

# Mesure de l'équité des soins dans les hôpitaux suisses : faisabilité et étude de cas

## Etude **PRIORITY** - Panorama of Indicators on Equity in Healthcare

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)  
Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique

Novembre 2023

Sur mandat de



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**

# Impressum

Cette étude a été réalisée par les Hôpitaux Universitaires de Genève et Unisanté sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP.

Les auteurs sont responsables du contenu de ce rapport.

## **Autrices, auteurs de l'étude et accréditations**

Pr. Delphine S. Courvoisier (1)  
Pr. Patrick Bodenmann (2, 3)  
Pr. Yves Jackson (5, 6)  
Pr. Joachim Marti (3, 4)  
Dr. Clement P. Buclin (7)  
Dr. Kevin Morisod (2, 3)  
Laura Bertini (8)  
Dr. Stéphane Cullati (1, 9)  
Pr. Arnaud Chiolerio (9 –12)  
Adriana Degiorgi (13)  
Moreno Doninelli (13)  
Dr. Armin Gemperli (14)  
Dr. Francesca Giuliani (15)  
Pr. Olivier Hugli (2, 16)  
Dr. Anne Jachmann (17)  
Dr. Pierre-Auguste Petignat (18)  
Dr. med. Florian Rüter (19)  
Dr. Judith Safford (20, 21)  
Dr. med. Javier Sanchis-Zozaya (16)  
PD Dr. med. Matthis Schick (22, 15)

1. Service de Qualité des Soins, Hôpitaux Universitaires de Genève.
2. Chaire de médecine des populations en situation de vulnérabilité, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.
3. Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne.
4. Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.
5. Université de Genève.
6. Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève.
7. Service de Médecine Interne Générale, Hôpitaux Universitaires de Genève.
8. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
9. Population Health Laboratory (#PopHealthLab), Université de Fribourg.
10. School of Population and Global Health, McGill University, Montreal, Canada.
11. Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern.
12. Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion.
13. Ente Ospedaliero Cantonale.
14. Faculté de Médecine, Université de Lucerne.
15. Universitätsspital Zürich.
16. Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.
17. Inselspital, Universitätsspital Bern Universitätsklinik für Notfallmedizin.
18. Département de Médecine Interne Générale, Hôpital du Valais, Sion.
19. Universitätsspital Basel, Medizinische Direktion.
20. SCQM Foundation Zürich.
21. Sciana Health Leaders' Network, Salzburg.
22. Universität Zürich.

## **Remerciements**

Les auteurs de ce rapport tiennent à adresser leurs chaleureux remerciements à leurs collègues ayant rendu possible, par leur travail et leur expertise, l'extraction, l'analyse et la représentation des données utilisées :

Dr Sébastien Courvoisier ; Dre Nicole Fasel ; Arnaud Iseli; Dr Denis Mongin; Dre Katrina Obas; Liudmila Pagnamenta, MSc; Dre Anne-Marie Rassinoux; Service Linguistique de l'OFSP; Domaine Data et aides à la décision des HUG

## **Citations**

Courvoisier D. et al., (2023). Mesure de l'équité des soins dans les hôpitaux suisses : faisabilité et étude de cas. Etude PRIORITY - Panorama of Indicators on Equity in Healthcare.

Etude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique. Berne : OFSP.

Voir la liste exhaustive des autrices et auteurs supra.

## **Contacts**

Delphine Courvoisier, Professeure assistante, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).  
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève. [Delphine.courvoisier@hcuge.ch](mailto:Delphine.courvoisier@hcuge.ch)

Office fédéral de la santé publique OFSP, Section égalité face à la santé  
[healthequity@bag.admin.ch](mailto:healthequity@bag.admin.ch), [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)

Responsables du projet à l'OFSP

Serge Houmard et Marie Taczanowski, Section égalité face à la santé

## **Texte original et traductions**

Rapport en français. Traductions en allemand, en italien et en anglais.

Traductions en italien et en allemand : Services linguistiques de l'OFSP

Traduction en anglais : auteurs

## **Layout**

Vorlagenbauer, [www.vorlagenbauer.ch](http://www.vorlagenbauer.ch)

## **Visuels**

Cognitographik, [www.cognitographik.ch](http://www.cognitographik.ch)

## **Téléchargement du PDF**

[www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) > Mesurer l'équité

© OFSP 2023

# Résumé

De plus en plus d'institutions internationales considèrent l'équité comme une composante essentielle de la qualité. En Suisse, le rapport national sur la qualité des soins de 2019<sup>1</sup> a également positionné l'équité comme composante de la qualité des soins.

La mesure et l'évaluation de l'équité dans les soins indiquent l'existence d'iniquités systématiques dans l'accès et dans l'administration des soins, selon des facteurs de vulnérabilité individuels comme l'appartenance à un groupe ethnique, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle ou le statut socio-économique<sup>2,3</sup>. Ces iniquités touchent des personnes en situation de vulnérabilité comme celles confrontées à des situations socio-économiques instables ou issues de migrations liées à l'asile.

Elles doivent être combattues, non seulement pour des raisons éthiques mais également car elles impactent le système de santé au niveau des politiques et priorités de santé publique et de son économie globale. La mesure et donc la mise en évidence de ces iniquités dans l'accès et la qualité des soins manque en Suisse. Or, elle est une étape nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins pour les patient.e.s.

Ce rapport présente une série d'indicateurs d'équité des soins dans le domaine hospitalier en Suisse, choisis sur la base de 4 critères : la validité, la faisabilité, la couverture patient et l'actionnabilité. Ces indicateurs concernent les patient.e.s hospitalisés et ambulatoires, et visent à évaluer la structure (disponibilité des ressources), les processus (par exemple soins ou utilisation d'itinéraires cliniques), et les résultats pour les patient.e.s.

Le choix des indicateurs a été fait par un groupe d'accompagnement composé d'une patiente partenaire et de 17 expert.e.s des domaines de la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la qualité des soins et la surveillance sanitaire, et actifs dans des institutions de soins et de recherche en Suisse dans les différentes régions linguistiques.

Ce groupe a sélectionné 11 indicateurs (voir tableau ci-après : indicateurs de structure, processus et résultat), et 5 critères de vulnérabilité, pour comparer des populations en situation de vulnérabilité à la patientèle générale, par exemple la satisfaction avec les soins entre les patient.e.s allophones et les patient.e.s dont la langue maternelle correspond à la langue locale.

Chaque indicateur et critère de vulnérabilité a été opérationnalisé et testé dans trois hôpitaux pilotes à Genève, Zürich et Mendrisio. Les indicateurs retenus sont liés à la satisfaction des patient.e.s, l'accès à l'information via des interprètes et les délais entre besoins exprimés et soins dispensés. Les critères de vulnérabilité retenus sont 1) le genre, 2) la migration, 3) la langue, 4) l'âge et 5) le fait d'être sans domicile fixe.

Les résultats des relevés d'indicateurs ont montré 3 degrés de disponibilité parmi les indicateurs et critères proposés : largement disponibles, partiellement disponibles, et non mesurés.

---

<sup>1</sup> Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare, C. Vincent, A. Staines, 25 June 2019

<sup>2</sup> Association between colorectal cancer testing and insurance type: Evidence from the Swiss Health Interview Survey, Braun et Al., 2012

<sup>3</sup> Examining the effect of quality initiatives on decreasing racial disparities in maternal morbidity, Davidson et Al., 2019

Les données nécessaires pour produire la plupart des indicateurs sont partiellement disponibles dans chaque institution, à l'exception de l'information sur le recours à des interprètes. Ce travail a également montré que le genre est récolté dans un format dichotomique et fixe dans le temps, ce qui constitue une limite par rapport au spectre de genres auxquels s'identifient les patient.e.s des communautés LGBTQIA+. Ceci montre une invisibilité de l'appartenance à certains groupes en situation de vulnérabilité. La prochaine étape est d'évaluer la qualité des données disponibles, puis l'équité des soins selon les critères de vulnérabilité.

Les indicateurs sélectionnés et opérationnalisés pourront servir une double fonction de mode d'emploi pour les indicateurs réalisables d'emblée et de pistes d'amélioration pour la mesure de l'équité en santé en Suisse, à l'attention de toutes les institutions de santé intéressées par l'équité des soins.

Les retours des acteurs consultés sont encourageants et reconnaissent l'ensemble d'indicateurs et de critères de vulnérabilités proposés comme valide, ayant une bonne couverture-patient et une bonne actionnabilité. Ils émettent cependant des doutes sur la facilité d'implémentation pour des raisons à la fois techniques et de coûts. Ils regrettent aussi l'absence du genre mesuré dans le temps (sexe assigné à la naissance et genre), ainsi que du niveau socio-économique et de la présence d'un diagnostic psychiatrique comme critères de vulnérabilité, trois mesures qui avaient été exclues dans la phase de sélection sur la base du critère de faisabilité.

Indicateurs retenus (Tableau 2 du rapport)

Thème	Indicateurs		
	Résultat	Processus	Structure
Expérience patient	Satisfaction patient	Délai de prise en charge : temps en heure entre le besoin d'un patient et la délivrance du soins correspondant	Existence d'une formation continue sur les compétences transculturelles
			Accès à une traduction en temps réel et en langue des signes pour les patient.e.s sourds
			Existence d'un référent institutionnel pour les migrations
Barrière de langue	Satisfaction patient	Proportion d'allophones ayant bénéficié des services d'un interprète	Disponibilité des documents principaux dans des langues différentes
			Existence d'une structure ambulatoire à but de soutien pour les patient.e.s issus de la migration
Commun aux deux			Existence d'une formation continue sur les compétences transculturelles
			Disponibilité d'interprètes

# Table des matières

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
Autrices, auteurs de l'étude et accréditations .....	2
Remerciements.....	3
Citations.....	3
Contacts .....	3
Texte original et traductions .....	3
Layout.....	3
Visuels .....	3
Téléchargement du PDF .....	3
<b>Résumé</b> .....	<b>4</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>7</b>
Définition et types d'indicateurs .....	8
Attributs des indicateurs.....	9
Recherche sur l'équité en suisse .....	9
<b>Objectifs</b> .....	<b>10</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>10</b>
Création d'un groupe d'expert.e.s nationaux .....	10
Sélection d'un ensemble d'indicateurs d'équité.....	11
Opérationnalisation des indicateurs .....	13
Étude pilote des indicateurs .....	14
<b>Résultats</b> .....	<b>14</b>
Génération des indicateurs .....	14
Indicateurs et critères de vulnérabilité retenus .....	15
Étude pilote des indicateurs .....	16
<b>Discussion</b> .....	<b>22</b>
Résumé des résultats .....	22
Avis des associations et acteurs-clés du système de santé .....	22
Limitations du projet pilote .....	23
Implications politiques et pistes d'amélioration.....	23

## Contexte

Au niveau international de plus en plus d'institutions, comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE) ou l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), portent une attention croissante sur la qualité des soins, et définissent les composantes de cette qualité. À côté de l'efficacité et de la sécurité des soins, ou des soins centrés sur les patient.e.s, ces institutions incluent désormais l'équité des soins (1–4).

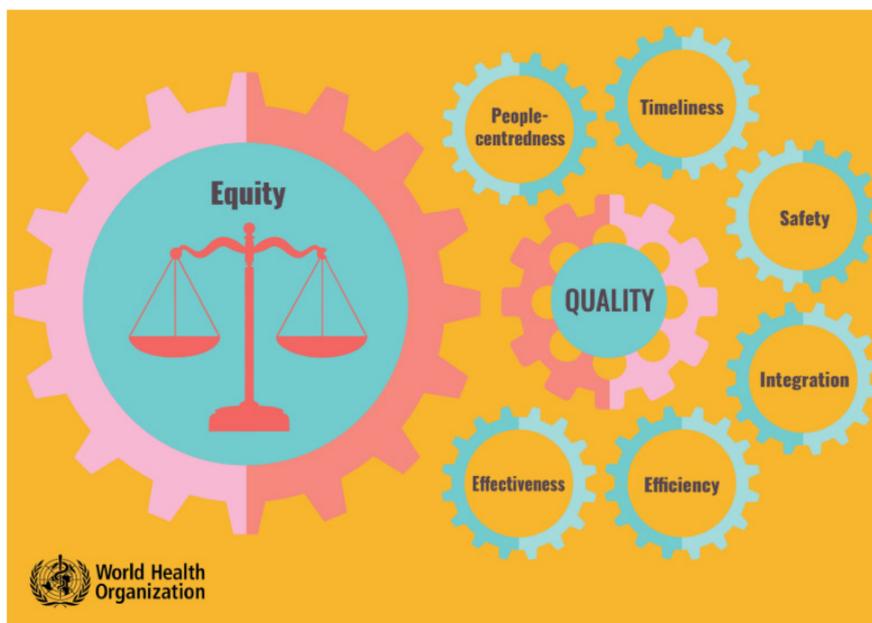


Figure 1 L'équité en tant que dimension de la qualité, OMS (5)

L'équité en santé est définie comme l'absence de différences injustes et évitables entre des groupes définis par des facteurs communs sociaux, démographiques, ethniques, géographiques ou autres (6,7). Un nombre croissant d'études, à l'international comme en Suisse, montrent que des facteurs individuels comme l'appartenance à un groupe ethnique, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle ou le statut socio-économique jouent un rôle dans l'accès et la qualité des soins reçus par les patient.e.s (8–10). Il existe donc des iniquités dans l'accès et dans l'administration des soins. Ces iniquités doivent être combattues, non seulement pour des raisons éthiques mais également car elles impactent le système de santé.

Ces iniquités touchent des patient.e.s en situation de vulnérabilité. Par exemple, les patient.e.s issus de milieux socio-économiques défavorisés ont en moyenne plus de comorbidités et sont ainsi plus à risque de présenter des problèmes de santé à moyen ou long terme, comme des maladies ou des réadmissions précoces dans les hôpitaux (11,12). De plus, à besoins équivalents, ces populations ont souvent un moins bon accès aux soins. Ce phénomène est décrit comme la loi inverse de soins (« inverse care law ») : les besoins sont plus élevés pour les populations défavorisées et en plus, elles reçoivent moins ou de moins bons soins (13,14).

Sur le plan économique, des études suisses montrent par exemple des iniquités dans la réalisation des tests de dépistage des cancers du sein (15), ou du col de l'utérus (16,17), des maladies qui sont bien moins coûteuses à traiter lorsqu'elles sont détectées à des stades

précoces, particulièrement lorsque les coûts sociaux en années de vies perdues sont pris en compte (18–20). D'un point de vue santé publique, la récente pandémie de COVID-19 a mis en lumière de manière significative les différences d'accès aux soins (21–25) et le danger potentiel pour tous que peut représenter le sous-traitement d'une partie de la population (21,26–28) : les groupes de personnes peu dépistées et peu suivies ont en effet représenté un réservoir pour le virus, participant à la réactivation d'une vague d'infections. En Suisse, le rapport national sur la qualité des soins de 2019 - qui est à l'origine de la création de la Commission fédérale pour la qualité - a également positionné l'équité comme composante de la qualité des soins (29).

Afin de mettre en évidence ces iniquités et finalement d'améliorer la qualité des soins pour les patient.e.s, il convient de mesurer et monitorer l'équité et la qualité des soins (30,31). La Suisse est passablement en retard sur ce point, notamment par rapport aux États-Unis et au Royaume-Uni qui établissent des programmes systématiques de monitoring de l'équité des soins depuis de nombreuses années (32,33). Ce retard en Suisse limite l'évaluation de l'efficacité de l'implémentation de programmes d'amélioration de la qualité. Cependant, des études et premiers résultats en la matière commencent à être publiés, mettant en lumière des lacunes du système et soulevant de nouvelles questions. Un enjeu pratique consiste à disposer de meilleures données et informations pour mieux comprendre les conséquences et les groupes à risque d'iniquité, et ce afin d'y remédier. Pour ce faire, il est fondamental de tester s'il est possible de créer une mesure systématique de l'équité des soins en Suisse. Le présent rapport est issu d'un mandat formulé dans ce sens par l'Office fédéral de la santé publique.

## Définition et types d'indicateurs

Afin que cet intérêt pour l'équité puisse mener à des changements institutionnels et structurels, les systèmes de santé ont besoin d'une série d'indicateurs qui évaluent l'équité des soins. Un **indicateur** est un outil qui mesure la réalité d'une situation souvent complexe en se basant sur la collecte de données. L'équité dans les soins étant un phénomène complexe, les indicateurs choisis se devront de mesurer l'équité au niveau des structures, des processus et des résultats.

- Les **indicateurs de structure** évaluent la disponibilité des ressources.
- Les **indicateurs de processus** évaluent par exemple l'organisation des soins ou l'utilisation d'itinéraires cliniques (34,35). Avec les indicateurs de structure, ils permettent une évaluation de l'état actuel de l'équité dans l'administration des soins.
- Les **indicateurs de résultat** permettent l'évaluation des effets des programmes d'amélioration de l'équité en se concentrant sur les résultats à moyen et long terme pour les patient.e.s. S'ils permettent une évaluation concrète des effets des programmes d'amélioration de l'équité, ils sont également plus facilement influencés par les caractéristiques des patient.e.s ainsi que les iniquités de santé des populations.

## Attributs des indicateurs

Pour qu'une série d'indicateurs soit adoptée à grande échelle et mène à des changements, les indicateurs doivent être valides, standardisés et, dans un premier temps, faciles à implémenter.

- Des **indicateurs valides** devraient permettre l'identification fiable des iniquités. Par exemple, le temps d'attente entre le diagnostic de cancer et le début du traitement est un indicateur valide. Inversement, le niveau socio-économique des patient.e.s n'est habituellement pas mesuré au niveau individuel dans les hôpitaux. Pour y remédier, il est possible d'utiliser des indicateurs géographiques se basant sur les codes postaux ou sur le prix moyen du mètre carré en location, mais cet indicateur perd en validité en regroupant des personnes avec des capacités d'accès aux soins très différentes (36).
- Pour une meilleure comparabilité des institutions, il est important de tenir compte des différences de contexte entre institutions et donc de standardiser les indicateurs – autrement dit, les rapporter à une population standard théorique. La **standardisation**, en permettant de comparer des populations présentant des différences structurelles, présente deux avantages majeurs. Premièrement, elle devrait permettre de porter un regard plus objectif sur l'équité dans toute la Suisse. En effet, certains indicateurs peuvent être présentés comme un succès à mettre au crédit d'une institution, alors qu'ils dépendent potentiellement plus d'une situation locale avantageuse (37). Par exemple, les villes siège d'institutions internationales comme Genève ou Zürich disposent davantage de professionnels formés à l'interprétation et la médiation culturelle des informations médicales que d'autres régions, ce qui pourrait permettre une évaluation avantageuse de la qualité des soins ne reflétant pas la réalité. Deuxièmement, des indicateurs standardisés devraient permettre la mise en évidence d'institutions modèles sur certains aspects, qui pourront servir d'inspiration pour mettre en place des projets d'amélioration dans d'autres institutions.
- La **facilité d'implémentation** est importante initialement pour que la série d'indicateurs soit plus rapidement et plus largement adoptée. Toutefois, elle ne devrait pas constituer un facteur limitant par la suite, certaines iniquités étant difficiles à détecter mais non moins éthiquement inacceptables, coûteuses pour le système de santé et dangereuses pour les patient.e.s. Par exemple, pour pouvoir mettre en lumière une situation où les personnes LGBTQIA+ subiraient des iniquités systématiques dans les soins, il faudrait être capable de les identifier dans la population de patient.e.s. Or, cette donnée est pour l'instant rarement récoltée en Suisse et serait donc très difficile à implémenter.

De plus, afin de pouvoir révéler les iniquités, les indicateurs doivent permettre une comparaison entre plusieurs groupes de patient.e.s dont on suspecte qu'ils puissent recevoir différents niveaux de qualité de soins. Par exemple, on peut suspecter que les personnes âgées aient moins souvent accès à des interprètes que les patient.e.s plus jeunes. Ainsi, pour pouvoir analyser ce phénomène, l'indicateur « accès à un.e interprète » doit être stratifiable sur des critères de vulnérabilité. Ces **critères de vulnérabilité** doivent répondre aux mêmes exigences que les indicateurs et se doivent donc d'être **valides, standardisables** et faciles à implémenter.

## Recherche sur l'équité en suisse

Le milieu de la recherche suisse est actif sur le plan de l'équité, avec de nombreux projets qui cherchent à mettre en lumière ou à corriger des iniquités locales. Par exemple, Unisanté à Lausanne a, sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), proposé un

ensemble d'indicateurs dont les hospitalisations potentiellement évitables ou inappropriées (38). De manière similaire, le programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) a proposé une série de 56 indicateurs qualité pour la médecine de premier recours dont 2 dédiés à l'équité d'accès aux soins (39). Un autre exemple est l'étude SIHOS qui vise à investiguer les liens entre les déterminants sociaux et les risques d'événements de santé indésirables pour les patient.e.s souffrants de maladies chronique en Suisse (40). D'autres projets ont tenté de corriger ces iniquités connues via par exemple l'ajout d'interprètes aux urgences (41) ou via le programme transversal Migrant Friendly d'un hôpital de soins aigus (42). La multiplicité et la variété de ces exemples de projets montrent que le milieu suisse de la qualité des soins est en plein essor et bénéficierait d'un cadre national qui permettrait une comparaison des différents lieux et le partage des solutions innovantes entre les régions. Toutefois, une approche systématique de la mesure et du suivi de l'équité dans les soins manque encore. Une telle approche devrait idéalement couvrir les parcours de soins dans leur ensemble. Dans ce projet, nous proposons de démarrer aux niveaux hospitaliers stationnaire et ambulatoire, pour établir les bases d'un processus systématique d'évaluation de l'équité dans les soins en Suisse.

## Objectifs

L'objectif premier est de tester la faisabilité de la mesure de l'équité en milieu clinique, en proposant un ensemble d'indicateurs d'équité valides, implémentables et actionnables, composé d'indicateurs de qualité des soins et de critères de vulnérabilité. Un exemple serait un indicateur qui évalue, pour chaque personne allophone, si elle a bénéficié de services d'interprétariat. Cet indicateur pourrait ensuite être stratifié selon différents critères de vulnérabilité comme le statut migratoire, le genre ou la catégorie d'âge. Le second objectif est de réaliser une étude pilote dans plusieurs hôpitaux pour déterminer la disponibilité de données nécessaires pour produire ces indicateurs.

## Méthodologie

### **Création d'un groupe d'expert.e.s nationaux**

Pour favoriser la validité et la représentativité des indicateurs et représenter les différentes sensibilités concernant l'application de l'équité dans le milieu hospitalier, nous avons recruté un panel d'expert.e.s nationaux actifs dans les domaines de la qualité et/ou de l'équité des soins. Afin de recruter largement les expert.e.s, une brochure (voir Annexe 1) présentant le projet a été distribuée dans différentes sociétés intéressées par l'équité (par exemple, Swiss Health Network for Equity - SH4E), ainsi qu'auprès de H+, et d'associations de patient.e.s.

Cette procédure a permis de constituer un groupe d'accompagnement composé de 18 expert.e.s (12 hommes, 6 femmes) dans le domaine de l'équité et de la qualité des soins en Suisse dont une patiente partenaire. Les expert.e.s représentent les 3 régions linguistiques principales et proviennent de milieux variés avec 7 médecins dont 4 internistes, 2 psychiatres

et 1 urgentiste, 2 sociologues, 3 épidémiologues, 6 chercheur.e.s travaillant dans le domaine de la santé publique et les systèmes de santé et/ou dans la qualité des soins. La patiente partenaire, en plus de son expérience personnelle, travaille à l'international en tant que patiente-partenaire/experte dans de nombreux domaines y compris l'équité et dirige un registre national des maladies chroniques.

Les expert.e.s ont une expérience de recherche et/ou de travail dans le milieu de l'équité des soins en Suisse ou ont travaillé dans des hôpitaux ou polycliniques universitaires suisses, dans les soins ambulatoires ou stationnaires, ou ont eu des fonctions dans les institutions de santé publique suisses.

La structure du projet reflète cette volonté d'inclure de nombreux acteurs de l'équité et de la qualité des soins (Figure 2), avec une équipe de coordinateurs pour centraliser le travail, un panel d'expert.e.s représentant différents milieux, mais aussi des évaluateurs externes qui ont évalué le rapport avant sa publication finale.

## Structure et acteurs du projet

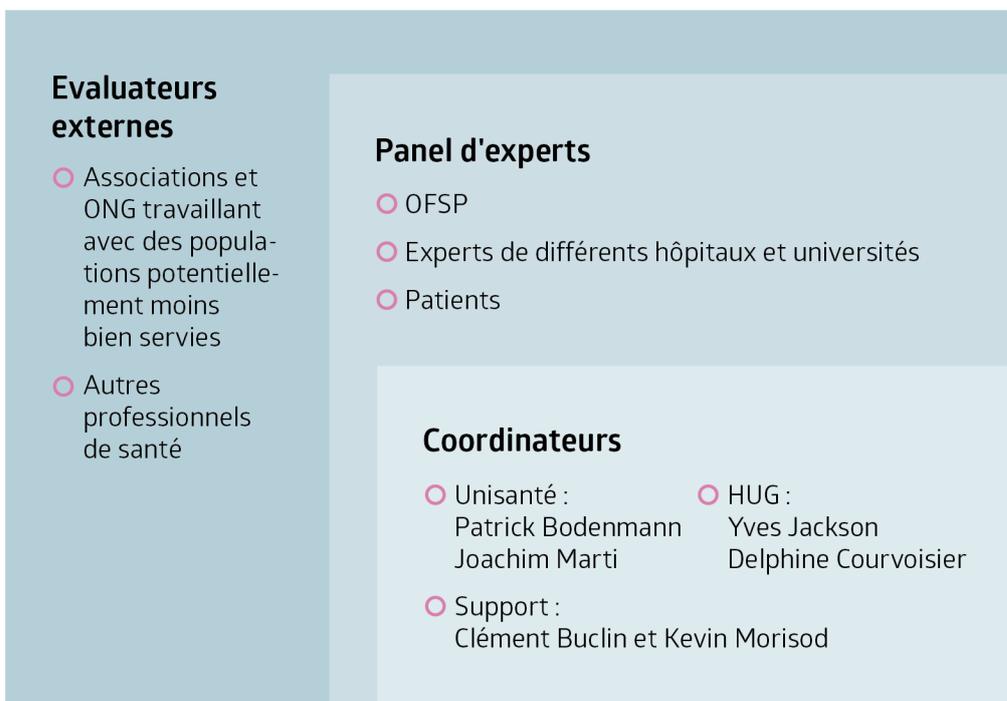


Figure 2: Structure et acteurs du projet

### Sélection d'un ensemble d'indicateurs d'équité

Pour obtenir une base large d'indicateurs pertinents, la génération d'indicateurs s'est faite à la fois à l'aide d'une revue de la littérature et via un appel aux expert.e.s à proposer tous les indicateurs qu'elles et ils jugeaient pertinents. La revue de littérature a été faite en novembre 2021 sur MEDLINE en se focalisant sur les projets suisses afin d'obtenir des indicateurs compatibles avec le système de santé suisse (stratégie de recherche disponible en Annexe 2). La stratégie de recherche a produit 247 citations évaluées d'abord sur la base du titre et abstract puis sur le texte complet. Pour chaque article sélectionné, les indicateurs d'équité ont été extraits sur la base du texte complet.

En parallèle, les expert.e.s ont proposé des indicateurs de structure, de processus et de résultat, pour les patient.e.s stationnaires et ambulatoires. Le formulaire pour récolter ces informations spécifiait les 6 types d'indicateurs recherchés (ex. stationnaire, indicateur de processus), afin de s'assurer que tous les types d'indicateurs soient représentés dans leurs suggestions (voir Annexe 3 : questionnaire en ligne).

Les expert.e.s se sont ensuite rencontrés une première fois afin d'établir les conditions de sélection des indicateurs. Nous avons retenu la validité, la couverture patient, la faisabilité ainsi que l'actionnabilité (voir Figure 3 pour les définitions).

La sélection des indicateurs a alors été faite en deux phases de vote selon la méthodologie Delphi. Lors de la première phase, les expert.e.s ont évalué chaque indicateur et chaque critère de vulnérabilité sur une échelle de 0-10 pour chacune des 4 conditions choisies (voir Annexe 3 : questionnaire en ligne). À la fin du premier cycle de vote, nous avons conservé les indicateurs avec une validité moyenne >7 et pour lesquels  $\geq 60\%$  des expert.e.s avaient donné un score de 7 ou plus. Lors de cette phase, les expert.e.s avaient encore l'occasion d'ajouter un indicateur ou un critère de vulnérabilité si elles et ils le jugeaient nécessaire.

Avant la deuxième phase, les indicateurs ayant passé la première phase de sélection avec succès ont été organisés en thèmes.

Tableau 1 : Exemple de thème stationnaire non retenu : la réhospitalisation

Thème	Indicateurs		
	Résultat	Processus	Structure
Réhospitalisation	Taux de réhospitalisations précoces	Durée de séjour	Disponibilité de travailleurs sociaux
			Disponibilité des documents d'information en langage simplifié

Par exemple, le thème « réhospitalisation » présente la logique suivante : la disponibilité de travailleurs sociaux et/ou d'information sur les traitements pourrait réduire les délais dans les soins hospitaliers, ce qui diminuerait la durée moyenne de séjour et le risque de problèmes lors des transitions de soins, agissant ainsi sur les réadmissions précoces (voir tableau 1). Le but était que ces thèmes puissent servir à évaluer un sujet d'équité des soins avec des indicateurs de structure, de processus et de résultat. Ces thèmes d'indicateurs ont été séparés en groupes selon qu'ils évaluent plutôt les soins stationnaires (ex : Taux de réhospitalisations) ou ambulatoires (ex : Taux de screening du cancer du col de l'utérus), et les critères de vulnérabilité ont été gardés à part.

Pour la deuxième phase, les expert.e.s ont voté sur l'ordre des thèmes et des critères de vulnérabilité en les classant sur un critère mixte de faisabilité et d'actionnabilité (voir Annexe 3 : Questionnaire en ligne).

- La validité est la capacité d'un indicateur à évaluer le sujet qu'il prévoit d'évaluer.
- La faisabilité décrit la difficulté à implémenter l'indicateur ou à récolter les données nécessaires à sa construction. Un indicateur qui nécessiterait par exemple la mise en place d'un

nouveau formulaire, le contact de patient.e.s individuels ou un long travail de récolte de données serait plus coûteux et moins faisable et risquerait de décourager l'introduction d'indicateurs d'équité.

- La couverture patient décrit le nombre ou le pourcentage de patient.e.s concerné.e.s par cet indicateur par rapport à la population totale des patient.e.s. Ainsi, un indicateur qui concerne tous les patient.e.s stationnaires ou ambulatoires ayant vu un médecin dans les 6 derniers mois aurait une meilleure couverture qu'un indicateur concernant les patient.e.s pédiatriques souffrant d'une affection dermatologique.
- Finalement, l'actionnabilité décrit la capacité de l'indicateur à être modifié suite à un projet d'amélioration de l'équité. Ainsi un indicateur qui révélerait une iniquité liée à l'altitude d'un hôpital aurait une mauvaise actionnabilité car il serait difficile de modifier l'altitude d'un hôpital alors qu'un indicateur qui révélerait une iniquité due à un texte mal formulé dans un formulaire médical aurait une excellente actionnabilité.

## Définitions des critères de sélection des indicateurs

Si on veut un indicateur qui évalue les chiffres en blanc				
Indicateur				
<b>La validité</b> est la capacité d'un indicateur à évaluer le sujet qu'il prévoit d'évaluer	 	 	 	<input checked="" type="radio"/> Bonne validité <input type="radio"/> Mauvaise validité
<b>La couverture patient</b> décrit le pourcentage de patients que l'indicateur évalue	 	 	 	<input checked="" type="radio"/> Couverture : 100% <input type="radio"/> Couverture : 33%
<b>La faisabilité</b> décrit la difficulté à implémenter l'indicateur ou à récolter les données nécessaires à sa construction	 	 	 	<input checked="" type="radio"/> Bonne faisabilité <input type="radio"/> Mauvaise faisabilité : variables manquantes ou difficiles à obtenir
<b>L'actionnabilité</b> décrit le potentiel de l'indicateur à être utile à l'action				<input checked="" type="radio"/> Bonne actionnabilité : indicateur modifié suite à une amélioration de la situation

Figure 3: Définitions des critères de sélection des indicateurs

## Opérationnalisation des indicateurs

Les indicateurs et les critères de vulnérabilité ont été opérationnalisés en listes de variables et en fiches-indicateurs décrivant leurs règles précises de calcul. Ces fiches-indicateurs ont été soumises aux expert.e.s pour qu'elles et ils valident cette implémentation.

## Étude pilote des indicateurs

Pour mieux garantir leur faisabilité, une fois la série d'indicateurs sélectionnée, nous avons déterminé la faisabilité pratique dans les hôpitaux, en particulier en évaluant la disponibilité des données pour produire les indicateurs. Pour ce faire, trois hôpitaux, l'Universitätsspital Zürich (USZ), les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et l'Ente Ospedaliero Cantonale, site de Mendrisio (OBV – Ospedale regionale Beata Vergine), ont testé l'extraction des données de leurs dossiers patient.e.s. Les hôpitaux ont été choisis sur la base du volontariat mais en gardant un but de représentativité avec des hôpitaux provenant des 3 grandes régions linguistiques, avec des hôpitaux de tailles différentes, l'USZ et les HUG étant des hôpitaux universitaires et Mendrisio un hôpital de taille intermédiaire.

Les indicateurs ont été extraits pour tous les patient.e.s stationnaires ou ambulatoires se présentant dans chacun de ces hôpitaux en 2021. Les données nécessaires à la construction des indicateurs de processus et de résultat ont été directement extraites des bases de données des hôpitaux en prenant uniquement les variables disponibles sous format structuré dans les bases de données et en excluant donc les variables en champ libre. Les indicateurs de structure ont été construits via un questionnaire soumis aux responsables de la qualité des soins dans chaque hôpital.

## Résultats

### Génération des indicateurs

La revue de littérature a permis de retenir 32 articles qui évaluaient l'équité des soins en Suisse et qui comprenaient 34 indicateurs. Parallèlement, les expert.e.s ont proposé 195 indicateurs, de structure, de processus ou de résultat, et les ont catégorisés en ambulatoire ou stationnaire. Après retrait des doublons et fusion entre les indicateurs issus de la revue de littérature et les indicateurs proposés par les expert.e.s, 159 indicateurs uniques et 15 critères de vulnérabilité ont été soumis aux votes des expert.e.s. La liste complète des indicateurs et critères de vulnérabilité est disponible en annexe (voir Annexe 4).

La première phase de vote a retenu 35 indicateurs et 8 critères de vulnérabilité qui ont été organisés en thèmes. Nous avons 3 thèmes ambulatoires : « Barrière de langue », « Contraintes économiques » et « Prévention et dépistage » et 3 thèmes stationnaires : « Réhospitalisation », « Admission » et « Expérience patient ». Les thèmes ont été organisés de manière à ce que les facteurs structurels puissent impacter l'efficacité des processus et finalement améliorer les résultats. La liste complète des indicateurs classés en thèmes est disponible en annexe (voir Annexe 5).

La deuxième phase de vote, basée principalement sur la faisabilité et l'actionnabilité, a retenu 2 thèmes : « Expérience patient » et « Barrière de langue », ce qui correspond à 5 indicateurs de résultat ou de processus et 10 indicateurs de structure. Les expert.e.s ont également voté l'exclusion d'un indicateur qui était jugé valide mais ne rentrait pas dans un des thèmes.

## Génération des indicateurs par un processus de votes

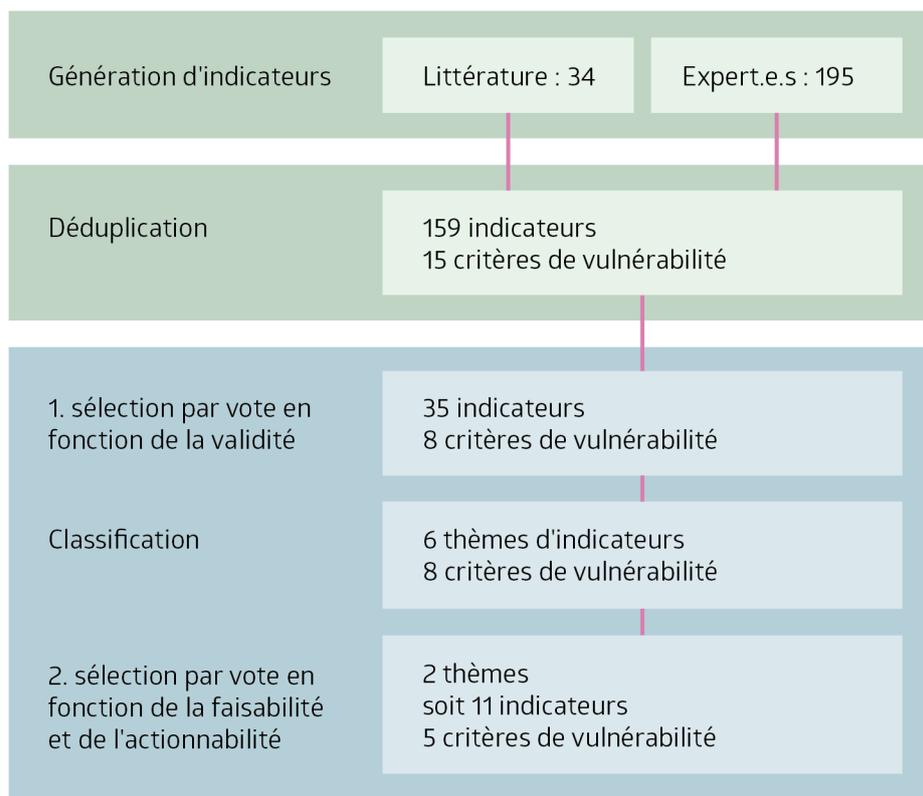


Figure 4 : Génération des indicateurs par un processus de votes

### Indicateurs et critères de vulnérabilité retenus

Le processus de sélection a donc retenu 2 thèmes : « Expérience patient » et « Barrière de langues », correspondant à 11 indicateurs (tableau 2), et 5 critères de vulnérabilité afin de stratifier les indicateurs : le genre auxquels les patient.e.s s'identifient, pensé en opposition au sexe, le statut migratoire, le statut d'allophone, l'âge et le statut « sans domicile fixe ».

Tableau 2 : Indicateurs retenus

Thème	Indicateurs		
	Résultat	Processus	Structure
Expérience Patient	Satisfaction patient	Délai de prise en charge : temps en heure entre le besoin d'un patient et la délivrance du soins correspondant	Existence d'une formation continue sur les compétences transculturelles
			Accès à une traduction en temps réel et en langue des signes pour les patient.e.s sourds
			Existence d'un référent institutionnel pour les migrations
Barrière de langue	Satisfaction patient	Proportion d'allophones ayant bénéficié des services d'un interprète	Disponibilité des documents principaux dans des langues différentes
			Existence d'une structure ambulatoire à but de soutien pour les patient.e.s issus de la migration
Commun aux deux			Existence d'une formation continue sur les compétences transculturelles
			Disponibilité d'interprètes

### Étude pilote des indicateurs

Afin de permettre la réalisation d'un pré-test concret des indicateurs dans les sites d'implémentation, des fiches-indicateurs ont été produites pour chaque indicateur retenu (voir Annexe 6). Ces fiches fonctionnent comme un mode d'emploi pour toute institution qui voudrait utiliser l'indicateur. Elles contiennent toutes les informations sur les variables à extraire ainsi que la méthode de calcul détaillée de l'indicateur.

Tableau 3: Exemple de fiche indicateur « Proportion de patient insatisfait »

<b>Indicateur</b>	<b>Proportion de patient insatisfait</b>
<b>Unité de Mesure</b>	Pourcentage
<b>Méthode de calcul :</b>	Proportion
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de patient.e.s insatisfaits selon le score global de satisfaction.</p> <p>Si le questionnaire utilisé ne produit pas de score global, utiliser le score d'impression générale ou la question unique relative à l'impression générale. Les patient.e.s insatisfaits sont définis en utilisant la définition associée au questionnaire utilisé. Si le questionnaire ne contient pas de définition validée du concept de patient.e.s insatisfaits, utiliser la définition suivante : Un patient insatisfait est un patient dont les réponses au questionnaire de satisfaction sont dans la moitié inférieure des réponses possibles pour au moins la moitié des questions de satisfaction.</p> <p>Par exemple, si le score utilisé est composé de 4 questions avec pour chacune 5 réponses possibles (par exemple de : « Pas du tout satisfait » = 1 jusqu'à « Très satisfait » = 5), un patient insatisfait aurait au moins 2 questions avec des réponses entre 1 et 2.</p>
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de patient.e.s hospitalisés
<b>Date de référence</b>	Date de sortie
<b>Source des données</b>	Questionnaires de satisfaction patient (ex : Picker)
<b>Périmètre</b>	Patient.e.s hospitalisé.e.s adultes : Tous les patient.e.s majeurs ayant été admis dans l'institution pour minimum 24h
<b>Informations supplémentaires nécessaires</b>	Date de sortie

Ces fiches ont ensuite été transmises aux trois hôpitaux pilotes avec pour consigne d'extraire les indicateurs des bases des données pour l'entièreté de l'année 2021. Pour les hôpitaux universitaires, cela correspondait à plusieurs dizaines de milliers de séjours et plusieurs centaines de milliers de consultations. L'hôpital de Mendrisio est un hôpital plus petit avec 155 lits, ce qui se reflète dans le nombre de patient.e.s admis dans l'année. Le tableau 4 présente, pour chaque hôpital pilote, la disponibilité de chaque indicateur et chaque critère de vulnérabilité, selon deux aspects : premièrement, est-ce que les variables nécessaires existent (« disponibilité ») et deuxièmement, est-ce que ces variables contiennent effectivement des données (« information »). Par exemple, il peut exister une variable pour noter la langue parlée par le patient, mais cette information peut être renseignée seulement chez 10% des patient.e.s. Pour les critères de vulnérabilité, le tableau présente également le détail avec lequel le critère existe dans les différentes institutions. Par exemple, le genre est défini de manière dichotomique (masculin ou féminin) à Mendrisio mais existe en trois catégories à l'USZ et aux HUG (masculin/féminin/indéterminé). Cependant, aux HUG, dans la pratique, le genre est uniquement renseigné en homme ou femme, malgré l'existence d'une troisième option. Pour les indicateurs de structure, le tableau indique si la personne en charge de la qualité des soins avait les informations nécessaires pour répondre à un questionnaire sur la disponibilité des structures ou services indiqués (voir Annexe 7 pour questionnaire).

Tableau 4 : Disponibilité des indicateurs par site d'implémentation

Site d'implémentation	HUG		USZ		Mendrisio	
N total séjours	262'317		380'972*		61'595	
Stationnaire	49'820	(19.0%)	40'667	(10.7%)	5'801	(9.4%)
Ambulatoire	212'497	(81.0%)	340'305	(89.3%)	55'794	(90.6%)
<b>Indicateurs Stationnaire***</b>	Disp.**	Inform.**	Disp.**	Inform.**	Disp.**	Inform.**
Satisfaction	Oui	17.1%	Oui	6.2%****	ANQ*****	4.5%
Traduction	Non	0%	Oui	100%	Non	0%
Délai	Oui	100%	Oui	100%	Oui	72.0%
<b>Indicateurs Ambulatoire***</b>						
Satisfaction	Oui	3.0%	Oui	6.1%****	Non	0%
Traduction	Non	0%	Oui	100%	Non	0%
<b>Critères de vulnérabilité***</b>						
Genre	(M/F/I)	100%	(M/F/I)	100%	(M/F)	100%
Migration	Oui	89.0%	Oui	98.2%	Oui	78.4%
Allophone	Oui	86.7%	Oui	99.9%	Oui	8.8%
Age	Oui	100%	Oui	100%	Oui	100%
Sans domicile fixe	Oui	100%	Non	0%	Non	0%
<b>Indicateurs de structure***</b>						
Documents	Oui		Oui		Oui	
Interprètes	Oui		Oui		Oui	
Langue des signes	Oui		Oui		Oui	
Culturel	Oui		Oui		Oui	
Sans-papiers	Oui		Oui		Oui	
Migration	Oui		Oui		Oui	

\* Les patients partiellement stationnaires ne sont pas inclus dans le total des patients de l'USZ

\*\* Disp. = disponibilité ; Inform.= information

\*\*\* Les indicateurs et critères de vulnérabilité sont présentés via leurs titres raccourcis. Les dénominations complètes et les définitions sont disponibles dans l'annexe 6 : Fiches-indicateurs, page : Vue globale des indicateurs

\*\*\*\* Le questionnaire de satisfaction n'est disponible qu'en allemand.

\*\*\*\*\* ANQ : Données non récoltées dans l'institution elle-même mais participation à la récolte par et selon le calendrier de l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

Ce test d'implémentation a permis de vérifier si la récolte concrète des variables nécessaires à la construction des indicateurs était possible. Il a amené à quelques clarifications des fiches-indicateurs. Globalement, les données pour construire les indicateurs stationnaires sont plus facilement disponibles que celles nécessaires pour construire les indicateurs ambulatoires. Les hôpitaux universitaires de Genève ou de Zürich ont une meilleure disponibilité en moyenne

des indicateurs et des critères de vulnérabilité que l'hôpital de Mendrisio. Ceci est peut-être dû aux coûts et à la charge de travail liés à la récolte de données qui sont plus facilement soutenables par une grande structure qui a plus de ressources financières et humaines à disposition. Une autre explication potentielle de cette différence se trouve au niveau du contexte géographique et politique de Genève et de Zürich qui sont de fait plus confrontés à la question de l'interculturalité et du multiculturalisme et ont donc plus précocement collecté des données relatives à l'équité des soins.

Il est également intéressant de noter que la satisfaction des patient.e.s est parfois récoltée directement par les institutions concernées comme aux HUG et à l'USZ mais qu'elle est également récoltée au niveau national. L'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) récolte en effet depuis de nombreuses années des données sur la satisfaction des patient.e.s pour chaque institution de santé en Suisse sur des périodes de l'année. Cependant, les questionnaires de satisfaction de l'ANQ ne questionnent pas le patient sur des critères de vulnérabilité (par exemple sur leurs langues parlées) et ne permettent pas non plus l'établissement d'un lien avec les informations démographiques spécifiques au patient dans les systèmes d'information hospitaliers.

Les figures 5 et 6 représentent les résultats de disponibilité des données sous forme graphique. On y voit, pour chaque indicateur et critères de vulnérabilité, le pourcentage de données disponibles dans chaque institution. Pour les indicateurs (figure 5), on observe trois degrés de disponibilité des données nécessaires au sein de chaque institution :

1. Les indicateurs largement disponibles comme le « Délai de prise en charge » dans les trois institutions ou la « Traduction/ interprétariat » à l'USZ. Ces indicateurs sont basés sur des variables déjà récoltées en routine et sont donc faciles à mesurer.
2. Les indicateurs partiellement disponibles comme la « Satisfaction patients hospitalisés ou ambulatoires ». Toutefois, dû au taux de réponse relativement faible, ces indicateurs sont, dans la pratique, disponibles pour une minorité de patient.e.s.
3. Les indicateurs complètement indisponibles comme la « Traduction/interprétariat » pour les patient.e.s stationnaires ou ambulatoires aux HUG et à Mendrisio. A noter que la documentation de l'utilisation de traducteurs n'est pas disponible de façon structurée dans les dossiers des patient.e.s, mais que ces deux hôpitaux indiquent avoir accès à de nombreux interprètes.

## Disponibilité des indicateurs au sein des institutions

Pourcentage des séjours pour lesquels les données de l'indicateur sont disponibles

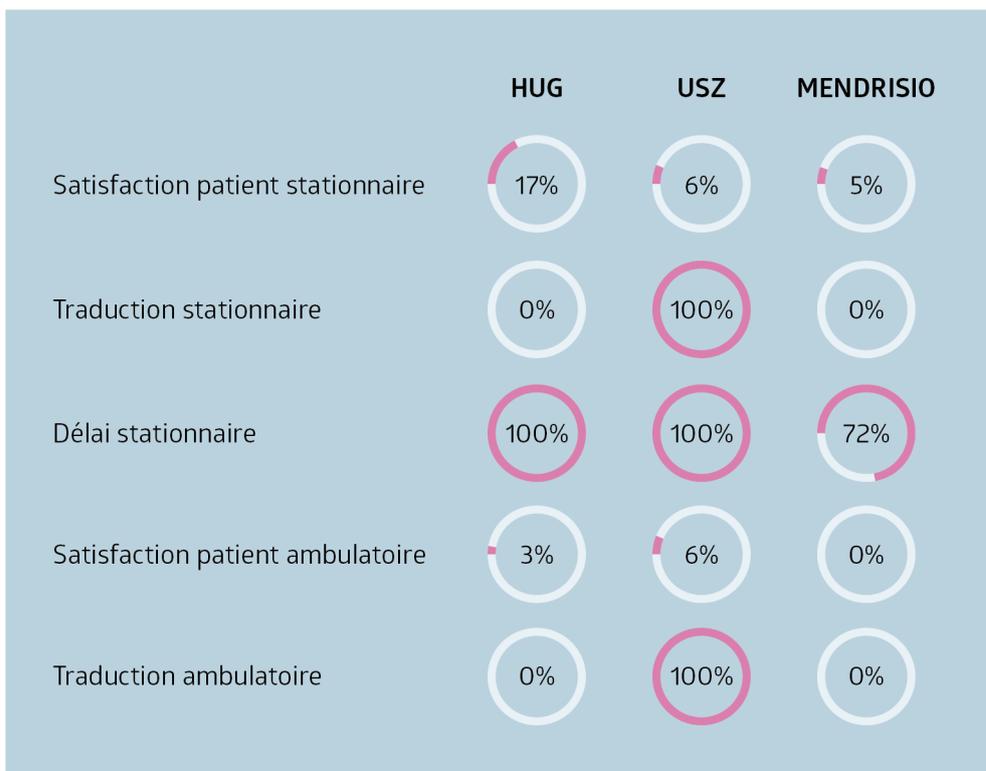


Figure 5 : Disponibilité des indicateurs au sein des institutions

Pour ce qui est des critères de vulnérabilité (figure 6), l'âge et le genre sont toujours disponibles. Le statut migratoire n'est pas disponible directement. Il a donc été construit en utilisant la nationalité, le pays de résidence, le type d'assurance (assurance de base, semi-privée ou privée) et le type de permis de séjour. Cet indicateur de statut migratoire construit est également largement disponible. De manière intéressante, la langue parlée était indiquée aux HUG et à l'USZ mais beaucoup moins à l'Hôpital de Mendrisio. Enfin, le critère de vulnérabilité « Sans domicile fixe » est uniquement disponible aux HUG.

## Disponibilité des critères de vulnérabilité au sein des institutions

Pourcentage des séjours pour lesquels les données sont disponibles

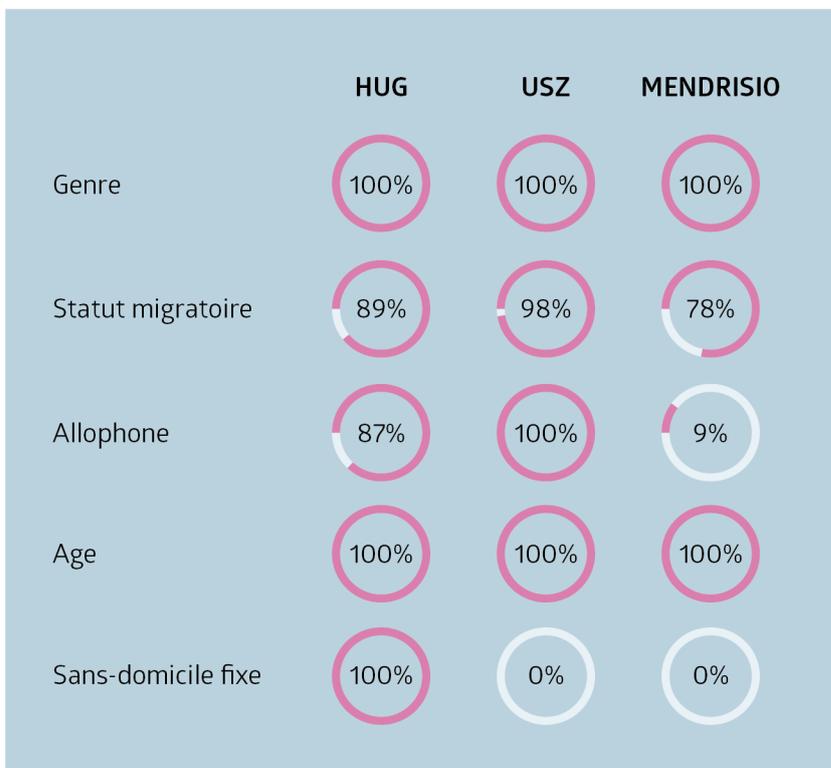


Figure 6 : Disponibilité des critères de vulnérabilité au sein des institutions

En plus de la disponibilité, la manière dont certains critères de vulnérabilité sont mesurés doit être prise en considération. Par exemple, le genre est très largement documenté via la variable sexe dans un format dichotomique (masculin/féminin) qui est très limitant par rapport au spectre de genre auxquels s'identifient les patient.e.s des communautés LGBTQIA+. Ainsi, avec ces données actuelles, il est impossible d'évaluer correctement le niveau d'équité en santé de ces populations. De manière similaire, le statut migratoire des populations n'existe pas en tant que variable enregistrée en routine, ce qui laisse les populations issues de la migration, et en particulier de la migration liée à l'asile, dans l'angle mort de l'évaluation des iniquités dans les soins.

Ces résultats sont prometteurs car ils mettent en lumière le fait que les établissements de soins désireux d'évaluer l'équité des soins pourront le faire notamment en identifiant parmi leurs variables enregistrées en routine celles qui pourraient servir à mesurer l'équité. Ils mettent également en valeur les données peu ou pas disponibles que les hôpitaux pourraient vouloir enregistrer pour évaluer l'équité. Les fiches-indicateurs produites servent ainsi une double fonction de mode d'emploi pour les indicateurs réalisables d'emblée et de pistes d'amélioration pour la mesure de l'équité dans les soins en Suisse, à l'attention de toutes les institutions de santé intéressées par l'équité des soins.

# Discussion

## Résumé des résultats

Un groupe national d'expert.e.s sur l'équité des soins a élaboré 11 indicateurs d'équité valides, faisables, offrant une bonne couverture patient et qui peuvent être utilisés pour piloter des projets d'amélioration de l'équité dans les soins (actionnables). Les indicateurs sont accompagnés de 5 critères de vulnérabilité, qui permettent de stratifier les indicateurs pour comparer des populations en situation de vulnérabilité à la patientèle générale, par exemple la satisfaction avec les soins entre les patient.e.s allophones et les patient.e.s dont la langue maternelle correspond à la langue locale. Les indicateurs ont été adaptés en fiches-indicateurs qui servent de mode d'emploi pour leur implémentation dans les structures de soins suisses. Une étude de faisabilité dans trois hôpitaux couvrant les régions linguistiques principales de la Suisse montre que 2 des 5 indicateurs mesurés au niveau du patient sont déjà implémentables à l'aide de données collectées en routine par les hôpitaux et l'ANQ. Les 6 indicateurs de structure peuvent être évalués en interrogeant les responsables qualité des institutions.

## Avis des associations et acteurs-clés du système de santé

Le présent rapport est le fruit d'un panel relativement large d'expert.e.s et d'un test pilote dans trois hôpitaux. Néanmoins, l'équité est un sujet très complexe ; les sensibilités et intérêts de tous les acteurs n'ont pas pu être tous représentés. C'est pourquoi ce rapport et les annexes détaillées des résultats ont été envoyés ou présentés à de nombreuses associations et institutions avant sa version définitive (pour la liste complète des associations et institutions, voir Annexe 8). Nous présentons ci-dessous leurs retours et commentaires principaux, ainsi que leurs suggestions pour continuer le projet.

Les 7 associations et institutions qui ont fourni un retour estiment que le rapport est compréhensible et facile à lire (moyenne (m) : 7.7/10) et répond à un besoin réel d'indicateurs d'équité des soins. Ils jugent majoritairement que, s'ils devaient être adoptés, les indicateurs auraient une assez bonne validité (m : 6.7/10), et couverture patient (m : 5.9/10) et permettraient une amélioration concrète de l'équité (1 tout à fait d'accord, 6 partiellement d'accord). Cependant, les retours sont plus pessimistes sur la facilité d'implémentation (m : 4.4/10). La plupart des répondants estiment qu'implémenter ces indicateurs nécessiterait une grande motivation de la part des hôpitaux et engendrerait des coûts élevés, deux facteurs qui seraient des freins substantiels à l'implémentation de ces indicateurs.

Les associations de défense des communautés LGBTQIA+ ont notamment apprécié que les questions de genre soient incluses dans les critères de vulnérabilité, mais elles regrettent que le rapport ne développe pas plus ces questions, en particulier sur la transidentité. Elles relèvent que la nature dichotomique de la variable genre n'est pas l'unique problème rencontré. Le caractère fixe dans le temps de la mesure du genre ou du sexe ne permet pas la reconnaissance du changement de genre des patient.e.s transgenres. Ils proposent l'adoption de deux variables, une variable « sexe assigné à la naissance » et une variable « genre » qui permettraient de différencier ces deux concepts. Certains acteurs concertés ont également regretté qu'aucun des critères de vulnérabilité sélectionnés ne concerne le statut socio-économique. Des acteurs dans le domaine de la santé mentale ont regretté l'absence d'un critère de vulnérabilité permettant d'identifier les patient.e.s souffrant de pathologies psychiatriques. Enfin, un retour d'une

association dans les soins infirmiers remarque que le groupe d'expert.e.s aurait gagné en représentativité en incluant des expert.e.s en soins infirmiers.

## **Limitations du projet pilote**

Les résultats de ce projet pilote donnent un aperçu de la disponibilité des données dont les valeurs des indicateurs peuvent être extraites, mais ils doivent être interprétés avec prudence. Ce pilote se concentre sur la disponibilité des données mais n'a pas évalué la qualité des données disponibles. Certains de nos experts qui ont travaillé au niveau clinique dans les hôpitaux du projet pilote nous indiquent par exemple que la qualité de la variable allophone est moindre. En effet, la langue locale est souvent choisie par défaut lorsque le patient ne parle pas d'autre langue nationale. Cela entraîne un biais de classification et devrait impacter la qualité des analyses d'équité produites par ces indicateurs. De la même manière, les indicateurs de structure comme l'existence d'un service d'interprétariat sont peu informatifs sans la présence d'indicateurs de résultat. Par exemple, certains services de traduction et interprétariat sont rarement proposés aux patient.e.s parce que les frais de ces services doivent être pris en charge par l'hôpital. Ce pilote a donc pour but de démontrer la disponibilité des données, mais des analyses sur la qualité des données ainsi que sur le niveau d'équité concret des hôpitaux étudiés doivent être menées.

## **Implications politiques et pistes d'amélioration**

Une première étape du monitoring de l'équité est déjà faisable en se basant uniquement sur les données récoltées en routine par les hôpitaux suisses et l'ANQ. Il est donc possible d'encourager les hôpitaux à se servir de ces indicateurs afin de permettre la comparaison et le benchmarking entre hôpitaux, la mise en lumière des stratégies efficaces pour améliorer l'équité et les points qui pourraient bénéficier de plus d'investissement. Des infrastructures comme SPHN (Swiss Personalized Health Network) (43) peuvent permettre d'évaluer les indicateurs d'équité via les données partagées de manière dé-identifiée au niveau suisse. Cela permettrait de centraliser le travail et d'éviter que les petits hôpitaux aient trop de charge de travail pour fournir les indicateurs régulièrement. Certaines institutions comme l'USZ démontrent déjà une meilleure récolte d'indicateurs en routine. D'autres comme les HUG ou Mendrisio montrent une moins bonne couverture des données nécessaires à la mesure des indicateurs.

Certaines variables permettant d'évaluer des populations en situation de vulnérabilité ne sont pas mesurées. Par exemple, les données de satisfaction des patient.e.s de l'ANQ sont anonymes et ne permettent donc pas la construction d'indicateurs d'équité stratifiés sur des groupes à risque, car elles ne fournissent pas d'informations sur les patient.e.s. Afin d'y remédier, il faudrait soit récolter la satisfaction des patient.e.s dans chaque institution avec le risque d'un manque de standardisation dû à des choix variés de questionnaires de satisfaction, soit modifier le mode de récolte de la satisfaction par l'ANQ afin de permettre un lien entre les données de satisfaction et les données personnelles des patient.e.s. D'autres exemples sont le statut de « sans-domicile fixe » qui est souvent manquant ou le genre qui est toujours enregistré sous forme dichotomique loin de la réalité du spectre de genre auquel s'identifient les patient.e.s LGBTQIA+. De plus, la variable genre représente souvent le sexe assigné à la naissance et non le genre à un moment donné auquel les patient.e.s s'identifient. Ce manque d'information pourrait être comblé par une augmentation de l'enregistrement des variables liées aux patient.e.s mais qui ne sont pas des données médicales. Une piste pourrait consister à ouvrir un débat avec les populations exposées à des risques d'iniquités afin de mieux

comprendre où se situe la limite entre leur vie privée et l'enregistrement d'informations en vue d'évaluer d'éventuelles iniquités.

Une fois les indicateurs opérationnalisés dans les hôpitaux, il serait possible de mettre en valeur les institutions avec une meilleure équité sur certains indicateurs. Des recherches sur la qualité des données et les situations d'équité concrètes inter-hospitalières seraient alors nécessaires pour mieux comprendre les facteurs facilitant leur succès et offriraient des pistes d'améliorations aux autres institutions suisses de santé.

Ce projet a suscité un réel intérêt de la part du milieu de la recherche en matière d'équité des soins, ce qui est encourageant pour le futur de l'équité et de la qualité des soins en Suisse. Pour l'équipe de recherche, l'élan actuel devrait encourager tous les acteurs du milieu à évaluer l'équité en se servant de ces indicateurs nouvellement développés.

En conclusion, ce projet illustre la faisabilité immédiate de mesurer l'équité des soins en Suisse mais soulève également les points qu'il faudrait approfondir afin d'atteindre une meilleure connaissance des iniquités en contexte clinique :

- La satisfaction patient récoltée par l'ANQ n'est pour l'heure pas stratifiable sur des critères de vulnérabilité
- Certaines données patients comme le genre défini sur un spectre ou le statut de sans-domicile fixe ne sont pas récoltés et les iniquités liées à ces critères de vulnérabilité sont donc invisibles.
- La disponibilité des données pour construire les indicateurs ne reflète ni l'équité réelle ni la qualité des données notamment pour la langue parlée.
- Cette première liste d'indicateurs ne reflète qu'une petite partie de l'équité. Il faudra certainement étendre cette liste.

L'entièreté du matériel produit est disponible en libre accès : les fiches-indicateurs, la liste complète des indicateurs et critères de vulnérabilité et leur évaluation, les thèmes non retenus. Nous espérons ainsi faciliter la réalisation de tous les projets de mesure ou d'amélioration de l'équité et construire ensemble un système de soin plus équitable et donc plus qualitatif pour la Suisse.

## Liste des Annexes :

- Annexe 1 : Stratégie de recherche pour la revue de littérature
- Annexe 2 : Brochure pour le recrutement des expert.e.s
- Annexe 3 : Ensemble des questionnaires REDCap utilisés pour les phases de vote
- Annexe 4 : Liste de tous les indicateurs et critères de vulnérabilité proposés
- Annexe 5 : Thèmes proposés
- Annexe 6 : Fiches-indicateurs
- Annexe 7 : Questionnaire des indicateurs de structure
- Annexe 8 : Liste des partenaires contactés pour la préconsultation

# Bibliographie

1. World Health Organization website. Fact sheet: Quality health services [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2006 Apr;19(2):103–18.
3. Culbert J. Health Equity: Prioritization, Perception, and Progress. *Inst Healthc Improv.* 2021;IHI 2021 Pulse Report.
4. OECD Study on Measuring Equity of Access to Health Care - OECD [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/oecdstudyonmeasuringequityofaccesstohealthcare.htm>
5. World Health Organization website. Quality of healthcare infographic [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: [https://www.who.int/images/default-source/infographics/quality-of-care/equity.png?sfvrsn=da343895\\_1](https://www.who.int/images/default-source/infographics/quality-of-care/equity.png?sfvrsn=da343895_1)
6. World Health Organization website. Health topic: Equity [Internet]. World Health Organization website. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
7. Weber D. Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Promotion Santé Suisse (PSCH) Office fédéral de la santé publique (OFSP) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS); 2020.
8. Davidson C, Denning S, Cains C, Belfort MA, Gandhi M. 20 Examining the effect of quality initiatives on decreasing racial disparities in maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Feb 1;224(2):S14.
9. Lay B, Lauber C, Nordt C, Rössler W. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Mar;41(3):199–207.
10. Braun AL, Kässner A, Syrogiannouli L, Selby K, Bulliard JL, Martin Y, et al. Association between colorectal cancer testing and insurance type: Evidence from the Swiss Health Interview Survey 2012. *Prev Med Rep.* 2020 Sep;19:101111.
11. Choi ES, Wiseman T, Betihavas V. Biomedical, Socioeconomic and Demographic Predictors of Heart Failure Readmissions: A Systematic Review. *Heart Lung Circ.* 2021 Jun;30(6):817–36.
12. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19–31.
13. Hart JT. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet.* 1971 Feb 27;297(7696):405–12.
14. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet Lond Engl.* 2021 Feb 27;397(10276):828–38.
15. Sandoval JL, Theler JM, Cullati S, Bouchardy C, Manor O, Gaspoz JM, et al. Introduction of an organised programme and social inequalities in mammography screening: A 22-year population-based study in Geneva, Switzerland. *Prev Med.* 2017 Oct;103:49–55.

16. Burton-Jeangros C, Cullati S, Manor O, Courvoisier DS, Bouchardy C, Guessous I. Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992-2012) in social inequalities. *Eur J Public Health*. 2017 Feb 1;27(1):167–73.
17. Jolidon V, De Prez V, Willems B, Bracke P, Cullati S, Burton-Jeangros C. Never and under cervical cancer screening in Switzerland and Belgium: trends and inequalities. *BMC Public Health*. 2020 Oct 7;20(1):1517.
18. Mühlberger N, Sroczynski G, Esteban E, Mittendorf T, Miksad RA, Siebert U. Cost-effectiveness of primarily human papillomavirus-based cervical cancer screening in settings with currently established Pap screening: a systematic review commissioned by the German Federal Ministry of Health. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):184–92.
19. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghatge S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1615–34.
20. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013 Jun 11;108(11):2205–40.
21. Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K, et al. Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*. 2021 Sep 1;6(9):e683–91.
22. Morisod K, Durand MA, Selby K, Le Pogam MA, Grazioli VS, Sanchis Zozaya J, et al. Asylum Seekers' Responses to Government COVID-19 Recommendations: A Cross-sectional Survey in a Swiss Canton. *J Immigr Minor Health*. 2022 Dec 12;1–10.
23. Morisod K, Grazioli VS, Schlüter V, Bochud M, Gonseth Nusslé S, D'Acremont V, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection and associated risk factors among asylum seekers living in asylum centres: A cross-sectional serologic study in Canton of Vaud, Switzerland. *J Migr Health*. 2023;7:100175.
24. Solar O, Valentine N, Castedo A, Brandt GS, Sathyandran J, Ahmed Z, et al. Action on the social determinants for advancing health equity in the time of COVID-19: perspectives of actors engaged in a WHO Special Initiative. *Int J Equity Health*. 2023 Jan 24;21(3):193.
25. Mongin D, Cullati S, Kelly-Irving M, Rosselet M, Regard S, Courvoisier DS, et al. Neighbourhood socio-economic vulnerability and access to COVID-19 healthcare during the first two waves of the pandemic in Geneva, Switzerland: A gender perspective. *EClinicalMedicine*. 2022 Apr;46:101352.
26. Yi H, Ng ST, Farwin A, Pei Ting Low A, Chang CM, Lim J. Health equity considerations in COVID-19: geospatial network analysis of the COVID-19 outbreak in the migrant population in Singapore. *J Travel Med*. 2021 23;28(2).
27. Genovese E, Page KR, Cailhol J, Jackson Y. Learning from the COVID-19 pandemic response to strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: case studies from four countries. *Lancet Reg Health - Eur*. 2023 Feb 28;100601.
28. BMJ. Neglect of low-income migrants in covid-19 response [Internet]. *The BMJ*. 2020 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/29/neglect-of-low-income-migrants-in-covid-19-response/>
29. Vincent C, Staines A. Enhancing the quality and safety of swiss healthcare. Federal Office of Public Health on quality and safety of healthcare in Switzerland; 2019 Jun.

30. Chiolero A, Cullati S, Tancredi S, Méan M, Rodondi N, Raileanu LE, et al. De la pratique fondée sur les preuves à l'amélioration de la qualité pour des soins de haute valeur centrés sur le patient. *Rev Med Suisse*. 2022 Jul 13;790:1402–5.
31. Chiolero A, Buckeridge D, Cullati S. Renforcer la culture de la surveillance sanitaire et du monitoring de la santé des populations. *Rev Med Suisse*. 2021 Mar 17;730:534–7.
32. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001 Nov 1;53(9):1149–62.
33. Sivashanker K, Duong T, Resnick A, Eappen S. Health Care Equity: From Fragmentation to Transformation. *Catal Non-Issue Content [Internet]*. 2020 Sep [cited 2023 May 19];1(5). Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0414>
34. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743–8.
35. Lorini C, Porchia BR, Pieralli F, Bonaccorsi G. Process, structural, and outcome quality indicators of nutritional care in nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 26;18(1):43.
36. Panczak R, Galobardes B, Voorpostel M, Spoerri A, Zwahlen M, Egger M. A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: development and association with mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Dec;66(12):1129–36.
37. Kounev S, Lange KD, Kistowski J von. Standardization. In: Kounev S, Lange KD, von Kistowski J, editors. *Systems Benchmarking: For Scientists and Engineers [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2021 Nov 25]. p. 203–27. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41705-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41705-5_9)
38. Spycher J, Morisod K, Egli Y, Moschetti K, Le Pogam MA, Peytremmann-Bridevaux I, et al. Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. *New Evidence and Challenges. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP*. 2021.
39. Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res*. 2017 Nov 29;17(1):789.
40. Zumbunn A, Bachmann N, Bayer-Oglesby L, Joerg R, SIHOS Team. Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PloS One*. 2022;17(9):e0273342.
41. Buser S, Gessler N, Gmuender M, Feuz U, Jachmann A, Fayyaz J, et al. The use of intercultural interpreter services at a pediatric emergency department in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 17;22(1):1365.
42. Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T, Durieux-Paillard S. A 'migrant friendly hospital' initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PloS One*. 2014;9(9):e106758.
43. SPHN - Swiss Personalized Health Network (SPHN) [Internet]. SPHN. [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://sphn.ch/>