultats en matière de stigmatisation structurelle dans les soins de SMUS. Un rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada publié en 2019³ présentait un modèle sur la stigmatisation menant aux résultats de santé qui développait le cadre sur la stigmatisation structurelle de la Commission de la santé mentale du Canada⁴. Le rapport présente une cartographie des processus pouvant mener à l'apparition des différents niveaux de stigmatisation structurelle entourant la SMUS. Les prototypes contenus dans ce rapport visent toutefois à repérer les manifestations de la stigmatisation structurelle plutôt qu'à mesurer la stigmatisation de façon conceptuelle. Cette détection est effectuée en fonction des résultats de santé, de la stigmatisation vécue et des déficits de rendement, grâce à la création d'indicateurs clés de rendement comme le manque d'accès aux services et les lacunes en matière de qualité et de surveillance.

Tout au long du processus, nous avons fondé notre stratégie d'intervention sur les principes suivants : « ce qui est mesuré est exécuté » et « les tableaux de bord stratégiques peuvent influencer la manière dont les ressources sont mises en œuvre ».

Consultations en vue de la coproduction

Cette phase des travaux est fondée sur des consultations et un examen externe effectués en 2019-2020⁵, où des chercheurs ont entrepris une série d'activités visant à trouver des partenaires

*Par des agences de coproduction et des professionnels responsables du rendement sur le plan de la qualité des soins et de la surveillance de celle-ci.

prometteurs pour la conception, l'élaboration et la mise en œuvre d'un outil de vérification de la stigmatisation structurelle. Pour ce faire, ils ont enquêté, réseauté et tissé des liens avec des partenaires potentiels, des influenceurs clés au sein du système et des décideurs. Ils ont contacté treize agences parmi un petit échantillon du domaine de la réglementation sanitaire et de la mesure du rendement à l'échelle locale, provinciale/territoriale, nationale et (de façon plus sélective) internationale. Les prototypes rapides précoces ont été présentés comme des exemples concrets de la forme que peuvent prendre les points de vérification et les paramètres de mesure du rendement (un moyen de stimuler le processus de conception itératif chez les responsables de la vérification et de la mesure de la qualité des soins). Les prototypes ont été conçus pour agir comme moteurs pour la sensibilisation et la transformation des préjugés inconscients ou implicites entourant les soins de SMUS. Leur création est aussi fondée sur l'espoir d'influencer l'élaboration des politiques, de persuader les décideurs, les influenceurs et les agents de changement d'améliorer les soins de SMUS et à faire participer des personnes ayant un savoir expérientiel présent ou passé de la maladie mentale au processus.

Quatre consultations ont été effectuées en 2020 en vue de la coproduction :

- Agrément Canada : 29 septembre
- ICIS : 5 octobre
- Groupe couloir de la CSMC :* 8 octobre
- Conseil des jeunes de la CSMC :† 4 novembre

Comme rapporté dans l'examen externe⁶, ces indicateurs et paramètres de mesure des prototypes pourraient être regroupés selon les catégories suivantes :

- vérification culturelle ou organisationnelle (incluant les POR)
- mesure du rendement (tableau de bord ou indicateurs de qualité)
- mesure de l'équité (comme éléments de « stratification » pour d'autres mesures de résultats liées aux iniquités et à l'invalidité)
- système juridique (élaboration de lois sur la santé afin d'entériner le principe de parité pour les soins de SMUS et de résoudre les questions liées à l'invalidité et aux droits fondamentaux)

Lacunes constatées dans les paramètres de mesure et la surveillance :

- financement des services de SMUS par rapport au pourcentage du budget et aux besoins;
- perception des soins par les patients, clients et personnes ayant un savoir expérientiel;
- politiques et lois insuffisantes pour mettre fin aux iniquités structurelles et rétablir la parité et les droits en matière de qualité;
- absence cachée, implicite ou manifeste d'indicateurs dans les tableaux de bord de qualité;

* Le Groupe couloir est composé de personnes ayant vécu la maladie mentale, soit personnellement soit par l'intermédiaire d'un être cher. Son rôle est de prodiguer des conseils d'experts relativement à des initiatives, des projets et des domaines prioritaires précis, mais du point de vue critique et recherché des personnes ayant vécu la maladie mentale.

† La CSMC a fondé le Conseil des jeunes en 2008 afin d'offrir à des jeunes (âgés de 18 à 30 ans) qui ont un savoir expérientiel de la maladie mentale ou des problèmes associés à la santé mentale, à titre personnel ou par l'intermédiaire d'un proche, l'occasion de s'exprimer.

- examens et processus institutionnels externes et supervision de la surveillance des lacunes liées aux soins de SMUS (p. ex. les POR);
- utilisation des récits en tant que stratégie pour favoriser la sensibilisation et l'apprentissage transformatif et pour réduire les préjugés implicites ou inconscients;
- éducation au sujet de la stigmatisation structurelle.

Piliers de la qualité des soins

Les six piliers de la qualité des soins de l'Institute of Medicine^{7,8}, qui sont couramment utilisés comme principes organisateurs de la qualité des soins, reflètent des soins de santé sécuritaires, efficaces, orientés vers le patient, opportuns, efficaces et équitables. Bien que les adaptations locales et les changements d'appellation soient courants, nous utilisons ici les piliers originaux dans l'espoir d'établir un processus de coproduction continu favorisant des services de santé ancrés dans la réalité, efficaces, généralisables, faciles à adopter et durables.

Soins sécuritaires

Pour être sécuritaires, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- l'existence de cheminements de soins standard et l'adhérence à ceux-ci pour les clients qui se présentent aux urgences pour recevoir des soins de SMUS (afin de lutter contre l'occultation diagnostique* et possiblement adopter des protocoles médicaux/physiques de stabilisation fondés sur des données probantes);
- un algorithme clinique standard sur les cheminements de soins pour les clients qui se présentent aux urgences pour une intoxication aiguë ou une surdose et pour les clients âgés vivant avec de la confusion ou une psychose, tenant compte des taux d'adhérence;
- des POR et un tableau de bord pour surveiller le pourcentage documenté d'examen physiques effectués aux urgences sur des patients aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale ou à l'usage de substances;
- un tableau de bord pour surveiller le pourcentage de patients hospitalisés ayant des problèmes liés à la santé mentale ou à l'usage de substances qui ont subi un examen physique dans les 48 heures après leur admission (ou un autre point de référence à déterminer)[†];
- un processus permettant, d'une part, de documenter l'exactitude du triage effectué au moyen de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉCTG) et du Canadian Emergency Department Information System en pourcentage relatif pour les personnes ayant des problèmes de SMUS dans les services d'urgences, en comparaison avec les personnes ayant des problèmes de santé physique, et, d'autre part, d'évaluer le système eÉCTG, plus exact[‡];

*C'est-à-dire l'omission des praticiens de déceler et de diagnostiquer les problèmes de santé des personnes vivant avec des problèmes de SMUS, car ils ne tiennent pas compte ou ils négligent certains problèmes de santé physique.

[†]Les maladies cardiorespiratoires sont la cause de décès la plus fréquente chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

[‡]La catégorisation dans l'échelle canadienne de triage et de gravité détermine le rang de priorité et les interventions cliniques.

- un système de sécurité au travail permettant de surveiller et de comparer les fournisseurs de soins de SMUS avec les fournisseurs d'autres soins en ce qui concerne les invalidités, les journées de maladie, les congés de maladie de plus longue durée et les taux de blessures, dans le but de comparer les données anonymes de santé au travail et de RH avec des points de référence en matière de soutien structurel et d'infrastructures fournis pour la prestation des soins de SMUS;
- une infrastructure et des espaces dans un environnement de soins adéquat (urgences, services aux patients hospitalisés, soins communautaires) permettant de prodiguer des soins sécuritaires aux personnes ayant besoin de services de SMUS (en comparaison avec les soins de santé physique), avec des vérifications des outils de soins physiques, comme des lits sécuritaires, des dispositifs de contention modernes, des portes verrouillables, de l'équipement de surveillance vidéo, des systèmes d'alarme et des avertisseurs personnels ainsi qu'un soutien adéquat pour le personnel de sécurité;
- des environnements de soins de SMUS conformes aux principes de conception et de disposition pour répondre aux besoins liés au triage, aux risques, à l'acuité et aux soins cliniques^{9,10,*};
- une évaluation initiale approfondie de la stabilité médicale/physique des patients en SMUS afin de réduire le risque de biais implicite ou cognitif chez les fournisseurs, ce qui pourrait les amener à prématurément orienter ces patients et transférer la responsabilité pour ceux-ci aux fournisseurs de SMUS^{11,†};
- l'exigence que les politiques et les pratiques d'urgence en cas de code blanc (comportement agressif) soient dirigées par un clinicien, et non par le personnel de sécurité;
- la disposition que les politiques et les pratiques relatives au code violet (prise d'otage) et au code noir (alerte à la bombe) n'incluent *pas* le personnel clinique en SMUS (pour retirer l'association implicite que les personnes ayant des problèmes de SMUS seraient mauvaises, moralement faibles ou criminellement dangereuses);
- la disposition que les politiques et pratiques relatives au code jaune (patient disparu) emploient le même langage et prévoient les mêmes interventions pour toutes les personnes disparues, sans mention de leurs troubles mentaux ou physiques et sans distinction entre ceux-ci;
- la présence d'une équipe hospitalière d'intervention d'urgence pour les cas de comportement agressif (ou d'une équipe de désescalade comportementale), l'équivalent pour les SMUS des équipes de soins intensifs pour les risques cardiorespiratoires qui sont actives dans bien des hôpitaux (pourraient constituer un modèle);
- une unité de prise de décisions cliniques aux urgences accessible aux personnes ayant reçu un diagnostic en SMUS;

*Les soins de SMUS sont-ils intégrés aux soins de santé physique, ou sont-ils confinés à des locaux distincts? Aux urgences, si les soins de SMUS sont fournis dans un lieu séparé, est-ce que des raisons cliniques justifient cette pratique? Les unités pour patients hospitalisés recevant des soins de SMUS, les centres de soins ambulatoires et les organisations de soins dans leur ensemble répondent-ils aux besoins cliniques des clients? Les environnements de soins de SMUS sont-ils conçus pour permettre des soins intégrés ou des soins ségrégués, et ont-ils la capacité structurelle d'intégrer les services de santé physique afin de prévenir les risques d'occultation diagnostique? (Dans les soins de SMUS, « la géographie détermine le destin ».)

†Demeurent-ils aux soins de l'équipe d'urgence (qui est alors le médecin traitant responsable) jusqu'à ce que la consultation en SMUS soit achevée, ou la responsabilité est-elle immédiatement transférée au fournisseur de soins de SMUS par défaut?

- la présence de médecins traitants responsables (et la disponibilité de l'évaluation de consultation) pour traiter les patients qui se présentent aux urgences pour un problème de SMUS, à un niveau équivalent à celui de tous les autres services de santé spécialisés de l'organisation (afin de réduire les risques pour la sécurité entraînés par les biais cognitifs et l'orientation vers les services de SMUS sans une évaluation médicale/physique adéquate de la stabilité)*;
- des sondages pondérés sur la culture de la sécurité réalisés auprès du personnel de SMUS, rapportés séparément des enquêtes globales menées sur l'ensemble du personnel de l'organisation;
- la présence d'une politique de moindre contention (à l'échelle de l'organisation) fondée sur les meilleures données probantes disponibles et le respect de celle-ci;
- l'adoption et l'utilisation des moyens de contention les plus modernes disponibles à l'échelle de l'organisation, pour tous les services cliniques;
- l'accès sécuritaire aux mêmes procédures de rétablissement et de traitement postopératoire (p. ex. l'électroconvulsivothérapie [ECT], la kétamine intraveineuse, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive [SMTr]) pour les patients en SMUS autant que pour les autres patients, ce qui inclut le personnel clinique, l'équipement et les exigences postanesthésiques (p. ex., infirmières en salle de réveil, unités de soins postanesthésiques, lieux physiques);
- des processus et des catégories d'examen de la qualité et de la sécurité équivalents pour les incidents critiques liés aux patients en SMUS et les autres patients, ce qui inclut la mise en relation du critère des « décès attendus » (en comparaison avec les « décès inattendus ») avec les diagnostics[†];
- l'inclusion des blessures subies par les fournisseurs de soins cliniques (p. ex. les infirmières) ou d'autres employés de l'organisation de soins de santé (en raison de l'état clinique ou des soins d'un patient ou en lien avec ceux-ci) dans la portée d'un processus de catégorisation et d'examen clinique de la qualité des soins au sein de l'organisation (p. ex. lors d'incidents critiques), plutôt que de gérer ces blessures strictement en vertu d'un processus de santé au travail ou de RH.

*Une politique est déjà en place pour l'aiguillage interprofessionnel par la plupart des médecins et fournisseurs traitants responsables.

[†]À l'heure actuelle, tout décès par suicide est catégorisé comme un incident critique. Cela révèle une erreur ou un échec clinique inattendu plutôt qu'un risque reconnu de morbidité ou de mortalité causé par une maladie ou un trouble clinique. Cette situation fait contraste aux décès causés par des maladies cardiaques, où le décès est seulement catégorisé comme un incident critique s'il est inattendu ou s'il n'est pas lié à l'état de santé du patient. Dans ce cas, il n'y a aucune association, faute ou culpabilité du survivant chez les fournisseurs et les membres de la famille à la suite d'éventuels échecs ou erreurs personnels.

Soins efficaces

Pour être efficaces, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- un membre de l'équipe de pharmaciens désigné pour effectuer le bilan comparatif des médicaments pour les patients en SMUS aux urgences et dans les unités pour patients hospitalisés, comme c'est le cas pour les patients dans les unités médicales/chirurgicales;
- une clinique d'accès rapide aux traitements des dépendances (RAAM) ou un accès sans obstacle à des services sans rendez-vous de traitement des dépendances;
- un service de gestion du sevrage ou de détoxication avec soutien médical, ou un algorithme de prise en charge clair pour attribuer la responsabilité de ce service de soins cliniques;
- l'accès à la psychothérapie communautaire;
- un protocole d'entente ou une entente de partenariat formel sur les soins de santé physique des patients en SMUS, incluant un algorithme standard pour la prise en charge ou le cheminement, entre les hôpitaux et établissements de soins de SMUS autonomes et les hôpitaux et établissements de soins de santé physique;
- un directeur principal de la qualité des services de SMUS siégeant à des conseils sur la qualité relevant de l'organisation ou de l'établissement et du conseil d'administration (peut constituer un modèle);
- des cheminements de soins dans les services traitants de SMUS équivalents à ceux des autres services;
- l'accès à des traitements fondés sur des données probantes, comme l'ECT, la SMTr, la clozapine et la psychothérapie;
- un fournisseur de soins de santé physique intégré aux services¹² de SMUS dans les cliniques de santé mentale communautaires (soins collaboratifs inversés partagés et intégrés offerts au même endroit), particulièrement pour les personnes ayant des antécédents de maladie mentale grave et des troubles de SMUS qui font face à des obstacles ou qui sont incapables d'obtenir des soins de santé physique en temps opportun ou de voir un médecin de famille ou un omnipraticien (p. ex., traitement actif dans la communauté, intervention précoce pour la psychose, RAAM);
- des formations continues sur les exigences liées à la SMUS dans les services de SMUS non primaires (p. ex. les rondes, les sujets de conférences, les services fournis par les stagiaires, les formations professionnelles annuelles obligatoires [niveaux de référence à déterminer]);
- l'accès au soutien par les pairs.

Soins centrés sur les patients

Pour être centrés sur les patients, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- la mesure de la satisfaction et de la perception des soins par les patients, des fiches de pointage génériques auxquelles sont incorporés les soins de SMUS, qui pourraient être utilisées pour élaborer un outil de mesure de la satisfaction des patients et une pratique de notation comparable à celle en vigueur dans les services médicaux/chirurgicaux (c.-à-d. un pointage de la satisfaction à l'égard des soins de SMUS de plus de 80 p. 100, par exemple);
- des services de SMUS dotés de locaux, d'aires d'attente et d'environnements de soins comparables à ceux des autres services;

- des désignations de services et une signalétique employant un langage respectueux des normes actuelles de SMUS (élaborées avec la participation de personnes ayant un savoir expérientiel et tenant compte de leur satisfaction);
- l'existence et la disponibilité d'information sur la SMUS pour sensibiliser les patients et les familles;
- l'utilisation de sondages indépendants sur l'engagement des fournisseurs (p. ex. avec Pulse) et de pointages de satisfaction à l'égard d'éléments liés aux soins cliniques pour les fournisseurs de soins de SMUS, similaires à ceux utilisés pour les fournisseurs de soins physiques (p. ex. « J'ai les outils dont j'ai besoin pour combler les besoins de mes patients »), dans le but de réaliser une évaluation stratifiée des soins dans la poursuite du quadruple objectif;
- l'accès équitable aux soins de SMUS après les heures de bureau et la prestation de ces soins dans des salles obtenues sur demande, avec accès à des espaces de stationnement réservés, dans une mesure équivalente aux ressources attribuées aux autres fournisseurs de soins;
- la participation de patients et de familles aux cadres de référence obligatoires des conseils d'administration et des équipes de haute direction, la présence notamment de personnes ayant un savoir expérientiel ou de représentants des patients recevant des soins de SMUS et des familles au sein des conseils d'administration, des équipes de haute direction et des comités supérieurs (principes d'équité, de diversité et d'inclusion [EDI] pour contrer les préjugés implicites entourant la SMUS et pratiques exemplaires);
- l'accès à des espaces extérieurs pour les patients en SMUS, particulièrement ceux ayant nécessité une admission involontaire, qui sont incapables de quitter les unités pour patients hospitalisés pour des raisons de sécurité (Les établissements de soins de santé devraient-ils mettre en place des normes minimales pour le traitement de ces patients, comme l'ont fait les prisons dans le système de justice pénale?);
- l'inclusion des soins axés sur le rétablissement et tenant compte des traumatismes dans toutes les politiques, missions, visions et valeurs de l'organisation, incluant les services de SMUS et d'autres (p. ex. intégration des soins tenant compte des traumatismes dans les services d'urgence, comme proposé par l'Institute for Healthcare Improvement).

Accès aux soins en temps opportun

Pour être opportuns, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- la mesure des temps d'attente pour les services et l'évaluation en SMUS par une infirmière autorisée, un travailleur social, un ergothérapeute, un psychiatre, un psychologue et par les services de traitement des dépendances, par exemple un délai de 30 jours pour voir un spécialiste; un temps d'attente équivalent entre l'arrivée aux urgences et l'examen initial par un médecin pour les patients en SMUS et les autres patients; et des cibles en ce qui concerne le temps d'attente pour des soins de suivi après une visite aux urgences ou après un congé de l'hôpital (p. ex. 30 jours, une période comparable à celle offerte dans les soins oncologiques);
- la mesure du ratio entre le nombre de jours dans les services de SMUS et les résultats cliniques (p. ex. le pourcentage de cas de récidence sur 30 jours aux urgences, la durée moyenne des hospitalisations, le pourcentage de décès par surdose dans la région);

- la continuité de l'information sur les soins, comme le pourcentage de notes de congés chez les patients en SMUS (p. ex., suivi d'un fournisseur de services auprès des personnes ayant un savoir expérientiel dans les sept jours suivant le congé);
- l'information sur l'accès par rapport à la disponibilité des ressources (p. ex. le pourcentage de fournisseurs de soins de SMUS par 100 000 habitants ou par population dans une région géographique donnée).

Soins efficaces

Pour être efficaces, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- le financement des soins de SMUS, avec un budget alloué en pourcentage du budget total en santé (par organisation ou établissement, par système ou région, par province ou territoire, pour le pays), incluant, par exemple, le pourcentage des cibles fixées pour corriger les lacunes (parité pour les soins de SMUS) ainsi que les fiches de pointage et les classements internationaux de l'OCDE;
- l'atteinte de l'équité budgétaire entre les programmes cliniques de SMUS et les autres programmes au fil du temps, sur le plan des augmentations, diminutions, compressions et « investissements stratégiques » discrétionnaires (p. ex. comparaison entre les changements apportés au budget de la chirurgie et à celui de la SMUS);
- la quantité et le ratio de personnel clinique et d'employés effectuant le suivi des soins d'urgence et ambulatoires aigus ainsi que le budget prévu pour ceux-ci dans les services cliniques de SMUS et les autres services (médicaux/chirurgicaux) (p. ex. le nombre d'employés assignés aux soins des fractures ou du diabète en comparaison avec ceux de la clinique de SMUS d'urgence);
- un suivi du ratio d'employés paramédicaux assignés aux lits pour patients hospitalisés dans les services de SMUS et dans les autres services (p. ex. planificateurs des congés, travailleurs sociaux);
- l'admissibilité à recevoir un budget d'immobilisations incluant les services de SMUS, selon les mêmes mesures et pourcentages du budget total de l'hôpital ou de l'organisation*;
- une mesure pour mettre en corrélation les besoins de santé avec les ressources (comment le coût des soins de SMUS et l'ordre des priorités du système de santé s'alignent-ils avec le pourcentage du budget de santé alloué par le système ou l'organisation, et de quelle ampleur est l'écart?)¹³;
- la connaissance du coût budgétaire et du pourcentage de lits d'hôpital consacrés à la SMUS (santé mentale et usage de substances distincts) par 100 000 personnes;

*Le comité d'allocation du budget d'immobilisations décide de l'attribution du matériel chirurgical, des instruments de mesure, des appareils d'imagerie diagnostique, des tomographes, des appareils d'imagerie par résonance magnétique, des électrocardiogrammes, des pieds à perfusion et des incubateurs néonataux. L'infrastructure de SMUS ne se qualifie généralement pas pour les budgets d'immobilisations – et reçoit rarement des fonds de ce budget. Parce que les services de SMUS sont habituellement jugés cognitifs plutôt que procéduraux (actuellement), l'« équipement » destiné à la prestation des soins (p. ex. les salles d'examen et de consultation, les salles de groupe, les serrures magnétiques, l'équipement de surveillance vidéo, les ordinateurs, les téléphones et le personnel clinique) est considéré comme inadmissible et structurellement au-delà de la portée d'un « budget pour équipement médical ». En conséquence, les services de SMUS se trouvent en concurrence avec les enveloppes budgétaires prévues pour les espaces de soins physiques (à l'intérieur du budget destiné aux installations ou à l'immeuble), pour le personnel clinique (à l'intérieur du budget des RH) et pour les ordinateurs et téléphones (à l'intérieur du budget des TI).

- l'intégration de données sur le rendement en matière de santé de l'organisation pour les soins de SMUS et les autres soins, de manière à réunir les éléments à déclarer et les données du tableau de bord sur la qualité dans un même document afin de prévenir leur ségrégation;
- l'adoption d'un même modèle d'accord de financement intégré pour les services de SMUS et les autres services (p. ex. au lieu d'avoir une entente sur l'imputabilité des services médicaux/chirurgicaux et une autre pour les services de SMUS);
- la mesure et la surveillance du ratio de financement par des œuvres de bienfaisance et par l'hôpital (p. ex. la contribution en dollars provenant de fondations par opposition à celle venant de l'hôpital, de l'organisation ou du système pour les nouveaux projets d'immobilisation ou les nouveaux services) dans le but d'établir une allocation budgétaire équitable pour les services de SMUS par rapport aux autres services cliniques.

Soins équitables

Pour être équitables, les soins de SMUS doivent comporter les éléments suivants :

- un identificateur indépendant et distinct des disparités en santé, de manière à surveiller les services de SMUS (en plus des disparités entourant le genre, les personnes 2SLGBTQ+, la race, les invalidités et autres), pour tous les processus de vérification ou de mesure des principes d'EDI de l'organisation, pour les formations obligatoires sur les préjugés implicites et pour les occasions d'éducation continue (p. ex. une formation annuelle obligatoire pour les employés ou l'obligation pour les fournisseurs de soins de santé, les employés, les gestionnaires et les directeurs de récolter un certain nombre de crédits de formation)*;
- une mesure de l'investissement en capital dans les services de SMUS et son classement relatif (p. ex., à quand remonte la dernière construction ou rénovation des installations physiques?), en comparaison avec d'autres services de santé (médicaux/chirurgicaux)†;
- une évaluation de l'état des environnements de soins où sont prodigués les services de SMUS aux patients hospitalisés, en consultation externe et aux urgences, en comparaison avec le reste de l'organisation ou de l'hôpital (p. ex. la peinture, le mobilier, la propreté);
- la compréhension de la rémunération relative (cible à déterminer avec marge de 10 p. 100) des fournisseurs de soins de SMUS pour un travail ou un poste donnés, en comparaison avec les autres fournisseurs (p. ex. les iniquités entre les spécialités médicales);
- le calcul du financement fourni par des œuvres caritatives aux services de SMUS par rapport aux autres services, sous la forme du pourcentage des fonds de bienfaisance discrétionnaires alloués par l'organisation;
- le calcul du financement octroyé à la recherche, aux bourses et à l'innovation aux services de SMUS, en comparaison avec les autres services, exprimé en pourcentage du budget, avec des cibles (à déterminer);

*Le module de formation sur la stigmatisation structurelle de la CSMC (en cours d'élaboration) est une option en ce sens.

†Les installations de soins de santé mentale sont souvent reléguées aux parties les plus vieilles et délabrées des hôpitaux/organisations/immeubles, et sont parmi les dernières à être rénovées, reconstruites ou relocalisées.

- la comparaison des politiques et des procédures liées aux services d'entretien ménager (La fréquence du nettoyage dans les aires de soins cliniques de SMUS [urgences, patients hospitalisés, consultation externe] est-elle la même que dans les autres environnements de soins?);
- une évaluation des désignations, des catégories et du langage utilisés dans les espaces cliniques de SMUS (Les espaces cliniques de consultation externe en SMUS sont-ils désignés comme équivalents aux salles d'examen et de traitement cliniques [par opposition aux bureaux dans les espaces administratifs]?);
- une évaluation des catégories de lits pour patients hospitalisés et leurs désignations équivalentes (l'acuité pour les lits en soins actifs de SMUS est-elle déterminée de la même façon que pour les autres lits? p. ex., pour les SMUS, 1 = unité de soins actifs, 2 = lit hospitalier, alors que pour les lits médicaux/chirurgicaux, 1 = unité de soins intensifs, 2 = unité de soins courants, 3 = lit hospitalier aigu);
- une évaluation de la mesure dans laquelle les lieux physiques des services cliniques de SMUS (urgences, patients hospitalisés, consultation externe) sont intégrés autant que dans les autres services, au moyen d'une démarche centrée sur le patient et sur la qualité des soins visant à déterminer les meilleurs intérêts des patients (c.-à-d. les principes de « forme suivant la fonction » et d'accès exempt d'obstacles)*;
- la présence de politiques équitables sur le recrutement et l'embauche d'employés et de fournisseurs de soins exigeant que des vérifications d'antécédents par la police soient effectuées pour tous les candidats, incluant dans les soins de SMUS (p. ex. par la vérification de l'agrément à un ordre professionnel ou par des processus de RH);
- la connaissance du pourcentage de fournisseurs de soins de SMUS ou de personnes ayant un savoir expérientiel occupant des postes de direction au sein de l'organisation ou de l'hôpital et siégeant aux équipes de haute direction ou au conseil d'administration;
- l'intégration des services de SMUS aux mêmes formulaires de demande d'indemnisation en cas de congés (invalidité, maladie) que les maladies mentales, au lieu de distinguer les diagnostics de SMUS (c.-à-d. la séparation des soins médicaux et des soins psychologiques ou non médicaux);
- la reconnaissance, dans les autodéclarations destinées à l'organisation et aux organismes de réglementation ainsi que dans les formulaires et politiques de RH, que tout problème de santé ou maladie peut compromettre la capacité d'une personne à effectuer son travail, plutôt que de reléguer les soins de SMUS à des catégories et à des sections de déclaration distinctes.

Autres cadres et processus à prendre en considération pour l'élaboration d'un nouveau prototype

Politique législative

- Créer une loi sur la parité pour les soins de SMUS au Canada¹⁴;

*Le fait d'installer les services de SMUS dans des aires ségréguées contrevient implicitement à ces principes liés aux besoins en matière de soins cliniques (la géographie détermine le destin).

Mesurer l'équité en dehors des établissements de soins de santé directs

- Faire des soins de SMUS une catégorie distincte et indépendante en matière d'invalidité, de disparité et d'équité en santé dans *l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*¹⁵ (p. ex. dans le modèle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario), au lieu d'une seule vaste catégorie d'invalidités;
- Ajouter une catégorie ou un élément de stratification distinct à *l'Enquête sociale générale* de Statistique Canada¹⁶.

Références

- ¹Leonard, D. et J. F. Rayport. « Spark innovation through empathic design », *Harvard Business Review*, novembre-décembre 1997. <https://hbr.org/1997/11/spark-innovation-through-empathic-design>
- ²Ungar, T., S. Knaak et E. Mantler. « Making the implicit explicit: A visual model for lowering the risk of implicit bias of mental/behavioural disorders on safety and quality of care », *Healthcare Management Forum*, vol. 10, article 840470420953181 (2020). Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0840470420953181>
- ³Agence de la santé publique du Canada. *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*, 2019. Rapport 2019 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (catalogue n° HP2-10F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf>
- ⁴Knaak, S., J. Livingston, H. Stuart et T. Ungar. *Lutte contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*, 2020. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-07/structural_stigma_in_health_care_for_mental_health_and_substance_use_eng.pdf
- ⁵Knaak et coll., *Lutte contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*, 2020.
- ⁶Knaak et coll., 2020.
- ⁷Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, Washington, D.C., National Academy Press, 2001.
- ⁸Agency for Healthcare Research and Quality. *Six domains of health care quality*, 2019. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- ⁹Ungar, T., M. Taube-Schiff et V. Stergiopolous. « Applying a Bauhaus design approach to conceptualize an integrated system of mental health care: Lessons from a large urban hospital », *Facets*, vol. 1, n° 12 (2016), p. 173-186. <https://doi.org/10.1139/facets-2016-0016>
- ¹⁰Grumbach, K. « Redesign of the health care delivery system: A Bauhaus “form follows function” approach [commentaire] », *Journal of the American Medical Association*, vol. 302, n° 21 (2009), p. 2363-2364. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1772>
- ¹¹Ungar et coll., « Making the implicit explicit: A visual model for lowering the risk of implicit bias of mental/behavioural disorders on safety and quality of care », 2020.
- ¹²Ungar, T., M. Marcus et S. Goldman. « Reversed shared care in mental health: Bringing primary physical health care to psychiatric patients », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 32, n° 3 (2013), p. 1-16. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-022>
- ¹³Smith, P. C., E. Mossialos et I. Papanicolas. « *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives* », Organisation mondiale de la Santé (bureau régional pour l'Europe), 2008. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84362/E93698.pdf
- ¹⁴Association canadienne pour la santé mentale. *L'équité pour la santé mentale : Mettre fin à la disparité en santé au Canada*, 2018. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/09/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>
- ¹⁵Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Modèle d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*, 2012. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/template.pdf>
- ¹⁶Statistique Canada. *Enquête sociale générale : l'aperçu (annexes)*, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89f0115x/89f0115x2019001-fra.htm#a8>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)