



HAL
open science

L'équité des soins primaires et sa place dans l'évaluation de la qualité des soins, vues par un panel de médecins généralistes Européens

Dorothee Mollard-Rambaud

► To cite this version:

Dorothee Mollard-Rambaud. L'équité des soins primaires et sa place dans l'évaluation de la qualité des soins, vues par un panel de médecins généralistes Européens . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01652719

HAL Id: dumas-01652719

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01652719>

Submitted on 30 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 238

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

L'équité des soins primaires et sa place dans l'évaluation de la qualité
des soins, vues par un panel de médecins généralistes Européens

Présentée et soutenue publiquement
le 27 octobre 2016

Par

Dorothee MOLLARD-RAMBAUD

Née le 14 janvier 1975 à Tassin La Demi-Lune (69)

Dirigée par M. Le Professeur Hector Falcoff

Jury :

Mme Le Professeur Marie-France Mamzer-Bruneel..... Président

M. Le Professeur Pierre Lombrail

M. Le Docteur Laurent Rigal



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

A Pauline BENNA

A Grand-Papa

Tous les problèmes que les socialistes se proposaient, les visions cosmogoniques, la rêverie et le mysticisme écartés, peuvent être ramenés à deux problèmes principaux :

Premier problème : Produire la richesse.

Deuxième problème : La répartir.

Le premier problème contient la question du travail.

Le deuxième contient la question du salaire.

Dans le premier problème il s'agit de l'emploi des forces.

Dans le second de la distribution des jouissances.

Du bon emploi des forces résulte la puissance publique.

De la bonne distribution des jouissances résulte le bonheur individuel.

Par bonne distribution, il faut entendre non distribution égale, mais distribution équitable. La première égalité, c'est l'équité.

De ces deux choses combinées, puissance publique au dehors, bonheur individuel au dedans, résulte la prospérité sociale.

Prospérité sociale, cela veut dire l'homme heureux, le citoyen libre, la nation grande.

Les Misérables Tome IV (L'idylle rue Plumet et l'épopée rue St Denis), 1862

Victor HUGO

"Désormais, après toutes ces décennies de croissance, l'enjeu de l'économie, l'enjeu de la globalisation, c'est la justice sociale. Sans justice sociale, il n'y aura plus d'économie."

Discours de remise des diplômes HEC, 24 Juin 2016

Emmanuel FABER, DG du Groupe Danone

Remerciements

Au Professeur Marie-France Mamzer-Bruneel pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Professeur Pierre Lombrail, préoccupé comme nous le sommes par la question des Inégalités Sociales de Santé, pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury.

Au Docteur Laurent Rigal, pour avoir participé à la construction de ce projet, pour son accueil au cabinet Lahire et pour m'avoir fait le plaisir de participer à ce jury.

Au Professeur Hector FALCOFF, pour cette super équipe que nous avons formée depuis presque 4 ans, sur ce projet qui nous tenait tant à cœur. Pour m'avoir accueillie en SASPAS et m'avoir tant appris sur la relation thérapeutique.

Au Pr Sara Willems et au Dr Piet Vanden Bussche, pour leur participation efficace et leurs conseils avisés tout au long de ce projet. Un grand merci pour votre accueil à Lichtervelde.

A Jacqueline Falcoff, photographe et guide officielle lors de nos week-ends Européens en Belgique, au congrès de la WONCA à Lisbonne et à la réunion d'EQuIP à Zagreb, pour sa présence apaisante.

Au Dr Thomas Cartier pour sa formation sur LimeSurvey et la hotline réactive qu'il a assurée pour la première phase du questionnaire.

Au "Working Group Equity" du réseau EQuIP et à tous les délégués EQuIP pour leur participation enthousiaste à ce projet.

A tous mes "inspireurs" qui ont su partager l'amour de leur métier : le Dr Paul Grenot (†), le Pr Jacques Rambaud, le Dr Anne Rambaud et le Dr Anne Nuyttens-Mollard.

A mes "Copines de Danone" et en particulier à Claude Champagnat, pour leur amitié et leur soutien depuis les prémices de ce changement de vie.

A mes futures associées le Dr Marine Bled, le Dr Sophie Eyraud, le Dr Elise Sebillon et le Dr Claire de Truchis, pour leurs encouragements et pour leur BEST cabinet où il fait si bon travailler, discuter, s'entre-aider, pleurer et rigoler...

A mes co-externes et co-internes et en particulier à Virginie, Amélie et Jean-Benoît, Juliette et Marie, Marine, Pauline, Solène et Ngoc-Thu, Angèle, Lauriane...

A mes parents pour leur confiance et leur soutien inconditionnels, pour leur enthousiasme lors de mon changement de voie !

A Flore, Côme et Elliott, pour leur intérêt constant pour tout ce que j'apprenais, pour l'animation qu'ils assurent à la maison, chacun selon ses talents, et pour leur grande autonomie ! Pour répondre à votre question : oui, j'ai croisé des enfants "remarquables" au cours de mes stages, mais jamais d'aussi remarquables que vous trois.

A Dimitri, le plus cool des "drands" garçons, né 15 jours avant le lancement du questionnaire de la phase 1, et qui vient d'entrer à l'école maternelle.

A Mathieu pour sa virtuosité en matière de gestion des bases de données sans laquelle la phase 2 n'aurait pas vu le jour. Mais avant tout, un merci immense pour ta présence et tes encouragements constants depuis toujours et en particulier lors de ces 10 dernières années où nous avons décidé de changer de vie. A toi !

Table des Matières

Remerciements	4
Table des Matières	6
Acronymes	8
Introduction	9
I. Inégalités de santé	9
II. Inégalités sociales de santé ou inéquités de santé	10
III. Equité des soins	10
IV. Rôle des soins primaires pour combattre les inéquités de santé	11
V. L'équité des soins est une dimension de la qualité des soins	11
VI. Quelles incertitudes dans ce domaine ?	12
VII. Contexte et objectifs de notre étude	12
Méthode	14
I. Etude pilote : construction du questionnaire	14
II. Première phase	15
II.1. Participants	15
II.2. Questionnaire soumis aux délégués d'EquiP	15
II.3. Collecte des données	15
II.4. Analyse des données	15
III. Approfondissement lors des phases 2, 3 et 4	16
III.1. Participants et collecte des données	16
III.2. Questionnaire	16
III.3. Analyse des données	17
IV. Avis favorable du Comité de Protection des Personnes	17
Résultats	18
I. Participants	18
II. Résultats quantitatifs	21
III. Résultats qualitatifs	22
III.1. Qu'est-ce que l'équité des soins primaires ?	22
III.1.1. L'équité des soins définie par les participants	22
III.1.2. Quels sont les obstacles à l'équité des soins ?	24
III.2. Comment améliorer l'équité des soins primaires ?	27
III.2.1. L'amélioration de l'accès aux soins primaires	27
III.2.2. Le renforcement de la portée des soins primaires	28
III.2.3. Un soutien financier et humain	29
III.2.4. La formation initiale et continue	30

III.2.5. La démarche qualité	30
III.3. La place de l'équité dans l'évaluation de la qualité des soins	31
III.3.1. L'évaluation de la qualité des soins inclut-elle la dimension de l'équité ?	31
III.3.2. Quelles barrières, quels facilitateurs pour l'évaluation de l'équité des soins ?	32
Discussion	35
I. Synthèse des résultats.....	35
II. Forces et limites de l'étude	36
II.1. Les participants ne sont pas représentatifs des GP Européens.....	36
II.2. Des réponses de qualité variable entre les pays	36
II.3. Le biais des idées politiques des participants	37
II.4. La qualité des participants et la persévérance des investigateurs	37
III. Comparaison avec la littérature	38
III.1. L'absence de barrières financières à l'accès aux soins, une condition nécessaire et suffisante pour des soins primaires équitables ?	38
III.2. Les voies d'amélioration proposées sont-elles partagées ?	40
III.2.1. Adapter les modes de rémunération des médecins.....	40
III.2.2. Améliorer l'organisation des soins	41
III.2.3. Adopter les méthodes d'amélioration de la qualité.....	43
III.3. Pourquoi l'équité des soins est-elle très peu évaluée ?	44
III.3.1. Absence de définition et d'indicateurs consensuels d'équité des soins.....	44
III.3.2. Nécessité d'intégrer le statut socio-économique dans le dossier patient.....	45
Conclusion.....	46
Bibliographie	47
Annexe 1 : Article soumis au British Journal of General Practice	51
Annexe 2 : Avis du Comité de Protection des Personnes.....	63
Annexe 3 : Questionnaire délégués phase 1.....	64
Annexe 4 : Questionnaire phases 2 et 3	73

Acronymes

CMU-C	Couverture Maladie Universelle-Complémentaire
CPP	Comité de Protection des Personnes
DAK-E	Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed Unité de Développement de la Qualité en Médecine Générale au Danemark
EHIF	Estonian Health Insurance Fund
EHR	Electronic Health Record
EQiP	The European Society for Quality and Safety in Family Practice Société Européenne pour la Qualité et la Sécurité des Soins en Médecine Générale
GP	General Practitioner = médecin généraliste
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOM	Institute Of Medicine (renommé HMD Health and Medicine Division, U.S.A.)
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LGBT	Lesbiennes, Gays, Bi et Trans
NHS	National Health Service
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PC	Primary Care
PHC	Primary Health Care
QI	Quality Indicator / Quality Improvement
QUALICOPC	Quality and Costs of Primary Care in Europe
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians World Organisation of Family Medicine

Introduction

I. Inégalités de santé

Les enfants qui naissent actuellement peuvent espérer vivre plus de 80 ans au Japon ou en Italie, 74 ans au Brésil, 67 ans en Inde et 51 ans en Côte d'Ivoire.¹

En Espagne la mortalité infantile est de 3 enfants pour mille naissances contre 30 pour mille en Algérie.¹

En France en 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemne de toute incapacité ; un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacité. Non seulement les ouvriers meurent plus tôt mais ils vont également passer plus de leur plus courte vie avec des incapacités.²

En Belgique, l'espérance de vie à 30 ans des fumeurs est réduite de 8 ans par rapport aux non fumeurs.³

A Londres, dans le quartier favorisé de Kensington & Chelsea, l'espérance de vie d'un homme est de 88 ans ; elle chute à 71 ans, quelques kilomètres plus loin dans le quartier plus défavorisé de Tottenham Green.⁴

Les femmes porteuses d'une mutation du gène BRCA 1 ont 57% de risque de développer un cancer du sein contre 12 % dans la population générale.⁵

En Europe, l'espérance de vie à la naissance des femmes est supérieure à celle des hommes de 5 ans et demi. Entre les pays cette différence varie de 3,5 ans aux Pays Bas à 10,9 ans en Lituanie.⁶

Ces 7 observations sont des exemples d'inégalités de santé entre différents groupes de population. Les causes de ces inégalités de santé peuvent être d'origine génétique ou biologique, être le résultat de choix éclairés ou être la conséquence des déterminants sociaux de la santé.

Les variations génétiques entraînent des inégalités : les femmes porteuses d'une mutation du gène BRCA1 ont un risque accru de cancer du sein ou de l'ovaire. Les paramètres biologiques comme l'âge ou le sexe influencent l'état de santé : de nombreuses pathologies sont plus fréquentes chez les patients plus âgés, les hommes ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes. Ces différences d'origine biologique ou génétique sont malheureusement inévitables.

Les blessures consécutives à la pratique de sports à risque sont la conséquence de choix éclairés. La morbidité liée à la consommation de tabac peut également sembler être le résultat d'un choix éclairé. En Belgique, l'espérance de vie à 30 ans des hommes fumeurs est réduite de 8 ans par rapport aux non fumeurs. Or, entre 25 et 34 ans, les patients fumeurs représentent 10% des Belges les plus éduqués contre 41 % des Belges ayant le plus bas niveau d'éducation.⁶ Fumer est-il vraiment uniquement le résultat d'un choix éclairé ? Ou faut-il considérer les choix "éclairés" eux-mêmes comme socialement déterminés ?

II. Inégalités sociales de santé ou inéquités de santé

Pour la plus grande partie, ces inégalités de santé trouvent leur origine dans les déterminants sociaux de la santé i.e. les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.⁷ Plus la position sociale d'une personne est basse, moins bonne est sa santé. Les inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé sont non nécessaires, évitables ; elles sont ressenties comme injustes, on parle d'inéquités de santé.⁸ Par opposition on définit l'équité de santé comme l'absence de différences systématiques et potentiellement évitables d'état de santé entre populations ou sous-groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement.⁹ Les inéquités de santé ont été largement décrites en Europe, notamment dans les travaux du département de santé publique de l'université Erasmus de Rotterdam aux Pays-Bas, dirigé par le Pr Johan Mackenbach.¹⁰

En 1980 au Royaume Uni, le "Black Report" pointe déjà du doigt les inégalités de santé en fonction de la classe sociale. Un gradient social est observé pour toutes les causes de mortalité, en particulier pour les causes respiratoires. Les auteurs du rapport estiment que si le taux de mortalité des professions libérales (Classe I) était appliqué aux classes IV et V, regroupant les personnes occupant des emplois peu ou pas qualifiés, entre 1970 et 1972, 74 000 vies de personnes de moins de 75 ans auraient été épargnées, dont 10 000 enfants et 32 000 hommes en âge de travailler. Ils observent également que non seulement les inégalités de santé ne s'améliorent pas depuis la création du NHS (National Health System) en 1948, mais que certaines inégalités en fonction de la classe sociale augmentent.¹¹

III. Equité des soins

Le système de santé a un rôle à jouer pour réduire ces inéquités de santé. Les soins doivent donc être eux-mêmes équitables, ils ne doivent pas varier en fonction de la position socio-économique du patient, de son origine ethnique, de son sexe, de son orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques mais uniquement en fonction de ses besoins de soins. On parle d'équité des soins. Les soins ne doivent pas seulement être égaux pour des personnes présentant les mêmes besoins (équité horizontale des soins) mais ils doivent être intensifiés pour des personnes qui présentent des besoins plus importants (équité verticale des soins). Les besoins de soins recouvrent 4 domaines : (i) les besoins communément admis et définis dans les guides et recommandations de bonne pratique ; (ii) les besoins ressentis qui impliquent que les patients aient un certain niveau d'information sur la santé ; (iii) les besoins exprimés qui ne sont qu'une partie des besoins ressentis, ceux pour lesquels les patients ont eu recours au système de santé ; (iv) les besoins comparatifs par rapport aux autres groupes de population, ce qui est équivalent à l'équité horizontale des soins.¹²

L'équité des soins ne comprend pas seulement la dimension de l'accès aux soins. La deuxième dimension de l'équité des soins est l'équité de traitement (non au sens de "thérapeutique" mais plus globalement de "prise en charge") qui dépend de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins, dépendante des préférences, des perceptions et des préjugés à la fois du patient et du professionnel de santé. Enfin la troisième dimension est l'équité de résultats c'est-à-dire d'état de santé. L'équité de soins est donc la délivrance de soins proportionnée aux besoins, de façon à obtenir des résultats en terme d'état de santé les plus similaires possibles pour des groupes de patients de différents statuts socio-économiques. Il est toutefois important de garder à l'esprit que l'équité d'état de santé dépend certes en partie des soins reçus mais essentiellement des déterminants sociaux de la santé.¹³

Les soins se caractérisent malheureusement par leur particulière inéquité, comme le constatait déjà Julian Tudor Hart en 1971 dans son article du Lancet intitulé "The inverse care law" dans lequel il constate que la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité tend à varier inversement aux besoins de soins de la population qu'ils servent.¹⁴ L'inéquité des soins recouvre toute variation de soins observée entre groupes sociaux, démographiques ou économiques et qui n'est pas justifiée par une différence de besoins. Des inéquités se produisent à l'encontre des patients avec de faibles niveaux de revenus, de faibles connaissances en matière de santé, des patients handicapés ou appartenant à des minorités ethniques. Des inéquités sont également observées en fonction de l'âge, du sexe, de l'orientation sexuelle, du lieu de résidence...

IV. Rôle des soins primaires pour combattre les inéquités de santé

Pour Liam Smeeth en 2001, dans un éditorial du British Journal of General Practice, même si la lutte contre les inéquités de santé nécessite de combattre tous les déterminants sociaux de la santé, il est urgent pour les soins primaires de limiter le rôle que joue le système de santé dans l'aggravation des inéquités de santé. "We need to become part of the solution, not be part of the problem".¹⁵

Le rôle central des soins primaires pour combattre les inéquités avait déjà été mis en avant, 23 ans auparavant, dans la déclaration d'Alma Ata. Cette déclaration a été rédigée à l'issue de la conférence internationale sur les soins primaires organisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) en 1978, dans la capitale du Kazakhstan. Dans cette déclaration, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité (définition OMS, 1946). Un engagement est pris : atteindre pour tous les peuples du monde d'ici l'an 2000 un état de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins primaires sont identifiés comme le moyen qui doit permettre d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.¹⁶

Pour Barbara Starfield, nous avons des preuves provenant d'un grand nombre d'études, que l'existence de soins primaires de qualité est associée à la fois à un meilleur état de santé de la population, à un moindre coût des soins et à une plus grande équité d'état de santé.^{17,18} Pourtant, 30 ans après la déclaration d'Alma Ata, si les valeurs prônées dans cette déclaration restent vraies, l'objectif est loin d'être atteint.¹⁹ A nouveau en 2010, dans sa revue des inégalités de santé en Angleterre, Sir Michael Marmot considère que "réduire les inégalités de santé évitables par des moyens raisonnables est une question de justice sociale".⁴

V. L'équité des soins est une dimension de la qualité des soins

L'équité est par ailleurs considérée comme l'une des 6 dimensions essentielles de la qualité des soins définie par l'IOM (Institute Of Medicine) en 2001.²⁰ En plus d'être équitables, les soins doivent également être sûrs (safe), ciblés vers ceux qui peuvent en bénéficier (effective), centrés sur le patient, i.e. dans le respect de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs (patient centered), effectués dans des délais réduits (timely), avec le minimum de gaspillage des équipements, fournitures et énergies (efficient). Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour combattre les inéquités des soins est une stratégie particulièrement efficace selon Kevin Fiscella.²¹

VI. Quelles incertitudes dans ce domaine ?

Certes les inéquités de santé sont avant tout les conséquences des déterminants sociaux de la santé. Cependant, pour les chercheurs dans ce domaine, d'une part les soins primaires ont un rôle à jouer pour participer à la réduction des inéquités de santé en améliorant l'équité des soins qu'ils délivrent, d'autre part cet objectif doit s'appuyer sur l'application des méthodes d'amélioration de la qualité.

Si nous avons de nombreuses données (désastreuses) sur les inéquités de santé, de nombreuses questions demeurent concernant la gestion de l'équité des soins par les acteurs des systèmes de santé Européens. Au niveau Européen et dans chaque pays individuellement, l'équité des soins et ses dimensions d'accès, de traitement et de résultats en terme d'état de santé de la population sont-elles évaluées ? Cette évaluation fait-elle l'objet d'un suivi, d'une mise en place de recommandations, et aboutit-elle à une amélioration des résultats d'équité de santé ? Qui réalise cette évaluation, dans quel contexte, à quel niveau du système de soins ? Comment l'évaluation de l'équité des soins est-elle conduite ? Quels sont les indicateurs choisis ? Ces indicateurs couvrent-ils bien les 3 dimensions de l'équité des soins, accès, traitement et résultats ? Que dire des acteurs du système de santé et en particulier des médecins généralistes ? L'équité des soins est-elle une préoccupation dans leur pratique quotidienne ? Sont-ils conscients qu'ils peuvent éventuellement être eux-mêmes source d'inéquité de traitement ? Que connaissent-ils du statut socio-économique de leurs patients et quelles données recueillent-ils dans le dossier permettant de l'évaluer ? Quelles sont les actions mises en place au sein des cabinets pour éviter de contribuer à une aggravation des inéquités de santé et être acteur de progrès dans ce domaine ?

VII. Contexte et objectifs de notre étude

C'est sous l'impulsion du réseau EQuIP (The European Society for Quality and Safety in Family practice, Société Européenne pour la qualité et la sécurité des soins en médecine générale) et en particulier de H. Falcoff, animateur du groupe de travail équité d'EQuIP, que nous avons lancé cette étude pour répondre à une partie de nos interrogations.²²

EQuIP est un réseau de médecins généralistes formé en 1989 au sein de l'organisation WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).²³ WONCA Europe est elle-même une des 7 branches régionales de l'organisation WONCA World. Elle regroupe 47 associations nationales de médecins généralistes de 40 pays de la zone Europe. Pour la France, les organisations membres de WONCA Europe sont le Collège de la Médecine Générale et la Société Française de Médecine Générale. 24 pays membres de WONCA Europe sont représentés au sein d'EQuIP. Les membres d'EQuIP, appelés "délégués nationaux", ont été désignés par leurs collèges nationaux pour les représenter. L'objectif principal de ce réseau est de promouvoir et d'échanger des connaissances sur le développement de la qualité et de la sécurité des soins en médecine générale. A ce titre, EQuIP a organisé sa conférence annuelle en Avril 2013 sur le thème de l'équité des soins en tant que dimension de la qualité. Notre travail a été lancé en préparation de la conférence et s'est poursuivi au delà.

Le premier objectif de l'étude est d'évaluer l'expérience et la perception que les délégués EQuIP, médecins généralistes spécialistes de la qualité des soins, ont de l'équité des soins. Rencontrent-ils des difficultés ? Lesquelles ? Comment imaginent-ils que l'on pourrait améliorer l'équité des soins ? Le deuxième objectif poursuivi dans cette étude est d'évaluer dans quelle mesure et de quelle façon l'équité est prise en compte dans les actions d'évaluation de la qualité des soins, à différents niveaux des systèmes de santé Européens. Cette

partie de l'étude fait l'objet d'un article scientifique soumis le 12 Août 2016 au British Journal of General Practice [Annexe 1 : Article soumis au British Journal of General Practice].

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mis en place une étude qualitative réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne, adressé aux délégués EQuiP. Nous avons travaillé en lien étroit avec une équipe de chercheurs de l'université de Ghent en Belgique : le Pr Sara Willems (SW) dont le thème principal de recherche est l'inéquité des soins et le Dr Piet Vanden Bussche (PvB), médecin généraliste, délégué puis président d'EQuiP depuis Octobre 2015. Cette étude et les travaux du groupe de travail équité doivent aboutir à l'écriture d'une déclaration d'EQuiP ("statement") sur l'équité des soins.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant un questionnaire auto-administré en ligne, adressé aux délégués d'EQuiP et à des informateurs clés. La collecte des données a été organisée en 4 phases consécutives ; chaque phase permettant d'affiner les résultats de la phase précédente. Entre deux phases, les données ont été analysées et présentées aux participants. La première phase a eu lieu entre Janvier et Avril 2013. Les 3 phases suivantes ont eu lieu entre septembre 2013 et Mai 2014.

Une étude pilote menée au premier trimestre 2013 pour construire le questionnaire a précédé cette étude.

I. Etude pilote : construction du questionnaire

Nous avons rédigé un projet de questionnaire que nous avons soumis à un panel d'experts français et internationaux dans le domaine des inégalités de santé.

Ce projet de questionnaire comportait 14 questions regroupées en 5 thèmes.

1. L'équité est-elle prise en compte dans les politiques nationales de santé, dans l'organisation des soins et dans la pratique quotidienne ?
2. L'équité est-elle prise en compte en tant que paramètre de la qualité des soins ?
3. Comment améliorer l'équité des soins ?
4. Existe-il des ressources bibliographiques, littérature grise, guides de bonne pratique... concernant l'équité des soins ?
5. Pourquoi et comment aborder de thème de l'équité des soins au sein d'EQuiP ?

Les experts ont été interrogés sur la qualité et la pertinence des questions et des catégories de réponses, pour répondre à l'objectif de l'étude. Au total, nous avons recueilli l'avis de 12 experts travaillant sur le thème des inégalités de santé.

- Yann BOURGUEIL, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), France.
- Thomas CARTIER, IRDES, Université Paris XIII Bobigny, France.
- Sophia CHATELARD, Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, Suisse.
- Isabelle DUPIE, Université Paris V René Descartes, France.
- Kevin FISCELLA, Université de Rochester, Etats-Unis.
- John FURLER, Université de Melbourne, Australie.
- Maria GODDARD, Université de York, Royaume Uni.
- Florence JUSOT, IRDES, France.
- Christos LIONIS, Université de Crète, Grèce.
- Jan de MAESENEER, Université de Ghent, Belgique.
- Virginie RINGA, INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), France.
- Marianne SAMUELSON, Université de Caen-Basse Normandie, France.

Une nouvelle version du questionnaire intégrant les remarques des experts a été rédigée.

II. Première phase

II.1. Participants

Les données ont été collectées auprès des délégués d'EQuiP. Ces délégués représentent les collèges nationaux de médecine générale de 24 pays membres de WONCA Europe : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Macédoine, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse, Turquie.

Chaque pays est représenté par un, deux, voire trois délégués. A l'exception du délégué de la République de Macédoine, tous les délégués sont médecins généralistes. Ils peuvent être considérés comme des experts dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins primaires dans leur pays.

II.2. Questionnaire soumis aux délégués d'EQuiP

Après analyse et intégration des commentaires des experts nous avons rédigé une version définitive du questionnaire des délégués [Annexe 3 : Questionnaire délégués phase 1]. Le questionnaire définitif est composé de 15 questions à la fois ouvertes et fermées explorant 4 thèmes.

1. Quelle est la place de l'équité des soins dans l'organisation du système de santé et dans l'organisation des soins en médecine générale ?
2. L'équité est-elle prise en compte dans l'évaluation de la qualité des soins ?
3. Comment améliorer l'équité des soins ?
4. Pourquoi et comment aborder de thème de l'équité des soins au sein d'EQuiP ?

Il se termine par 5 questions visant à caractériser le délégué (sexe, âge, activité principale) et sa pratique (en ville, à l'hôpital, dans une maison de santé...).

II.3. Collecte des données

Tous les questionnaires de cette étude, phase pilote et trois premières phases de collecte des données, ont été implémentés sur LimeSurvey, un logiciel "open source" gratuit, permettant de réaliser des enquêtes en ligne.²⁴ Les délégués ont été invités par e-mail le 26 Février 2013 à répondre à notre questionnaire en ligne, dans un délai de 30 jours. De nombreux rappels ont été envoyés aux non répondants. Le questionnaire est resté actif jusqu'au 28 Mars 2013. Etant donnée la longueur du questionnaire et les incitations à insérer dans leurs réponses de nombreux exemples, citations, références bibliographiques, les délégués avaient la possibilité de sauvegarder leurs réponses pour continuer plus tard.

II.4. Analyse des données

La méthode de la description qualitative a été choisie pour analyser les réponses aux questions ouvertes. Selon cette méthode, une analyse de contenu qualitative utilisant un système de codage modifiable et non pas préexistant a été utilisée pour exploiter le verbatim. La méthode de la description qualitative consiste à résumer les informations contenues dans les données avec un faible niveau d'interprétation de façon à rester le plus proche possible des expériences relatées par les participants.^{25,26,27}

Après la clôture du questionnaire, les investigateurs ont relu plusieurs fois les réponses aux questions ouvertes et analysé les données en utilisant la méthode de l'analyse de contenu. Pour des raisons pratiques, plusieurs réunions de mise en commun des données ont eu lieu entre les investigateurs Français (HF et DR) d'une part et Belges (SW et PvB) d'autre part. Puis une réunion finale de toute l'équipe a été organisée afin de comparer les résultats. En cas de divergence dans l'interprétation des résultats d'un binôme à l'autre, les investigateurs ont discuté afin de parvenir à un consensus.

En ce qui concerne les questions fermées, l'analyse a uniquement consisté à décrire la fréquence de chaque réponse. Une analyse statistique n'aurait pas eu de sens sur un si faible échantillon.

Les résultats préliminaires de la première phase de l'étude ont été présentés le 5 avril 2013 à Paris lors de la conférence publique d'EQuiP sur le thème de l'équité, à laquelle la plupart des délégués ont participé. A l'issue de cette présentation, de nombreux délégués ont manifesté leur intérêt pour le thème étudié. Il a été décidé de poursuivre l'étude afin d'affiner les données.

III. Approfondissement lors des phases 2, 3 et 4

III.1. Participants et collecte des données

Pour affiner les résultats, une seconde phase de collecte des données a été organisée. Au cours de cette 2^{ème} phase, tous les délégués, qu'ils aient participé ou non à la phase 1, ont reçu une nouvelle invitation à participer à l'enquête. Le questionnaire en ligne auquel ils ont pu se connecter était pré-rempli avec leurs précédentes réponses. Pour chaque question, les délégués avaient la possibilité de confirmer leur réponse ou de la modifier en apportant des corrections ou des informations complémentaires. Les délégués qui n'avaient pas participé à la première phase et les nouveaux délégués nationaux ont reçu un questionnaire vierge.

Une mise à jour des résultats de l'enquête incluant les données apportées lors de la phase 2 a été présentée en Novembre 2013 lors de la réunion d'Automne d'EQuiP à Bologne en Italie. Certains délégués ont expliqué qu'ils n'avaient pas l'expertise nécessaire pour fournir des informations plus détaillées. Ils ont alors été encouragés à fournir les coordonnées d'informateurs clés dans leur pays qui seraient susceptibles d'apporter l'information manquante. Ces informateurs clés sont des personnes extérieures au réseau EQuiP, identifiées par les délégués dans leur propre pays et choisis pour leur expertise ou leur intérêt particulier pour le sujet des inégalités sociales de santé. Par conséquent, en janvier 2014, le questionnaire vierge a été envoyé aux informateurs clés (Phase 3).

Lors des phases suivantes d'analyse des données, des points nécessitant des clarifications ont été identifiés. Nous avons profité de la réunion de printemps d'EQuiP en Mai 2014 à Ljubljana en Slovénie pour interviewer les délégués sur certaines réponses qu'ils avaient données lors des phases précédentes et qui nécessitaient des éclaircissements. Les délégués absents à Ljubljana ont été interrogés par e-mail (Phase 4).

III.2. Questionnaire

A partir de la phase 2, le questionnaire a été enrichi par des exemples et des définitions de termes, dans le but d'améliorer la compréhension des questions. Les 15 questions ont été conservées, mais leur ordre a été modifié pour simplifier les grandes parties et rendre la progression plus lisible pour les participants [Annexe 4 : Questionnaire phases 2 et 3].

L'organisation des questions ne comportait plus que 3 parties.

1. Existe-t-il dans votre pays un problème d'équité des soins ? L'équité des soins fait-elle partie de l'évaluation de la qualité des soins ?
2. Y a-t-il des améliorations possibles de l'équité des soins primaires ?
3. Pourquoi et comment aborder le thème de l'équité des soins au sein d'EQuiP ?

III.3. Analyse des données

L'analyse des données additionnelles obtenues lors des phases 2, 3 et 4 a été réalisée selon la même méthode que lors de la phase 1. Nous avons appliqué la démarche de la méthode de description qualitative.

Lors de la réalisation des 4 phases de l'étude, nous avons été guidés par la volonté d'obtenir les informations les plus précises et complètes possibles.

Dans cette étude, nous avons choisi d'analyser les données et de présenter les résultats en prenant en compte l'ensemble des réponses obtenues, qu'elles émanent des délégués d'EQuiP ou des informateurs clés qu'ils ont désignés.

IV. Avis favorable du Comité de Protection des Personnes

L'étude a obtenu un avis éthique favorable de la part des membres du CPP Ile de France II, présidé par le Pr Marie-France MAMZER-BRUNEEL lors de la réunion du 4 Novembre 2013 [Annexe 2 : Avis du Comité de Protection des Personnes].

Résultats

I. Participants

Le nombre de participants à chaque phase de l'étude est synthétisé dans la Figure 1.

Lors des phases 1 et 2, le questionnaire a été adressé à 44 délégués. 3 délégués ont rejoint EQuIP pendant la conférence de Paris en Avril 2013 et ont donc participé uniquement aux phases 2 et suivantes. 39 des 44 délégués ont participé à l'étude soit 89% de réponses. 5 délégués n'ont pas répondu malgré les nombreuses relances. Chacun des 24 pays est représenté par la réponse d'au moins un délégué.

Lors de la phase 3, le questionnaire a été adressé à 19 informateurs clés de 9 pays différents. 9 d'entre eux, représentant 6 pays (Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Portugal et Suisse) ont complété le questionnaire, permettant ainsi d'enrichir les données apportées par les délégués.

Pour 23 délégués, nous avons identifié un besoin d'éclaircissements pour certaines réponses. Nous avons obtenu ces réponses pour 16 d'entre eux qui ont été interrogés soit en face à face par HF ou PvB lors de la conférence de printemps d'EQuIP qui s'est tenue à Ljubljana (Slovénie) en Mai 2014, soit par e-mail lorsque les délégués n'étaient pas présents à Ljubljana.

Le détail du nombre de participants, délégués et informateurs clés, par pays est présenté dans le Tableau 1.

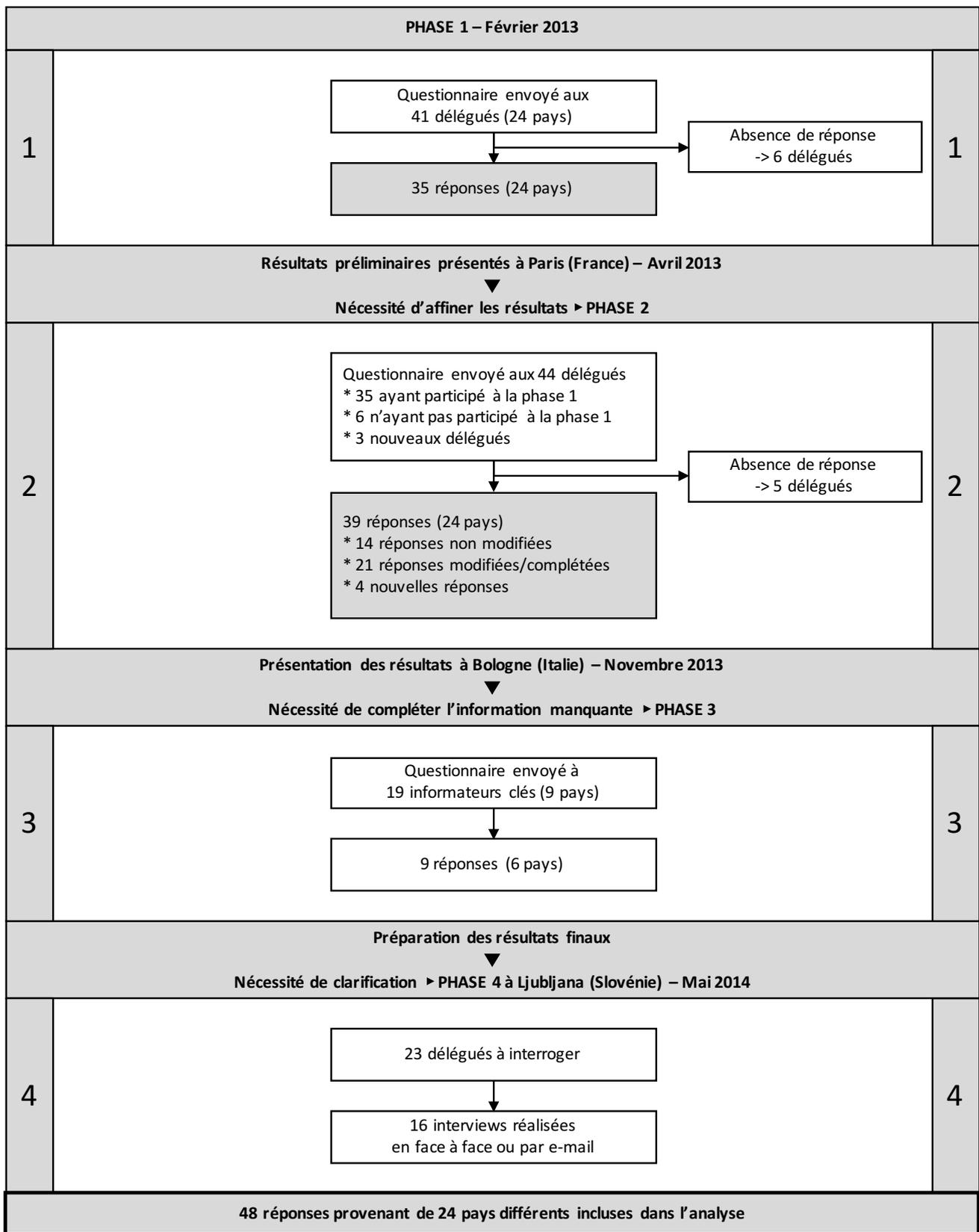


Figure 1 : Flow Chart

	Pays	Délégués EQuiP Phases 1 & 2		Informateurs clés	
		Nombre de délégués	Nombre de réponses	Nombre de contacts	Nombre de réponses
1	Allemagne	2	2	2	0
2	Autriche	2	2	-	-
3	Belgique	2	1	3	2
4	Croatie	4	3	-	-
5	Danemark	2	2	1	1
6	Espagne	1	1	2	2
7	Estonie	2	2	-	-
8	Finlande	2	2	2	2
9	France	3	3	-	-
10	Grèce	1	1	-	-
11	Irlande	1	1	-	-
12	Israël	1	1	-	-
13	Italie	2	2	-	-
14	Norvège	2	2	-	-
15	Pays Bas	3	2	-	-
16	Pologne	2	2	-	-
17	Portugal	1	1	4	1
18	République de Macédoine	1	1	-	-
19	République Tchèque	2	2	-	-
20	Royaume Uni	1	1	-	-
21	Slovénie	2	2	2	0
22	Suède	2	1	1	0
23	Suisse	1	1	2	1
24	Turquie	2	1	-	-
	Total	44	39	19	9

Tableau 1 : Nombre de délégués et d'informateurs clés interrogés et nombre de réponses obtenues par pays.

II. Résultats quantitatifs

Country	Nb of participants	Are primary care workers in your country confronted with organisational and structural barriers to practice equitably in their day-to-day delivery of care?	Is equity taken into consideration in assessments of the quality of the primary health care system in your country?	Is there information on the socio-economic status that is systematically collected in the patients records in primary health care in your country?	Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the level of the health care system in your country?	Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the practice level in your country?	
Austria	2	NN	YN	YN	NN	YN	YY
Belgium	3	YYY	YYY	NNN	YNN	YYY	YYY
Croatia	3	YYN	NNN	NNN	YNN	YYY	YYY
Czech Rep	2	YN	N-	N-	YN	YY	YN
Denmark	3	YNN	YYY	YYN	NNN	YYY	YYY
Estonia	2	YY	NN	YN	YN	YY	YY
Finland	4	YYYN	YYYN	YNN-	NNNN	YYYY	YYYY
France	3	YYY	NN-	NNN	NNN	YYY	YYY
Germany	2	Y-	N-	YN	NN	Y-	Y-
Greece	1	N	N	N	N	Y	Y
Ireland	1	Y	N	N	N	Y	Y
Israel	1	N	Y	Y	N	Y	Y
Italy	2	YY	YY	YN	YN	YY	--
Netherlands	2	NN	YY	YN	YY	YY	YY
Norway	2	YY	YN	YN	NN	YY	YY
Poland	2	YN	NN	NN	NN	YN	N-
Portugal	2	YY	YN	NN	YN	YY	Y-
Rep of Macedonia	1	N	N	N	Y	Y	Y
Slovenia	2	YN	N-	N-	N-	--	--
Spain	3	YYY	YNN	YNN	YYN	YYY	YYY
Sweden	1	Y	N	N	N	Y	Y
Switzerland	2	NN	Y-	N-	NN	NN	N-
Turkey	1	N	N	N	N	-	-
United Kingdom	1	N	Y	Y	N	Y	Y
Total 'Yes' (Nb-%)		29-60%	20-42%	12-25%	11-23%	40-83%	36-75%
Total 'No' (Nb-%)		18-38%	23-48%	32-67%	36-75%	4-8%	3-6%
Total 'No answer' (Nb-%)		1-2%	5-10%	4-8%	1-2%	4-8%	9-19%

Y: Yes, N: No, - : I don't know

Tableau 2 : Répartition et fréquences de réponses aux questions fermées

Dans le Tableau 2, nous avons représenté l'ensemble des réponses des délégués et des informateurs clés (sans distinction) aux questions fermées. Pour chacune nous avons simplement calculé une fréquence de réponse. Aucun test statistique n'a été effectué sur les réponses données, tous participants confondus. Aucune comparaison n'a été effectuée entre les différents pays sur ces questions fermées.

Lors de l'analyse du contenu qualitatif des réponses, nous nous réfèrerons à ce tableau pour éclairer certaines réponses. Nous pouvons cependant faire quelques observations sur ces données brutes. D'une part, lorsqu'il existe plusieurs réponses pour un pays donné, nous observons de fréquentes divergences entre les participants du même pays. Les réponses sont très rarement complètement homogènes.

D'autre part pour 4 questions les résultats sont assez tranchés avec plus de 2/3 des participants donnant la même réponse. Ainsi, pour 67% des participants, l'équité des soins n'est pas évaluée en tant que paramètre de la qualité des soins au niveau du cabinet. Cela est cohérent avec le fait que pour 75% des participants, le statut socio-économique du patient n'est pas enregistré de façon systématique dans les dossiers patients. Les participants sont 83% à penser qu'il est possible d'améliorer l'équité des soins primaires en agissant au niveau du système de santé, tandis qu'ils sont 75% à penser que cela est possible en agissant au niveau du cabinet. Lorsque l'on demande aux participants s'ils rencontrent des difficultés à délivrer des soins équitables, les réponses sont plus contrastées puisque 60% répondent "oui" contre 38% de "non".

III. Résultats qualitatifs

Le questionnaire étant rédigé en anglais, les délégués ont tous répondu en anglais, quelle que soit leur langue maternelle. Le verbatim exposé dans ce document est en anglais, nous avons fait le choix de ne pas traduire les phrases des participants au risque de dénaturer leurs idées. En dehors des fautes de frappe évidentes, aucune correction n'a été apportée aux citations.

III.1. Qu'est-ce que l'équité des soins primaires ?

L'ensemble des participants en Belgique, Espagne, Estonie, France, Italie, Norvège et Portugal affirment rencontrer des difficultés pour délivrer des soins équitables dans leur pratique quotidienne. A l'inverse, en Autriche, aux Pays Bas et en Suisse les participants répondent de façon homogène qu'ils ne perçoivent pas de barrières à l'équité des soins. Dans les autres pays, soit les participants étaient en désaccord, soit il n'y avait qu'une seule réponse (Tableau 2 - Are primary care workers in your country confronted with organisational and structural barriers to practice equitably in their day-to-day delivery of care?).

III.1.1. L'équité des soins définie par les participants

Pour les participants, l'absence de barrière financière à l'accès aux soins définit l'équité des soins.

The access to GPs in Italian NHS is always (as many times as needed) allowed and not charged any amount of money at all (never). This means that it is an equitable level of care provision. (Italy)

La réponse du délégué Italien peut paraître en contradiction avec le fait qu'il affirme rencontrer des difficultés pour délivrer des soins équitables au quotidien (Tableau 2 - Are primary care workers in your country confronted with organisational and structural barriers to practice equitably in their day-to-day delivery of care?). Les 2 réponses se situent simplement à 2 niveaux différents : le système de santé (niveau macro) et la pratique (niveau micro).

Dans les pays où les participants considèrent qu'ils n'ont pas de difficultés à délivrer des soins équitables, la couverture santé universelle est considérée comme une condition nécessaire et suffisante à l'équité des soins.

Equity is not really an issue in Switzerland since we have a mandatory health insurance system where every citizen is assigned or chooses their insurance, which makes it possible

for all citizens to go and see a doctor. If someone cannot pay the insurance, social security pays the fees. (Switzerland)

99% of Austrian people have health insurance that covers consultations of GP all over the country (Austria)

All inhabitants have a broad basic insurance for health care, including the GP. Some items are not insured or need an additional insurance (like physiotherapy), which might be a barrier. (The Netherlands)

Pour certains, et en particulier dans les pays où les barrières financières sont moins présentes, le fait de délivrer les mêmes soins pour tous, des soins égaux et les meilleurs possibles pour tous, définit l'équité des soins. Dans ce cas, l'absence de barrières financières est un prérequis permettant aux médecins généralistes de fournir le même niveau de soins à chacun.

For the majority of doctors, it is common sense to have the same level of medicine for the patients. (Austria)

The 4 health funds attempt to provide equal opportunities to provide the "best" care to patients. As doctors, we are expected to "provide the best care possible". (Israel)

Certains participants considèrent également que les systèmes de santé qui mettent en place des programmes pour des groupes de population spécifiques et connus pour être vulnérables (les femmes enceintes, les enfants, les séniors, les patients du groupe LGBT, ...) sont équitables.

In some municipalities special actions have been taken to mitigate inequity, such as regular health checks for unemployed people, or appointing a care manager for people with chronic and multiple health problems. Considerable resources are provided for preventive care (particularly antenatal and maternity care, child and school health) and the use of resources is endorsed and monitored according to law. (Finland)

All pregnant ladies and children until 12 years old don't pay taxes at the NHS [National Health Service]; this promotes the usage of primary care services in maternal health and child health surveillance, independently of income or social status. (Portugal)

The Norwegian Medical association has published reports on health care services for the old, the very young, psychiatric patients and so on. And they have worked with gay/lesbian/trans-people on a brochure on health services for these group. (Norway)

Selon les participants de l'enquête, l'équité est définie de 3 façons différentes, parfois coexistantes. L'absence de barrière financière à l'accès aux soins est un prérequis largement partagé. Ensuite, des soins égaux pour tous et les meilleurs possibles pour chacun sont les garants d'une délivrance équitable des soins. Enfin, pour certains, un système de santé peut être considéré comme équitable s'il met en place des programmes spécifiques pour les groupes les plus fragiles.

III.1.2. Quels sont les obstacles à l'équité des soins ?

III.1.2.1. Les barrières financières d'accès aux soins

De façon cohérente avec la définition que les participants donnent de l'équité des soins primaires, la première barrière à l'équité repose sur l'absence d'assurance santé pour une partie de la population.

In Estonia the main base of inequity is the division of being insured or uninsured by EHF [Estonian Health Insurance Fund]. There are approximately 11-18% of uninsured patients in family doctors lists. People without health insurance have to pay for their primary care services themselves (emergencies not included) and usually those people are not able to pay and avoid primary care until their health problem has escalated to an emergency. (Estonia)

L'adaptation des systèmes d'assurance santé à la crise économique accroît la barrière financière. Même quand l'accès aux soins des plus pauvres est maintenu, le poids des déterminants sociaux de la santé persiste et s'aggrave.

The economic crisis has led to an increase of the "moderating taxes" (fee for consultation in primary or secondary care) in the health system, but on the opposite, the government has introduced an "economic insufficiency criteria" to promote unpaid access to those who have lower income (below 630€ per family). There are data currently that more than 50% of the Portuguese don't pay moderating taxes, half of them because of economic insufficiency. (Portugal)

In Portugal, by knowing the Inverse Care Law, we have been trying to focus our attention to the most economically and health deprived families. This has helped in diminishing the impact of the economic crisis and deprivation, but structural factors as severe poverty, lack of education, and isolation are strong health determinants that we aren't able to deal with easily. (Portugal)

De façon inattendue, la déléguée Irlandaise explique que les plus démunis ne sont pas toujours les seules victimes. Quand les groupes à haut et moyen revenus ne sont plus capables de payer leur assurance santé, ils peuvent devenir un nouveau groupe vulnérable. C'est ce qui s'est produit en Irlande suite à la crise économique.

Currently we have 40% population covered by state funded healthcare; 30% population covered by private health insurance costing families €2000-3000 per year. Remainder of population pay for GP care, access hospital care on state system, fall between two stools and access to GP care restricted by ability to pay / compiling shopping lists to take to GP when opportunity arises so as to address many health issues in one consultation fee. Patients and families with private health insurance have great difficulty in meeting these costs since the recession started in Ireland. Many have had to lapse their insurance because of lack of personal funds. They can avail of public hospital health services, but still need to pay for GP services. (Ireland)

Dans de nombreux pays, les systèmes assurantiels publics et privés coexistent, ce qui cause d'importantes inéquité des soins. En Finlande, ce sont 3 systèmes assurantiels qui coexistent, puisqu'il y a également un important système de santé au travail pour les employés.

PHC [Primary Health Care] is organized and financed by municipalities. The resources of municipalities vary, and access to care differs depending on where the patient lives. Finland has probably the most extensive occupational health care system in the world, and it has partly replaced community-funded primary care for people whose employer provides comprehensive occupational care. Employees need not pay for their GP visits while unemployed and retired citizens must pay. Access to a privately owned occupational health clinic is good while patients need to queue for a GP appointment in community health centres. Private services require rather high fees-for-services, so the poorest people can't afford using them. Occupational health care is only accessible for people who are employed, leaving out unemployed, elderly people and children. These three groups are the main users of public primary care services. Thus, although poorer people use more public primary care services, looking at all three systems, services are more concentrated towards richer people. (Finland)

Le montant du "reste à charge" lié aux dépenses de santé est une barrière financière d'un autre type. Cela peut contraindre les patients à reporter la consultation et à accumuler un grand nombre de motifs lors d'une seule consultation, comme cela est décrit par la délégué Irlandaise citée ci-dessus : "Compiling shopping lists to take to GP when opportunity arises so as to address many health issues in one consultation fee".

The cost of care [is a barrier]. Patients have to pay their consultation and will be reimbursed afterwards. There are solutions for patients in needs but few GP's use it. (Belgium)

Depending on the area where the practice is located patients have problems to finance the co-payment (5€) for their medication. (Germany Phase 1)

With the beginning of 2013, the fee for access to the practice (10€) was skipped because it was too much administration and for the moment the budget for health care was large enough to do it. This is an improvement regarding equity. (Germany Phase 2)

III.1.2.2. Les barrières non directement financières à l'équité des soins

Les problèmes d'accès physique et géographique aux soins sont cités comme entraves à l'équité des soins.

Access to care is geographically uneven, with lack of access to different primary care services in more remote areas. (Denmark)

Some people (old, disabled) have problems with getting to the doctor's office. They have too little time with the doctor when they first get there. (Norway)

Les listes d'attente pour accéder aux consultations de spécialistes (soins secondaires) et plus spécifiquement le différentiel de temps d'attente entre les secteurs privé et public ont également été identifiés comme des barrières importantes à l'équité des soins. La plupart du temps, seuls les plus aisés peuvent "acheter" leur accès rapide aux soins secondaires dans le secteur privé.

Referral to specialist out patient care depends on whether or not patients have private insurance (short waiting times – patient pays) or go through the public system (long waiting times – taxpayer pays). I can refer two patients on same day to same specialist – one will be seen in weeks and the other in years, as some specialists hold joint state contracts and private practices. (Ireland)

There are long waiting lists for specialized services, so rich people buy health insurance, or buy their way into private health services. (Norway)

The second impact [of the economic crisis; the first impact being the increase of moderating taxes] has been on the provision of secondary health care in referring hospitals that has been insufficient in many areas of Portugal, and only the richer can have access to private health care services (through subsystems, voluntary health services or out-of-pocket expenses). (Portugal)

Les contraintes de temps, la surcharge de travail des médecins ou le paiement à l'acte avec un tarif unique quel que soit la nature du problème du patient sont perçus comme des barrières importantes à la délivrance équitable des soins. Les médecins n'ont pas la latitude de passer plus de temps avec un patient quand ses besoins de soins sont plus importants.

Currently, in my country we have too many consultations per day and it is very hard to talk about equity in this situation. (Croatia)

Fee for service payment is a strong barrier. It does not take into account complicated encounters with patients with complex needs and social needs. It's a barrier to take time when it's necessary. (France)

Au niveau de la pratique quotidienne, les participants évoquent les problèmes de communication qu'ils rencontrent avec les patients d'origine étrangère et qui peuvent constituer une barrière à l'équité des soins. Combinées avec le paiement à l'acte et les problèmes de surcharge de travail, les difficultés pour se comprendre empêchent les médecins généralistes de faire de leur mieux pour leurs patients.

Patients with a foreign background don't receive adequate care, because time in everyday practice does not allow spending the time they would need. We would need a translating service as well as a facilitator (E.g. Physician's assistant, practice nurse) to improve communication with these patients. There is no money in the system for this kind of service. (Austria)

Au delà des difficultés de communication, un autre type d'inéquités de traitement est mis en avant par le délégué Israélien. Il estime que les soins délivrés ne sont pas toujours à la hauteur des standards attendus quand les médecins prescripteurs ne sont pas qualifiés pour la médecine générale.

I work in a practice in a predominantly Jewish town in northern Israel and there are many Arab villages in the area. Many patients from the Arab villages come to the clinic and I see that the care that many of them receive is not up to the level that I would expect in modern primary care that is based on EBM (...). Many of the doctors working in primary care are not specialists in family medicine. Therefore, the medicine that is delivered to patients by

many of the “non-specialists” is not always the best of care. Examples are the treatment of diabetes and hypertension – many of the treatments dispensed do not comply with up to date guidelines and in many instances there is not sufficient auditing by the health fund managements. (Israel)

La principale barrière à l'équité des soins pour les participants est la barrière financière à l'accès aux soins. Etre assuré ou non, être couvert par une assurance santé financée par des fonds publics, privés ou professionnels, avoir la capacité d'avancer les frais de santé ou de financer le reste à charge sont d'importantes sources d'inéquité des soins. Dans une moindre mesure, d'autres aspects de l'organisation des systèmes de santé sont responsables d'inéquités d'accès aux soins : les difficultés d'accès physique et géographique et les listes d'attente pour accéder aux soins secondaires. Enfin, les participants identifient des obstacles à l'équité de traitement des patients. Les barrières de communication avec les patients, les contraintes de temps des médecins (surcharge de travail ou impossibilité financière de passer plus de temps avec un patient quand cela est nécessaire) et, en Israël, la qualification de certains médecins délivrant les soins primaires sont responsables d'inéquités de traitement.

III.2. Comment améliorer l'équité des soins primaires ?

La plupart des participants de l'étude considèrent qu'il est possible d'améliorer l'équité en agissant au niveau du système de santé (83% dans Tableau 2 – Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the level of the health care system in your country?) ou au niveau des cabinets de médecine générale (75% dans Tableau 2 – Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the practice level in your country?). Le seul pays dans lequel les participants estiment qu'il n'y a pas lieu d'améliorer l'équité est la Suisse.

Les propositions d'amélioration recouvrent 5 domaines présentés ci-après : l'amélioration de l'accès aux soins primaires, le renforcement de la portée des soins primaires, le soutien financier et humain, l'amélioration de la formation et l'utilisation des méthodes d'amélioration de la qualité.

III.2.1. L'amélioration de l'accès aux soins primaires

Les propositions des participants pour améliorer l'accès aux soins primaires sont cohérentes avec la principale source d'inéquité identifiée, à savoir la barrière financière d'accès aux soins. En travaillant tout d'abord au niveau du système de santé, le développement d'une assurance santé universelle est mise en avant, en premier lieu par les participants des pays dans lesquels il existe actuellement de forts pourcentages de personnes non assurées.

Estonian Society of family doctors had discussed with Ministry of Social Affairs about the possibility to get equal possibilities for uninsured and insured patients at least for primary care services. (Estonia)

Health insurance for immigrants without a legal status. This is a problem for many workers from East European countries. (Germany)

De plus, il paraît important pour de nombreux participants de diminuer la participation financière des patients pour accéder aux soins.

Co-payment by citizens should be reduced. (Finland)

Promoting universal coverage with no moderating taxes in primary care. (Portugal)

Pourtant un accès gratuit et illimité peut également poser problème. En effet, étant donné que les ressources sont limitées, certains délégués considèrent qu'une certaine forme de régulation est nécessaire. La déléguée Irlandaise explique qu'un contrôle de l'utilisation des ressources par les patients pris en charge par l'assurance santé publique pourrait diminuer l'inéquité d'accès "pro-pauvres" observée en Irlande.

Change of the current system of "everything for everyone" to more targeted delivery of health care, so that the funds are used with better efficacy. (Czech Republic)

In Poland, in my opinion, access to care for patients is equal. Doesn't matter ethnic, socio-economic level, gender, education. Access is free. Nobody pay. No limits. Patients can make appointment few times in month. It's big problem. Patients take time for not important problems. GPs have reputé, that they disregard serious ill patients. But we haven't enough time to see all patients who want to see their doctor in day. (Poland)

GP surgeries that operate on 'appointment only' access do not differentiate between public patients despite vast differences in payment for delivering the same service to public and private patients (paid for by capitation e.g. €50 per annum for 50-year-old man irrespective of how many visits and €50 per visit for a private paying patient every visit). There are no limits or checks on the use of GP services or emergency department visits by public patients (including use of ambulance services) while the private paying patient is limited by their ability to pay per visit (€50 average for GP visit and €100 per visit to emergency department, which is waived if they have a referral letter from a GP). (Ireland)

III.2.2. Le renforcement de la portée des soins primaires

Renforcer la position des soins primaires est perçu par certains comme un élément important de l'amélioration de l'équité des soins.

Primary care teams can be really promoted (not only in political speeches) with a focus not only on individual needs and acute episodes, but also population needs and long term health. (France)

Dans les zones les plus défavorisées, plus que partout ailleurs, les participants trouvent important de développer le "community oriented care" que l'on peut traduire par une adaptation des soins aux problèmes de santé spécifiques d'une population donnée : la population qui entoure ou qui dépend du cabinet.

Support practices and GPs to take responsibility for community oriented care. (Belgium)

In the beginning of primary care Spanish reform, the community problems (determinants of health, equity, and so on) were a priority. We need to recover this focus. (Spain)

III.2.3. Un soutien financier et humain

En réponse aux contraintes de temps et aux contraintes financières des médecins généralistes, pour une délivrance plus équitable des soins, les participants ont fait plusieurs propositions. Tout d'abord, l'organisation des cabinets et la rémunération des médecins doivent être modifiées pour atteindre un meilleur niveau d'équité.

The payment system can be changed taken into account the complexity of the person (education, social environment, multi-morbidity, resources...). (France)

Different encounter length according to patient needs and the payment of the doctor/team according to that. (France)

More support for the practice by providing staff and time/money to take up responsibility for socio-economic frail people and groups of patients. (Belgium)

It would be possible to give incentives to take better care of less affluent, elderly and chronic ill patients. Moreover, structural changes in payment methods will have influence on the micro level. (Denmark)

Les participants demandent également des mesures d'incitations financières pour installer des cabinets dans les zones les plus défavorisées. Le délégué Suédois exprime cette idée dans un court témoignage sur sa pratique.

I have myself worked as a GP in both poor areas with many immigrants and in more affluent areas. In the poor areas my personal workload, my job strain, the number of conflicts with patients was much greater. I think it is necessary to economically overcompensate health centres in poor areas to make it possible to have more GPs per 1000 inhabitants and to have counsellors, social workers etc. at the health centres. (Sweden)

Les participants ne demandent pas seulement des ressources supplémentaires pour les médecins, ils sont également demandeurs de plus de personnel au sein des équipes, comme des travailleurs sociaux, des "patient navigators", des médiateurs culturels et des interprètes afin de surmonter les barrières de langue et les barrières culturelles d'accès aux soins.

Social workers helping dissocialized people to navigate in the system and help them assert their rights. (France)

Free services for translation and local interpreters. (Belgium)

Patient information material in different languages (Turkish, Polish, Russian). (Austria)

To have translations in different languages of the most health motives or with information of the most frequent questions or the most frequent problems. (Portugal)

This is limited at a national level, but for example in my Region (Emilia Romagna) the "cultural mediator" is actually active for the refugee also at the PC level. (Italy)

III.2.4. La formation initiale et continue

Les participants reconnaissent qu'il y a un manque de formation des étudiants et des médecins sur le sujet de l'équité des soins et des inégalités sociales de santé en général. L'objectif serait pour les médecins généralistes d'être pleinement conscients du problème et d'agir en conséquence au quotidien. La formation à l'équité devrait changer l'attitude des professionnels de santé envers les groupes de patients les plus défavorisés.

The key is that all those who work at the health centre understand the differences in people's control over their lives and how powerlessness breaks down your sense of initiative. It comes to constantly be vigilant of our superiority of power in our contacts with patients. (Sweden)

Education of medical students on analysing the social environment of their patients at a very early stage of their studies. (France)

I think, as a GP trainee, the main aim is to create a focus on the topic – so when I settle down as a GP I will know how to handle inequity. (Denmark)

III.2.5. La démarche qualité

Les délégués qui sont rassemblés dans EQuiP sur le thème de la qualité n'ont pas oublié que les méthodes d'amélioration de la qualité peuvent être utilisées pour améliorer l'équité des soins et notamment la dimension de l'équité de résultats ("Outcomes").

Equity to be measured as QI criteria in PHC. (Republic of Macedonia)

By comparing different groups in the country according to quality indicators and outcomes, we can target specific needs. This is already being done in the case of diabetic care. (Israel)

To be, through communication with the care providers, know and common what is it equity and to understand (through lectures, e-mails, etc.) what is the impact and the positive result of measuring and assessing equity of care. To include indicators for the equity as mandatory at the quality assurance program which is under construction. (Greece)

Les participants ont identifié différentes façons d'améliorer l'équité ; depuis le changement du système de santé jusqu'à des changements plus concrets dans leur attitude envers les patients les plus défavorisés. En premier lieu une couverture santé universelle est nécessaire, avec une participation financière des patients ou "reste à charge" réduit au minimum. Les contraintes de temps liées aux contraintes financières des médecins généralistes pourraient être allégées par de nouveaux types de rémunération qui prendraient en compte la complexité du patient, par la collaboration avec des travailleurs sociaux et des interprètes, par des mesures d'incitation financière pour s'installer dans des zones défavorisées et développer le "community oriented care". La formation au concept d'équité est essentielle afin de changer l'attitude des médecins généralistes confrontés à l'incapacité des patients à gérer leurs problèmes de santé. Enfin, les méthodes d'amélioration de la qualité sont spontanément évoquées par les participants, experts de la qualité des soins, comme outils d'amélioration de l'équité des soins.

III.3. La place de l'équité dans l'évaluation de la qualité des soins

En ce qui concerne les questions sur la place de l'équité dans l'évaluation de la qualité des soins, nous avons distingué 2 niveaux : le niveau du système de santé (niveau macro) et le niveau de la pratique, du cabinet (niveau micro).

III.3.1. L'évaluation de la qualité des soins inclut-elle la dimension de l'équité ?

Au niveau du système de santé, si l'on en croit les réponses quantitatives (Tableau 2 - Is equity taken into consideration in assessments of the quality of the primary health care system in your country?) mais également les commentaires des participants, l'équité semble jouer un rôle dans l'évaluation de la qualité des soins dans 6 pays : Belgique, Danemark, Finlande, Israël, Pays-Bas et Royaume-Uni. Cette évaluation est souvent faite au sein d'études plus larges, sur la performance du système de soins et plus particulièrement des soins primaires. Les indicateurs d'équité concernent en général l'équité d'accès aux soins.

In the evaluation report of the performance of primary care in Belgium, equity is -to limited extent- mentioned. The indicators of equity are the percentage of postponement of care because of financial reasons and the total amount of patient fees. (Belgium)

Equity is an important political theme in Denmark. There are big inequalities, this is known from a range of studies. These studies are done within a system of health and social statistics which is very good established. Although there is a performant data capturing system in the practices in Denmark, there is no continuous monitoring system with clear cut indicators about equity. (Denmark)

Equity as a quality indicator on macro level is mostly visible in publicly available reports about waiting times. There are also thresholds for waiting times, and if they are repeatedly violated, the responsible organisation can be sanctioned by fines. However, the importance of this system is more applicable to specialised health care services and to lesser extent in primary health care. (Finland)

Israël semble être le seul pays où les dimensions d'équité de traitement et de résultat sont prises en compte.

It is known that certain sections of society in Israel have poor medical outcomes and this is often shown by the quality indicators. The four health funds have all the data regarding the social and health status of all the different ethnic and social groups in Israel and this enables them to target specific groups when it comes to campaigns – for example mammography and flu vaccination. It also allows us to target specific groups in order to encourage the uptake of different treatments – examples being vaccinations among ultra-orthodox Jews (many do not believe in vaccinations) and all the aspects relating to diabetic care among Arab women (many do not do any exercise or follow diets as required). Also smoking campaigns among the Arab sector - there is a much higher percentage of smokers among the Arab population as compared to the Jewish population. The Ministry of Health publishes the statistics on the health status of the citizens every year and these figures are freely available to anyone. (Israel)

Au niveau du cabinet, l'équité des soins est encore moins fréquemment évaluée (Tableau 2 - Is equity taken into consideration in the assessment of the quality of care at the practice level?). Aux Pays, Bas, elle semble être un des thèmes abordés par les indicateurs de qualité sur lesquels sont basés les contrats entre les professionnels de santé (cabinets de médecins généralistes) et les assureurs.

In the contracts with health insurance companies, equity is one of the conditions for delivering care. There is an additional budget for the GP for low-income areas. In the Practice accreditation, equity is one of the items. (Netherlands)

En Finlande, il revient aux centres de santé d'évaluer la qualité des soins ; certains d'entre eux évaluent la dimension de l'équité.

Community health centres can decide how they assess the quality of care. There is no national system for quality assessment, and few health centres assess equity systematically. (Finland)

En revanche, l'équité des soins est incontestablement un important sujet de discussion et un fréquent sujet de recherche.

There is a fair amount of scientific information about equity in health care, but so far there is no systematic plan to keep following up the development in this matter, but it is more in the hands of a few research groups. Also, issues found out in these studies, such as socioeconomic inequities, are not used as an operational quality indicator. (They) are, however, widely used as an argument for the need to health care reform. (Finland)

III.3.2. Quelles barrières, quels facilitateurs pour l'évaluation de l'équité des soins ?

III.3.2.1. Absence de définition commune

La première barrière à l'évaluation de l'équité en tant que dimension de la qualité des soins est le fait que les médecins généralistes représentés par les participants de l'étude ne sont pas familiers du concept d'équité des soins. Ils en donnent une définition essentiellement basée sur l'égalité d'accès financier (cf. § III.1.1. p. 22).

III.3.2.2. Absence d'enregistrement du statut socio-économique du patient

La deuxième barrière à l'évaluation de l'équité est le fait que le statut socio-économique du patient n'est pas enregistré de façon systématique dans les dossiers patients (Tableau 2 - Is there information on the socio-economic status that is systematically collected in the patients records in primary health care in your country?). Seuls les délégués Néerlandais, ont tous deux répondu "oui" à la question, mais leurs commentaires vont à l'encontre de cette réponse (cf. citation ci-dessous). La plupart du temps l'enregistrement du statut socio-économique du patient est laissé à l'initiative du médecin.

Some data-base used in PHC gives the choice to set the Social Class Status Score, but this is left to subjective initiative and these data are seldom utilized. (Italy)

This information is not mandatory in the medical records and the majority of the GPs don't find it important and culturally, it is a very difficult question to ask in Belgium (French speaking part). (Belgium)

Only the profession of the patient is available in the health record systems, but no structured information on the real situation (e.g. whether the patient is unemployed). No other systematically collected socioeconomic data is available from health records. (Finland)

Occupation is recorded, however it is not obligated. (The Netherlands)

Le type d'assurance santé (public, privé...) ou le taux de remboursement, souvent enregistré dans le dossier patient électronique, est une façon d'estimer le statut socio-économique, en particulier dans les pays où le fait d'être couvert par une assurance santé publique est fonction du revenu.

Nowadays, our EHR [Electronic Health Record] systems informs us directly if the patient is under the economic insufficiency criteria according to information that is shared between the Finance Ministry and the Health Ministry. (Portugal)

Some patients get higher reimbursement of their health costs, based either on low income basis or for some pathologies; this is normally visible in the medical files of the doctor's electronic health record. (Belgium).

The only information is what status the patient has within his health fund (member or retired). When the government is paying (i.e. homeless patients, asylum seekers) this is collected although. (Germany)

III.3.2.3. Absence d'indicateurs partagés d'évaluation de l'équité des soins

La troisième barrière est l'absence d'indicateurs partagés pour évaluer l'équité des soins. Les inégalités d'accès aux soins entre différents groupes sociaux sont les indicateurs les plus utilisés pour approcher l'inéquité. A part le délégué Israélien d'EquiP (cf. § III.3.1 p. 31), les participants n'ont cité aucun indicateur de traitement reçus ou de résultats en terme d'état de santé.

Monitoring the access to care is mandatory. Equity in access is monitored by the ministry of health. Access by telephone, time to professional assessment (by nurse), and time to treatment are reported, and penalties apply for municipalities who do not meet the standards. However, the standards have a limited influence on inequalities. (Finland)

Percentage of postponement of care because of financial reasons; total amount of patient fees. (Belgium)

There are DAK-E indicators for fragile elderly patients, children vaccination rates etc. Indicators of chronic care highlights that it often is less affluent and immigrant patients that lack care or is dysregulated or can't afford medications. (Denmark)

An individual effort of a short group of GPs will try in the near future to assess the medical performance that a number of selected primary health care units deliver. Selected tool for this is the IFPMM (maturity matrix) and will include indicators towards to assess equity like accessibility (through the medical records), existing (or not) appointment and remembering system, etc. (Greece)

In my work at the Research and development unit we have tried to find measures of equity and we have failed totally. I doubt that it is possible to find any reliable measures to

indicate a health centre's performance concerning Equity. We now plan to study the GPs use of medical investigations (lab, x-ray etc) in different socioeconomic Groups to see if this could be an indicator of Equity. (Sweden)

III.3.2.4. Les facilitateurs

De façon cohérente avec les barrières rencontrées, les participants identifient 3 facilitateurs à l'évaluation de l'équité des soins, en tant que dimension de la qualité. Le premier facilitateur pour évaluer l'équité des soins serait bien entendu l'existence d'une politique claire d'évaluation de la qualité, incluant l'équité.

- 1. Equity must be included in the national health systems priorities,*
- 2. Information coming from the 17 electronic health records (one for each autonomous communities),*
- 3. Establish a national sentinel system for this kind of surveillance,*
- 4. Assessment and feedback (Spain)*

L'existence de protocoles communs de prise en charge des patients et l'évaluation des résultats en terme d'état de santé des groupes de patients pourrait jouer un rôle important dans l'évaluation et l'amélioration de l'équité.

Introduction of chronic disease management protocols/services as part of the contract would improve equity at the practice level. (Ireland)

L'enregistrement de données permettant d'évaluer le statut socio-économique du patient paraît être un prérequis à l'évaluation de l'équité des soins primaires.

Recording data about the patient social position and the patient outcomes could be a beginning to measure equity. [In France] A group of GPs (academics, researchers and professionals) are preparing guidelines about "How to collect the socioeconomic status in the patient record?". It will be released in a few months. (France)

Alors qu'elle occupe une place importante dans les projets de recherche et dans les discussions politiques, l'évaluation de l'équité des soins en tant que dimension de la qualité est peu fréquente au niveau du système de santé et rare au niveau des cabinets de médecine générale. Les participants de l'étude ne partagent pas une définition claire de l'équité, qui est souvent réduite à la couverture santé universelle avec des soins égaux pour tous. Le statut socio-économique n'est jamais enregistré de façon systématique dans le dossier patient alors qu'il est indispensable à l'évaluation de l'équité des soins au niveau du cabinet. Il n'y a pas de consensus sur la façon d'évaluer l'équité des soins et en particulier pas d'indicateurs communs.

I. Synthèse des résultats

Selon les participants de l'étude, l'équité des soins reposerait sur 2 principes. Le premier principe serait l'absence de barrière financière pour accéder aux soins. Cela impliquerait notamment l'existence d'une couverture santé universelle. Le deuxième principe serait la délivrance de soins identiques d'une personne à l'autre et les meilleurs possibles pour tous. Pour certains, l'équité des soins nécessiterait également la mise en place de programmes spécifiques pour les groupes de population les plus vulnérables.

Par conséquent, pour les délégués, la cause principale d'inéquité des soins est financière. Le fait d'être assuré ou pas, d'être couvert par une assurance santé publique, privée ou professionnelle, d'avoir les moyens de financer le reste à charge ou pas sont sources d'inéquité. En Europe, depuis 2008, la crise économique a constitué une menace à l'équité des soins pour les plus pauvres, et a pu créer de nouveaux groupes vulnérables. Au delà de l'aspect financier, les difficultés d'accès physique ou géographique ainsi que les listes d'attente pour les soins secondaires sont sources d'inéquité d'accès aux soins. Enfin des inéquités de traitement sont créées par les contraintes de temps des médecins généralistes qui ne peuvent pas adapter le temps passé aux besoins du patient, par les barrières de communication liées à la langue ou à la culture et, en Israël, par le différentiel de qualification des médecins délivrant les soins primaires.

Les participants ont identifié différents moyens pour améliorer l'équité des soins. Au niveau du système de santé, ils demandent une couverture santé universelle, un reste à charge réduit voire nul, la régulation de l'utilisation des ressources pour une meilleure efficacité des soins, le renforcement de la place des soins primaires au sein du système de santé, de nouveaux types de rémunération prenant en compte la complexité du patient et des incitations financières pour s'installer dans les régions défavorisées. Au niveau du cabinet ils proposent de délivrer des soins adaptés à la communauté dans laquelle le cabinet est installé, de travailler avec les travailleurs sociaux, traducteurs ou médiateurs culturels, de mettre en place une formation initiale et continue à l'équité, d'appliquer à l'équité les méthodes d'amélioration de la qualité.

Alors qu'il s'agit d'un important sujet de recherche, également évoqué dans les discussions politiques, l'équité en tant que dimension de la qualité est rarement évaluée au niveau du système de santé et quasiment jamais au niveau des cabinets de médecine générale. Quand elle existe, l'évaluation de l'équité s'intéresse essentiellement à l'équité d'accès, beaucoup plus rarement à l'équité de traitement. Pour les participants, il n'existe pas à ce jour de définition commune de l'équité des soins ni d'indicateurs de mesure de ses 3 dimensions. De plus, alors qu'il est indispensable pour évaluer l'équité des soins, le statut socio-économique du patient n'est jamais enregistré de façon systématique dans le dossier. Cela explique en partie l'absence de la dimension équité dans l'évaluation de la qualité des soins primaires en Europe. Les outils à mettre en place pour évaluer l'équité des soins dans le but de l'améliorer sont : la définition d'une politique claire d'évaluation de la qualité incluant l'équité, la mise en place de protocoles de prise en charge des patients et l'enregistrement systématique d'informations sur la position sociale des patients dans les dossiers médicaux.

II. Forces et limites de l'étude

II.1. Les participants ne sont pas représentatifs des GP Européens

Les limites de l'étude sont celles d'une étude qualitative sur un groupe réduit de participants qui ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes Européens. Cette étude s'intéresse à la perception et à l'expérience de médecins généralistes sur le sujet de l'équité des soins primaires en Europe. Ces médecins généralistes, délégués du réseau EQuiP ont la particularité d'être particulièrement sensibilisés à la qualité des soins. Etant donné que nous ne recherchions pas à interroger une population représentative mais à approfondir au maximum le sujet nous avons également choisi d'intégrer les réponses des informateurs clés à l'analyse des données au même titre que celle des délégués.

Cette étude ne prétend pas donner une description objective du problème de l'inéquité des soins primaires en Europe, d'autant plus qu'elle a été lancée à la fin de la phase de recueil des données de l'étude Européenne QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe). L'objectif de QUALICOPC est d'évaluer la performance des systèmes de soins primaires en Europe en terme de qualité, d'équité et de coûts dans 31 pays Européens (26 pays membres de l'union Européenne, l'Islande, la Norvège, la République de Macédoine, la Suisse et la Turquie) et 3 pays non Européens (Australie, Israël et Nouvelle Zélande). QUALICOPC doit permettre de répondre à la question : "Quel est l'effet de la puissance des soins primaires, de la place qui leur est donnée, sur la performance du système de soins ?".^{28,29} A ce jour, aucun article n'est paru explorant globalement l'équité des soins dans les 31 pays étudiés, mais un article s'intéresse à l'inéquité des soins envers les minorités ethniques.³⁰

II.2. Des réponses de qualité variable entre les pays

Nous avons constaté une implication variable des participants à cette enquête qui leur a demandé un véritable investissement de temps. Certains ont répondu aux questions fermées uniquement, sans apporter de commentaire, comme c'est le cas pour les représentants du Royaume Uni et de la Turquie. La qualité des réponses est donc très variable d'un pays à l'autre. A l'inverse, beaucoup de participants se sont vraiment investis dans cette enquête, apportant de nombreux exemples de leur expérience et de nombreuses références.

Nous avons parfois observé des incohérences entre les réponses aux questions fermées et les commentaires apportés par les délégués, en particulier sur la question de l'enregistrement du statut socio-économique du patient. Dans ce cas, nous avons toujours accordé une plus grande importance aux réponses qualitatives argumentées des participants plutôt qu'à leur réponse à la question fermée correspondante. Toutes les questions fermées du questionnaire étaient suivies d'une question ouverte ou d'une zone de commentaire.

Nous avons observé des réponses divergentes au sein d'un même pays, en particulier pour les questions concernant la place de l'équité dans l'évaluation de la qualité des soins au niveau du système de santé et au niveau de la pratique quotidienne. Il est possible que certaines questions aient été mal comprises. Nous pensons plutôt que ces divergences s'expliquent dans la plupart des pays par l'absence de consensus sur les définitions des notions et l'absence de recommandations pour mesurer et améliorer l'équité des soins. Dans certains pays, au contraire, les délégués se sont réunis pour homogénéiser leurs réponses, comme en Italie ou aux Pays Bas.

Pour toutes ces raisons, nous n'avons effectué aucune comparaison entre pays. Nous considérons que la présence de 24 pays représentés a enrichi l'étude d'exemples de tous horizons, tirés de systèmes de santé très différents les uns des autres. De cette diversité est née la richesse des réponses ; la plupart des idées des participants n'ont pas de frontières.

II.3. Le biais des idées politiques des participants

Les réponses des participants ont pu être biaisées par leur sensibilité politique et leur préoccupation plus ou moins importante pour les questions sociales. En effet, alors que égalité et inégalité sont des concepts dimensionnels, faisant appel à des quantités mesurables, équité et inéquité sont des concepts politiques, exprimant un engagement moral à la justice sociale.³¹

Toutefois, si les délégués n'étaient pas sensibles à l'argument social peut-être seraient-ils plus intéressés par l'argument économique ? Dans sa revue "Fair Society, Healthy Lives", Sir Michael Marmot fait une estimation du coût économique des inéquités de santé en réponse à ceux qui craignent que ses recommandations pour combattre les inéquités de santé ne soient trop onéreuses, en particulier dans le contexte de crise économique (la revue est parue en 2010). En prenant l'exemple de l'Angleterre, si l'ensemble de la population avait le taux de mortalité des classes les plus privilégiées, ceux qui meurent actuellement de façon prématurée à cause des inégalités de santé auraient vécu entre 1,3 et 2,5 millions d'années en plus et 2,8 millions d'années supplémentaires sans incapacité. Il estime que l'inégalité face à la maladie est responsable chaque année d'une perte de productivité de 31 à 33 milliards de Livres Sterling, d'une perte de £20 à 32 milliards d'impôts et de cotisations sociales non perçues et d'un coût additionnel pour le système de santé de £5,5 milliards par an. Au total "ne rien faire" n'est pas une option envisageable du point de vue économique.⁴

II.4. La qualité des participants et la persévérance des investigateurs

Cette étude a été construite de façon rigoureuse avec la contribution de plusieurs chercheurs reconnus dans le domaine des inéquités de santé, en particulier Kevin Fiscella (Etats Unis), John Furler (Australie), Maria Goddard (Royaume Uni) et Sara Willems (Belgique). Tout au long du recueil des données, nous avons poursuivi l'objectif d'obtenir les résultats les plus complets et approfondis possibles, incitant les participants à communiquer le maximum d'information, de documents, d'exemples et à rechercher l'information manquante auprès d'informateurs clés dans leur pays. Nous avons interrogé les participants plusieurs fois et les avons impliqués dans l'analyse et l'interprétation des résultats entre chaque phase. Nous nous sommes attachés à lever certaines ambiguïtés dans les réponses. L'étude a reçu un accueil enthousiaste de la plupart des délégués ; nous avons reçu près de 90% de réponses.

Les participants, tous médecins généralistes (excepté le représentant de la République de Macédoine) ont tous une double compétence et un intérêt particulier pour la qualité des soins. Les délégués ont été choisis par leurs collègues nationaux pour représenter leur pays au sein d'EQiP. Les informateurs clés ont été contactés en raison de leur intérêt particulier pour le sujet des inéquités de santé. Beaucoup de participants sont professeurs de médecine générale ou impliqués dans des actions d'amélioration de la qualité des soins.

Après avoir interrogé les participants, experts dans le domaine de la qualité des soins, de façon opiniâtre, nous pensons avoir obtenu une image la plus précise possible de la place de l'équité dans l'évaluation de la qualité des soins dans différents pays Européens. Nous pensons donc que les résultats montrant que l'équité des soins est très peu évaluée au niveau du système de santé et pas du tout au niveau des cabinets et centres de santé sont proches de la réalité actuelle. La perception de l'équité des soins et les opportunités d'amélioration évoquées par les participants ne sont sans doute pas représentatives de l'état d'esprit de l'ensemble des médecins généralistes Européens. Les participants de l'étude ont probablement une image beaucoup plus précise de ces notions que l'ensemble des médecins. Pour autant, ils n'ont pas une vision exacte et complète de l'équité des soins, ils ne partagent pas de définition commune.

III. Comparaison avec la littérature

III.1. L'absence de barrières financières à l'accès aux soins, une condition nécessaire et suffisante pour des soins primaires équitables ?

Pour les participants, une couverture santé universelle et l'absence de barrières financières à l'accès aux soins est un prérequis indispensable pour délivrer des soins équitables. En cela, ils rejoignent l'objectif numéro 1 de la réforme des soins primaires proposée par le rapport 2008 de l'OMS "Primary Care, Now More Than Ever". Dans ce rapport, il est spécifié que les systèmes de santé doivent contribuer à l'équité de santé, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, en se dirigeant en premier lieu vers un accès universel aux soins.¹⁹

S'il est nécessaire à l'équité des soins, l'accès universel n'est cependant pas suffisant. Les participants considèrent aussi que l'équité des soins repose sur le fait de délivrer des soins égaux pour tous, voire de cibler les populations les plus vulnérables pour renforcer l'offre de soins. Ils réduisent ainsi l'équité à la seule notion d'égalité.

Pour atteindre véritablement l'équité des soins, Sir Michael Marmot développe la théorie du "Proportionate Universalism".⁴ La finalité de l'universalisme proportionné est de réduire le gradient social de santé. Pour cela, les actions doivent être universelles mais proportionnées au niveau de désavantage. Une action de plus grande intensité est nécessaire pour ceux qui présentent un plus grand handicap social et économique. Apporter des soins identiques à tous, ou se focaliser sur les plus vulnérables ne permet pas de réduire le gradient social.

Ces notions sont illustrées par les Figures 2 et 3 que j'ai construites à partir d'un graphique tiré de la revue "Fair Society Healthy Lives", représentant le taux de mortalité des hommes de 24 à 65 ans (mortalité prématurée) en fonction du statut socio économique dans le Nord Est et le Sud Ouest de l'Angleterre entre les années 2001 et 2003. Plus la classe sociale est élevée, plus la taux de mortalité prématurée est bas.⁴ Je me suis de plus inspirée de la présentation de 7 Février 2011 du Dr Fu-Meng Khaw, directeur de la santé publique à Newcastle (Angleterre) dans laquelle il schématise la notion d'universalisme proportionné.³²

Sur la figure 2 est représenté l'effet d'une action ciblée uniquement sur les plus vulnérables. Cette action améliore la situation de ces derniers (ici diminution du taux de mortalité prématurée) sans modifier de façon significative le gradient social.

Sur la Figure 3 est représenté l'effet d'un universalisme proportionné aux besoins : l'effort est d'autant plus important que les groupes sont plus défavorisés. Non seulement l'universalisme proportionné apporterait une amélioration de l'état de santé de chacun mais en plus il permettrait de réduire le gradient social.

Les participants ont tendance à réduire l'équité des soins à l'égalité des soins. Pourtant ils ressentent bien que certains de leurs patients ont des besoins plus importants qui nécessitent la mise en place d'actions pour y répondre de façon plus satisfaisante, comme en témoignent les nombreuses propositions qu'ils ont faites pour améliorer l'équité des soins qu'ils délivrent.

Figure 2 Age standardised mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) in the North East and South West regions, men aged 25–64, 2001–2003

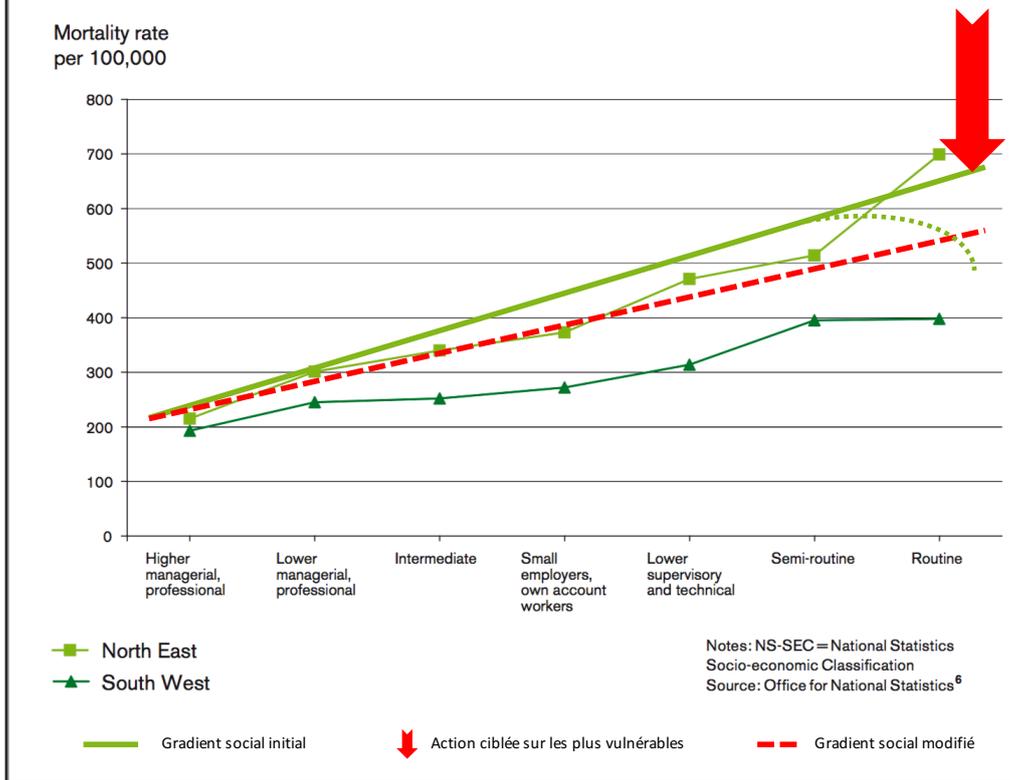


Figure 2 : Effet sur le gradient social de santé d'une action ciblée sur les plus vulnérables^{4,32}

Figure 2 Age standardised mortality rates by socioeconomic classification (NS-SEC) in the North East and South West regions, men aged 25–64, 2001–2003

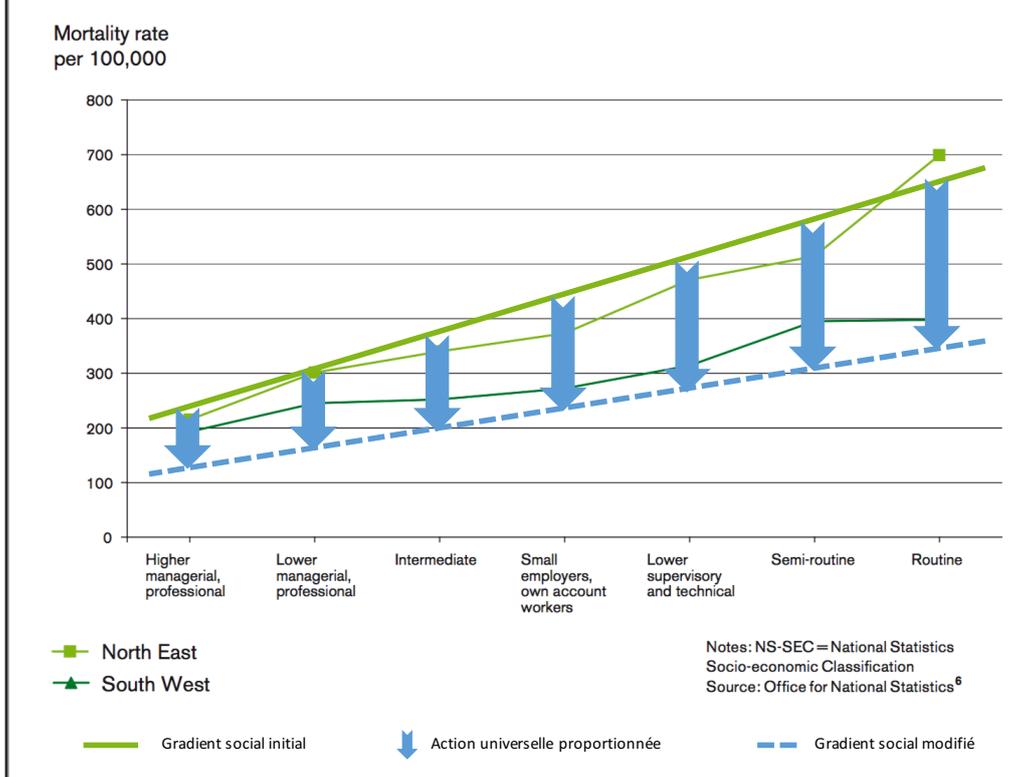


Figure 3 : Effet sur le gradient social de santé d'une action universelle proportionnée^{4,32}

III.2. Les voies d'amélioration proposées sont-elles partagées ?

III.2.1. Adapter les modes de rémunération des médecins

Pour améliorer l'équité des soins, les participants évoquent en premier lieu l'adaptation des modes de rémunération. Ils demandent d'une part la prise en compte de la précarité et de la multi morbidité du patient dans la rémunération de leurs consultations, ce qui leur permettrait de consacrer plus de temps aux personnes qui en ont le plus besoin. Ils demandent d'autre part la mise en place d'incitations financières pour installer des cabinets dans les zones défavorisées.

Malgré la diversité des systèmes de santé en Europe, ces propositions sont communes à la plupart des participants. Ils partagent ainsi la vision de Kevin Fiscella dans son article "So much to do, so little time : care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit", où il décrit une organisation idéale des soins qui permettrait de prendre en charge de façon optimale les patients socialement défavorisés. La rémunération des praticiens devrait selon lui inclure à la fois le paiement des consultations, le paiement des actions hors consultation comme la coordination des soins, le management des actions envers la communauté, la performance des praticiens et un intéressement à la réduction du coût des soins. Pour le paiement de la consultation, dans l'organisation idéale de Kevin Fiscella, le prix de la consultation pourrait être basé sur le temps passé et non pas sur un codage complexe de situations. Le forfait patient pourrait être augmenté en prenant en compte le désavantage social de la population de patients gérée par un praticien ou un centre de santé donné.³³

En France, l'actualité est marquée par la signature le 25 Août 2016 du nouveau projet de "Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie". Il est intéressant de rechercher si de telles mesures ont été proposées.

Un des objectifs de la nouvelle convention est d'améliorer l'égalité (non l'équité) d'accès aux soins. Des incitations financières sont mises en place pour favoriser l'installation des médecins dans des zones déficitaires en offre de soins. Il s'agit d'une répartition géographique dans laquelle la précarité sociale de la population ne semble pas être prise en compte. On peut tout de même supposer qu'il existe un recoupement au moins partiel entre ces 2 critères de "zonage" : précarité sociale et insuffisance de l'offre de soins.

La rémunération des médecins repose sur 3 piliers : la rémunération à l'acte, forfaitaire et sur objectifs de santé publique (ROSP). La précarité des patients n'est pas prise en compte dans la rémunération à l'acte ; elle n'est pas intégrée dans les critères de complexité de la consultation. Dans la rémunération forfaitaire du médecin traitant, la prise en charge de patients socialement défavorisés est prise en compte a minima. En effet, le forfait médecin traitant global est majoré si les patients bénéficiaires de la CMU-C sont surreprésentés par rapport au niveau national dans la patientèle du praticien. Enfin, la précarité des patients n'est pas du tout intégrée à la ROSP qui se concentre sur le suivi des pathologies chroniques, le dépistage et la prévention. Le deuxième volet de la ROSP a pour objectif de favoriser le "juste soin" c'est à dire non pas "le soin adapté aux besoins", comme on aurait pu l'espérer mais "le meilleur soin au meilleur coût"!³⁴

Au delà de la rémunération des médecins, les participants identifient des moyens d'améliorer l'organisation des soins qu'ils délivrent pour atteindre un meilleur niveau d'équité.

III.2.2. Améliorer l'organisation des soins

Avant d'atteindre l'objectif d'universalisme proportionné, concentrer les efforts sur la prise en charge des plus défavorisés est tout de même un premier pas vers l'équité des soins. Pour cela, les participants ont fait de nombreuses propositions d'organisation des soins que l'on retrouve pour la plupart dans la littérature. Actuellement les propositions visant à améliorer l'équité des soins au niveau de la pratique sont étudiées essentiellement sous forme d'études qualitatives. Cela semble indiquer que nous n'en sommes qu'au début de la mise en place d'actions destinées à atteindre cet objectif.

Une étude qualitative enrichie d'un volet ethnographique, particulièrement intéressante, a par exemple été mise en place dans deux centres de santé situés dans une région défavorisée du Canada. Les auteurs ont réalisé plus d'une centaine d'interviews avec des patients, des médecins et autres membres du personnel et 900 heures d'observation à la réception, dans les salles d'attente, lors des réunions du personnel ou des consultations médicales. Cette étude parue en 2012 a permis de définir 10 stratégies pour améliorer la délivrance de soins axés sur les valeurs d'équité.³⁵ On retrouve de très nombreux points communs entre cette étude Canadienne et notre étude Européenne. La première idée commune est de s'appliquer à prendre le temps nécessaire lors de la consultation pour une prise en charge correspondant aux besoins des patients, comme cela a été évoqué au § III.2.1. p. 40. Les Canadiens ajoutent qu'il faut s'investir dans une relation thérapeutique dans la durée et accepter que les changements prennent du temps.

III.2.2.1. Collaboration avec le secteur social

L'idée d'une coopération renforcée avec le secteur social pour diminuer l'impact des déterminants sociaux sur l'état de santé de la population est mise en avant par les participants. De nombreuses études vont dans ce sens. Les problèmes sociaux occupent en effet une part importante des problèmes auxquels les médecins généralistes doivent faire face avec leurs patients. Ils se sentent souvent désarmés du fait d'une connaissance incomplète des aides sociales disponibles dont les modalités sont souvent changeantes dans le temps.³⁶

Dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes canadiens travaillant dans des zones défavorisées, il ressort que la collaboration étroite avec les travailleurs sociaux est une des 3 stratégies utilisées par les médecins pour gérer les patients les plus défavorisés. Les 2 autres stratégies consistent à construire une relation personnelle avec le patient et à adapter le niveau d'exigence à la vulnérabilité sociale. Cette dernière proposition est discutable, elle implique que l'on mette de côté l'équité de résultat ?³⁷

Certaines pratiques incorporent complètement les travailleurs sociaux dans leur fonctionnement comme c'est le cas pour le programme "Mount Sinai Visiting Doctors" dans la ville de New-York. Ce programme prend en charge à domicile des patients particulièrement dépendants. L'évaluation sociale initiale est systématique et les travailleurs sociaux qui représentent un tiers de l'équipe peuvent intervenir sur prescription du médecin ou à la demande du patient ou de sa famille.³⁸

Dans l'étude mixte ethnographique Canadienne, une des 10 stratégies est d'améliorer l'accès des patients aux ressources qui combattent les déterminants sociaux de la santé (services sociaux, associations...)³⁵.

III.2.2.2. Interprètes et "patient navigators" auprès des patients

En complément des travailleurs sociaux, l'intérêt de l'intervention de professionnels qui permettent de franchir les barrières de communication est évoqué par les participants. C'est sur cet aspect de l'organisation des soins que les études sont les plus avancées. Il existe en effet de nombreuses études quantitatives sur l'intérêt des interprètes professionnels et des "patient navigators".

Selon une revue de la littérature parue en 2007, le travail des interprètes professionnels a fait la preuve de son efficacité pour améliorer la qualité des soins pour les patients d'origine étrangère avec un faible niveau d'anglais.³⁹ Dans l'étude canadienne, l'accent est mis sur le respect de la culture du patient : sa langue, mais aussi son style de communication non verbale et ses priorités de vie.³⁵

De même, le "patient navigator" a montré son efficacité, lors d'études menées essentiellement aux Etats-Unis. Il permet l'amélioration des délais d'accès au dépistage, au diagnostic et aux traitements des cancers pour les populations les plus défavorisées. Son rôle est d'entreprendre l'ensemble des actions possibles permettant de lever les barrières limitant ou retardant la réception d'un acte médical.^{40,41,42,43}

III.2.2.3. Formation initiale et continue des professionnels de santé

Les participants insistent sur l'importance de la formation initiale et continue des médecins, tout en admettant manquer eux-mêmes de connaissances dans le domaine des inéquités des soins. Ils reconnaissent ainsi le rôle primordial des praticiens non seulement pour ne pas aggraver le problème mais également pour apporter des solutions.¹⁵

Le rôle de la formation figure dans le troisième principe d'action du rapport final de la commission sur les déterminants sociaux de la santé. Pour combler les inégalités en santé en une génération, il faut : "Etendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions des déterminants sociaux de la santé".⁷

Plusieurs études s'attachent à définir les objectifs de cette formation aussi bien en terme de savoir, que de savoir-faire ou de savoir-être. Une étude basée sur la méthode Delphi auprès d'experts a été utilisée en Angleterre.⁴⁴ Au Canada, des patients vivant dans la pauvreté ont participé, aux côtés de professionnels de santé, à la définition d'un programme de formation. Cette étude a utilisé la méthode Photovoice, qui incite les participants à s'exprimer et partager leurs idées par l'intermédiaire de photos.^{45,46}

Dans l'étude mixte ethnographique Canadienne, c'est le savoir être qui est mis en avant. Il s'agit de prendre conscience de l'impuissance des personnes les plus défavorisées et de se comporter en conséquence.³⁵ Cette attitude à adopter appelée "empowerment" et difficile à traduire en français est particulièrement bien décrite par le délégué Suédois (cf. § III.2.4 p. 30).

III.2.2.4. Community oriented care

Les participants en ont peu parlé, mais cette notion du "community oriented care" est très présente dans la littérature. Il s'agit pour les praticiens d'organiser des actions ciblées pour la communauté dans laquelle ils travaillent. Ces "soins orientés vers la communauté" sont importants, notamment en terme de prévention et de dépistage pour améliorer l'équité des soins. A titre d'exemple, on peut citer les actions du Pôle de Santé Paris 13 qui organise des campagnes de vaccination ou des parcours de prévention et dépistage dans les foyers de migrants du treizième arrondissement de Paris.

Pour van Weel, il s'agit d'une démarche de santé publique au service de la communauté locale permettant d'identifier les besoins de santé prioritaires de la population desservie par le centre de santé et d'agir en conséquence. Cette démarche intègre les soins destinés aux individus et à la communauté en mélangeant les compétences cliniques des médecins avec l'épidémiologie, la médecine préventive et la promotion de la santé.⁴⁷

Dans l'étude ethnographique Canadienne, la participation des patients eux-mêmes est reconnue comme importante pour adapter les soins à la communauté, tout comme est important le lien avec les associations locales et les services sociaux locaux.³⁵

Au total, les propositions des participants pour améliorer l'organisation de leurs soins en vue d'atteindre une plus grande équité des soins sont tout à fait cohérentes avec les données de la littérature. Certaines propositions comme les interprètes et les "patient navigators" ont déjà fait la preuve de leur efficacité tandis que d'autres en sont à une phase plus expérimentale.

III.2.3. Adopter les méthodes d'amélioration de la qualité

L'idée d'appliquer les méthodes d'amélioration de la qualité a été mise en avant par les participants, eux-mêmes experts de la qualité des soins. A ce jour, cette stratégie a été très peu testée, mais elle est partagée par de nombreux experts dans ce domaine, dont Kevin Fiscella qui en décrit longuement les modalités dans un chapitre d'ouvrage intitulé "Eliminating disparities in health care through quality improvements".²¹ Dans ce chapitre, il prend l'exemple des inéquités qui se produisent à l'encontre des patients appartenant à des minorités ethniques.

Pour Kevin Fiscella, de l'université de Rochester aux Etats-Unis, deux stratégies sont possibles pour réduire l'inéquité des soins. La première consiste à mettre en place des actions ciblées sur les patients les plus défavorisés. La deuxième stratégie consiste à appliquer des méthodes d'amélioration de la qualité à tous les patients en s'attendant à ce que l'intervention bénéficie de façon disproportionnée aux minorités. Il souligne qu'il existe actuellement peu d'interventions spécifiquement mises en place pour réduire l'inéquité des soins. Dans le contexte actuel de réduction des coûts, il lui paraît plus raisonnable de mettre en place des interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en population générale et d'évaluer leur bénéfice pour les minorités. Il propose différentes stratégies d'amélioration de la qualité : cibler des groupes spécifiques de patients, cibler des centres de santé qui gèrent un grand nombre de patients issus de minorités, améliorer la compétence culturelle et les capacités de communication des professionnels de santé, promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation des risques, limiter l'excès d'utilisation des ressources par les plus favorisés.

Dans sa boîte à outils qualité, nous retrouvons de nombreux outils communs avec les propositions des participants : (i) messages de rappel pour les médecins, concernant en particulier les actions de prévention, (ii) retour sur la performance des professionnels de santé concernant leur prise en charge des minorités, (iii) formation des médecins, (iv) intensification des moyens de contact pour les patients n'ayant pas répondu au premier appel pour un dépistage par exemple, (v) protocoles de prise en charge des patients, (vi) éducation du patient, (vii) implication du patient dans la prise en charge de sa santé ("empowerment"), (viii) formation à la compétence culturelle, (ix) réorganisation des centres de santé, (x) interventions orientées vers la communauté.²¹

Nous sommes convaincus que les méthodes d'amélioration de la qualité pourraient être efficaces pour mettre en place et évaluer des stratégies d'amélioration de l'équité des soins. Avant cela, il importe de pouvoir réaliser un état des lieux précis de l'équité des soins dans les différents pays, dans les différentes régions, au sein des différents cabinets ou centres de santé. C'est pourquoi nous avons demandé aux participants quelle était la place accordée à l'équité dans l'évaluation de la performance de leur système de santé.

III.3. Pourquoi l'équité des soins est-elle très peu évaluée ?

L'importance d'évaluer l'équité des soins est affirmée par la commission sur les déterminants sociaux de la santé. Dans le troisième principe d'action pour combler les inégalités en santé, aux côtés de la nécessité de formation des professionnels de santé dont nous avons déjà parlé, figure la nécessité de "mesurer l'ampleur du problème, et d'évaluer l'efficacité de l'action".⁷

Si l'idée d'utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité paraît unanime, sa mise en œuvre est freinée d'une part par l'absence de définition claire et d'indicateurs précis de l'équité des soins, d'autre part par la méconnaissance par les médecins du statut socio-économique de leurs patients. Pour les participants de notre étude l'équité des soins est actuellement peu ou pas évaluée en tant que dimension de la qualité dans les pays Européens représentés.

III.3.1. Absence de définition et d'indicateurs consensuels d'équité des soins

Nous avons constaté que les participants de l'étude avaient une définition incomplète et non partagée de l'équité des soins. Ils n'ont cité que quelques indicateurs qui concernaient l'équité d'accès. Ce n'est pas qu'ils sont insensibles à ce problème, mais simplement qu'il n'y a pas à ce jour de définition véritablement actionnable de l'équité des soins.

Le rapport 2012 sur la performance du système de santé Belge souligne lui aussi la difficulté à évaluer l'équité des soins du fait de l'absence de définition précise et consensuelle du concept, notamment parce qu'il se réfère à des notions de justice sociale et de besoins de soins qui sont subjectives. La difficulté est encore plus grande quand il s'agit de mettre en place des indicateurs permettant de mesurer cette notion.⁴⁸

Nous avons trouvé dans la littérature différentes propositions d'indicateurs d'évaluation de l'équité. 2 études proposent une liste d'indicateurs explorant notamment l'équité de traitement et l'équité de résultat.

Dans les suites de l'étude mixte ethnographique Canadienne dont nous avons parlé au § III.2.2 p. 41, les auteurs ont utilisé la méthode Delphi pour construire une liste d'indicateurs d'équité des soins (hors équité d'accès), permettant de mesurer et de monitorer la capacité des centres de santé à fournir des soins équitables. Sur les 17 dimensions retenues, 4 évaluent l'organisation du centre de santé, 9 évaluent l'équité de traitement et 4 indicateurs évaluent les résultats de ces traitements. En revanche, ils ne proposent pas dans cette étude d'échelle d'évaluation de chacune des 17 dimensions.^{49,50}

Dans l'étude Européenne QUALICOPC, les indicateurs utilisés pour évaluer l'équité des soins dans l'article "Access, treatment and outcomes of care : a study of ethnic minorities in Europe" sont définis de façon extrêmement précise. Ils sont construits à partir des items du questionnaire soumis aux patients. Ces indicateurs explorent les 3 dimensions de l'équité des soins.

Deux indicateurs permettent d'évaluer l'accès aux soins : les heures d'ouverture du cabinet (Sont-elles trop restreintes ?) et l'éloignement du cabinet (Est-il trop éloigné de chez les patients ou de leur lieu de travail ?).

Deux indicateurs permettent d'évaluer les traitements. La variable "interaction patient médecin" est construite à partir des réponses à 8 items : (i) Le médecin était poli, (ii) le médecin écoute attentivement, (iii) le médecin ne m'a quasiment pas regardé quand nous parlions, (iv) le médecin m'a posé des questions sur mon problème de santé, (v) je n'ai pas vraiment compris ce que le médecin essayait de m'expliquer, (vi) le médecin a pris

suffisamment de temps, (vii) j'ai été impliqué dans les décisions concernant mon traitement, (viii) le médecin m'a demandé si j'avais d'autres problèmes que celui pour lequel j'avais consulté initialement. L'interaction patient médecin est satisfaisante si 6 items ou plus sont évalués positivement. La variable "continuité des soins" est construite de la même façon avec 2 items : (i) le médecin connaît d'importantes informations concernant mes antécédents médicaux, (ii) le médecin connaît mes conditions de vie. La continuité des soins est satisfaisante si les 2 items sont évalués positivement.

Enfin, deux indicateurs permettent d'évaluer les résultats du parcours de soins : la satisfaction du patient (Est-ce que le patient recommanderait ce médecin à un ami ou à un membre de sa famille) et le report des soins (Est-il arrivé au patient au cours des 12 derniers mois d'avoir à reporter une consultation ou à s'abstenir de consulter un médecin quand il en avait besoin ?).³⁰

III.3.2. Nécessité d'intégrer le statut socio-économique dans le dossier patient

Les participants, tous médecins généralistes en activité, indiquent que l'enregistrement du statut socio-économique n'est pas fait de façon systématique dans les dossiers patients dans leur pays. Aucun d'entre eux n'indique d'ailleurs le faire lui-même pour ses propres patients.

En plus de l'absence de définition et d'indicateurs d'équité des soins partagés, l'absence de données socio-économiques dans les dossiers patients empêche toute évaluation précise de l'équité des soins délivrés par les praticiens et tout suivi de l'impact d'une intervention qui serait mise en place pour améliorer l'équité.

Pourtant dans la littérature, l'importance de l'enregistrement de la position sociale du patient est affirmée par de nombreux auteurs. En 1999, Smeeth faisait déjà le constat de l'absence de telles données dans les dossiers au Royaume-Uni, alors que leur connaissance est indispensable pour combattre les inégalités de santé. Connaître le statut socio-économique des patients est nécessaire pour cibler les interventions pour ceux qui en ont le plus besoin, pour évaluer l'effet d'une action mise en place pour réduire les inégalités, pour évaluer les risques pour un patient donné, notamment le risque cardio-vasculaire...⁵¹ En 2010, à nouveau au Royaume-Uni, Hutt réaffirme la nécessité de l'enregistrement de telles données. Dans son rapport "Tackling health inequalities in primary care", cette pratique est la première de sa liste de bonnes pratiques pour combattre les inégalités.⁵²

En 2014, en France, le Collège de la Médecine Générale a publié des recommandations pour enregistrer la position sociale d'un patient. Une liste de 16 paramètres dont 7 sont jugés indispensables a été construite par un groupe d'experts. Les 7 informations indispensables sont : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient. Les capacités de compréhension sont évaluées par la question "Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?". A cela s'ajoute une liste de 9 informations jugées utiles : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue.⁵³

Conclusion

Si les données sur les inégalités sociales de santé sont très nombreuses, notre étude montre qu'il n'y a pas actuellement en Europe d'évaluation de l'équité des soins délivrés par les différents systèmes de santé. Il manque pour cela une définition opérationnelle et des indicateurs précis d'équité des soins. De plus, toute évaluation est rendue difficile par l'absence d'enregistrement systématique du statut socio-économique dans les dossiers des patients.

D'après l'observation du Royal College of General Practitioners datant de 2009. "La prise en charge des inégalités de santé n'est pas considérée comme une activité de base pour la majorité des médecins généralistes. Ceux-ci ne considèrent pas de leur ressort la gestion des inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé. Au mieux ils réalisent qu'ils doivent éviter par leurs actions d'aggraver le problème".⁵⁴ Les participants de notre étude, médecins généralistes experts de la qualité des soins, sont plus sensibilisés que l'ensemble des GP Européens à la notion d'équité des soins. Même s'ils en donnent une définition incomplète, ils proposent de nombreuses solutions pertinentes d'amélioration de l'équité des soins.

Il reste beaucoup à faire pour promouvoir l'équité comme dimension clé de la qualité des soins en soins primaires/médecine générale. Mais nous sommes convaincus que l'évaluation continue de l'équité des soins dans la pratique quotidienne et son amélioration constante en utilisant les méthodes d'amélioration de la qualité pourraient constituer une façon pragmatique et efficace de combattre les inégalités sociales de santé.

Pour favoriser l'équité des soins primaires et ainsi prendre part au combat contre les inégalités sociales de santé nous avons besoin :

- D'une politique claire d'évaluation de l'équité incluant une définition précise et largement partagée de l'équité des soins,
- De recommandations pour l'évaluation et l'amélioration de l'équité en soins primaires,
- De formation sur l'équité de santé et l'équité des soins pour les actuels et futurs médecins généralistes ainsi que pour les autres professionnels de santé,
- De l'adaptation de l'organisation des cabinets, de ressources humaines (travailleurs sociaux, interprètes, "patient navigators"...) et d'incitations financières pour soutenir les cabinets qui prennent en charge des groupes de population vulnérable, à risque d'inéquités,
- De l'enregistrement des données à la fois cliniques et sociales dans le dossier patient,
- D'une focalisation sur les résultats en terme d'état de santé.

Bibliographie

- 1 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website [En ligne]. 2015 [consulté le 6 août 2016]. Disponible: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.
- 2 Cambois E, Laborde C, Robine JM. La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population & Sociétés*. janv 2008;441.
- 3 Van Oyen H, Berger N, Nusselder W, Charafeddine R, Jagger C, Cambois E, et al. The effect of smoking on the duration of life with and without disability, Belgium 1997-2011. *BMC Public Health*. 2014;14:723.
- 4 Marmot MG. Fair society, healthy lives: the Marmot review ; strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review; 2010.
- 5 Chen S, Parmigiani G. Meta-Analysis of BRCA1 and BRCA2 Penetrance. *Journal of Clinical Oncology*. 10 avr 2007;25(11):1329-33.
- 6 Commission Européenne. Eurostat [En ligne]. [consulté le 20 août 2016]. Disponible: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- 7 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 246 p.
- 8 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
- 9 Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*. juill 2001;55(7):452-4.
- 10 Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 5 juin 2008;358(23):2468-81.
- 11 Black D. Inequalities in Health, Report of a Research Working Group [En ligne]. Department of Health and Social Security; 1980 [consulté le 23 août 2016]. Disponible: <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>.
- 12 Ward PR. The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a "fair go, for a fair innings". *Qual Prim Care*. 2009;17(1):49-54.
- 13 Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. nov 2001;53(9):1149-62.
- 14 Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 27 févr 1971;1(7696):405-12.
- 15 Smeeth L, Heath I. Why inequalities in health matter to primary care. *Br J Gen Pract*. juin 2001;51(467):436-7.
- 16 International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron*. nov 1978;32(11):428-30.

- 17 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* juin 2003;38(3):831-65.
- 18 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
- 19 World Health Organization. *Primary health care: now more than ever.* Geneva: World Health Organization; 2008. 119 p. (The world health report).
- 20 Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm a new health system for the 21st century* [En ligne]. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001 [consulté le 11 juillet 2015]. Disponible: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10032412>.
- 21 Fiscella K. *Eliminating Disparities in Health Care Through Quality Improvement.* In: Williams RA, éditeur. *Healthcare Disparities at the Crossroads with Healthcare Reform.* Boston, MA: Springer US; 2011. p. 231-67.
- 22 European Society for Quality and Safety in Family Practice [En ligne]. [mis à jour le 14 octobre 2015; consulté le 25 février 2016]. Disponible: http://equip.dudal.com/flx/about_equip/.
- 23 WONCA Europe: World family doctors [En ligne]. 2014 [consulté le 25 février 2016]. Disponible: <http://www.woncaeurope.org/content/about>.
- 24 Carsten Schmitz, LimeSurvey Project Team. *LimeSurvey: An Open Source survey tool* [En ligne]. Hamburg, Germany: LimeSurvey Project; 2015 [consulté le 31 mai 2016]. Disponible: <http://www.limesurvey.org/>.
- 25 Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* août 2000;23(4):334-40.
- 26 Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health.* févr 2010;33(1):77-84.
- 27 Neergaard M, Olesen F, Andersen R, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology.* 2009;9(1):52.
- 28 Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract.* 2011;12:115.
- 29 Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care.* 2013;21(2):67-79.
- 30 Hanssens LGM, Detollenaere J, Hardyns W, Willems SJT. Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *Int J Public Health.* mai 2016;61(4):443-54.
- 31 Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* sept 2002;56(9):647-52.
- 32 Khaw FM. *Healthy lives, healthy people in Newcastle* [En ligne]. 2011 [consulté le 13 sept 2016]. Disponible: http://www.cvsnewcastle.org.uk/assets/files/healthy_lives_healthy_people_dr_khaw.pdf.
- 33 Fiscella K, Epstein RM. So Much to Do, So Little Time: Care for the Socially Disadvantaged and the 15-Minute Visit. *Archives of Internal Medicine.* 22 sept 2008;168(17):1843.

- 34 Fédération des Médecins de France. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [En ligne]. 2016 [consulté le 15 Sept 2016]. Disponible: http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/convention_2016.pdf
- 35 Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health*. 2012;11:59.
- 36 Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health*. nov 2007;61(11):966-71.
- 37 Loignon C, Fortin M, Bedos C, Barbeau D, Boudreault-Fournier A, Gottin T, et al. Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Fam Pract*. avr 2015;32(2):232-6.
- 38 Reckrey JM, Gettenberg G, Ross H, Kopke V, Soriano T, Ornstein K. The Critical Role of Social Workers in Home-Based Primary Care. *Social Work in Health Care*. 21 avr 2014;53(4):330-43.
- 39 Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. avr 2007;42(2):727-54.
- 40 Dejardin O, Berchi C, Mignon A, Pornet C, Guillaume E, Guittet L, et al. Inégalités sociales, du constat à l'action – Intérêt de la mise en place d'un accompagnement personnalisé pour la réduction des inégalités sociales en cancérologie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2011;59(1):45-51.
- 41 Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Darnell JS, Dudley DJ, Fiscella K, et al. Impact of patient navigation on timely cancer care: the Patient Navigation Research Program. *J Natl Cancer Inst*. juin 2014;106(6):dju115.
- 42 Ramirez A, Perez-Stable E, Penedo F, Talavera G, Carrillo JE, Fernández M, et al. Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: the Six Cities Study. *Cancer*. 1 mars 2014;120(5):752-60.
- 43 Percac-Lima S, López L, Ashburner JM, Green AR, Atlas SJ. The longitudinal impact of patient navigation on equity in colorectal cancer screening in a large primary care network. *Cancer*. 1 juill 2014;120(13):2025-31.
- 44 Williamson AE, Ayres R, Allen J, Macleod U. Core intended learning outcomes for tackling health inequalities in undergraduate medicine. *BMC Med Educ*. 2015;15:66.
- 45 Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav*. juin 1997;24(3):369-87.
- 46 Hudon C, Loignon C, Grabovschi C, Bush P, Lambert M, Goulet É, et al. Medical education for equity in health: a participatory action research involving persons living in poverty and healthcare professionals. *BMC Med Educ*. 2016;16:106.
- 47 van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet*. 13 sept 2008;372(9642):871-2.
- 48 Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian health systems. Report 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report volC. D/2012/10.273/116.

- 49 Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, Smye V, Godwin O, et al. Enhancing measurement of primary health care indicators using an equity lens: An ethnographic study. *Int J Equity Health*. 2011;10:38.
- 50 Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, Fridkin A, Smye V, et al. Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS ONE*. 2014;9(12):e114563.
- 51 Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*. 17 avr 1999;318(7190):1020-1.
- 52 Hutt P, Gilmour S. Tackling inequalities in general practice: an Inquiry into the Quality of General Practice in England [En ligne]. London, UK: The King's Fund; 2010 [consulté le 18 septembre 2016]. Disponible: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/health-inequalities-general-practice-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf.
- 53 Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la position sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [En ligne]. 2014 [consulté le 18 sept 2016]. Disponible: http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf.
- 54 Baker M. Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review): An RCGP paper on the role of primary care in the reduction of health inequalities [En ligne]. 2009 [consulté le 18 septembre 2016]. Disponible: http://www.rcgp.org.uk/Policy/RCGP-policy-areas/~/_media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Marmot-Review-Paper-September-2008.ashx.

Annexe 1 : Article soumis au British Journal of General Practice

TITLE: Role of equity in the quality assessment of primary care in Europe.

AUTHORS: Dorothee RAMBAUD^a, Sara WILLEMS^b, Piet VANDEN BUSSCHE^b, Hector FALCOFF^c.

a corresponding author
Department of General Practice
Paris Descartes University, Paris France
1 rue des Mecardes, 92190 Meudon, France
dorothee.rambaud@gmail.com
+33 6 75 44 06 18

b Department of Family Medicine and Primary Health Care
Ghent University, Gent, Belgium

c Department of General Practice
Paris Descartes University, Paris France

ABSTRACT (230 words, keywords excluded)

Background: Equity can be regarded as one of the key dimensions of quality in health care and health care equity as an important social determinant of health. To further improve the quality of primary health care, equity of care should be measured, monitored and improved using quality improvement strategies and tools.

Aim: To explore how and to what extent equity is addressed in primary care quality assessment actions at different levels in European countries.

Design and setting: Qualitative study with the representatives of 24 European countries in the European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP, a WONCA Europe network) and key informants.

Method: Data were collected through a semi-structured, self-administered online survey in four consecutive data collection rounds, refining the data in each round and including feedback sessions with the participants. A qualitative description method was applied to analyse the data.

Results: 39 out of 44 national representatives in EQuIP filled in the survey representing 24 European countries. 9 key informants from 6 European countries added additional data. The evaluation of equity as a dimension of quality is unusual in the quality assessment actions undertaken at the level of the health care system and even more uncommon in actions at the practice level.

Conclusion: Although it could be a way to tackle health inequities, equity is not addressed when assessing the quality of care in European countries.

KEYWORDS : General Practitioners [Mesh], Primary Health Care [Mesh], Healthcare Disparities [Mesh], Health equity [Mesh], Outcome and Process assessment (Healthcare) [Mesh], Qualitative research [Mesh]

How this fits in?**What was previously known?**

Equity is one of the 6 dimensions of quality of care.

The inverse care law still applies: the availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.

What does this paper add?

Today in Europe, the evaluation of equity as a dimension of quality is unusual in the quality assessment actions undertaken at the level of the health care system and even more uncommon in actions at the practice level.

Even when they are involved in quality improvement, equity in health care is not a major concern for European General practitioners.

INTRODUCTION

Health is not distributed equally: the lower a person's social position, the worse his or her health. Since these differences in health largely originate from social determinants of health ("the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life"), they are unnecessary and avoidable and can be considered as unfair and unjust.^{1,2,3}

Health inequities have been extensively described in all European countries.^{4,5,6,7,8} The health care system may play a role in reducing these inequities. Therefore, care has to be equitable itself, i.e. care should not vary according to a person's socio-economic position, ethnic background, gender or other characteristics but solely to his or her need for care. Additionally, care should not only be equal for people in equal need (horizontal equity), but health care should also become more enhanced when greater needs are present (vertical equity).⁹ If not, the health care system might contribute to the conservation of health inequities and even increase them.

Equity is regarded as a key dimension of the quality of health care, jointly with safety, effectiveness, patient centeredness, timeliness and efficiency.¹⁰ To improve quality of care, equity -as for all dimensions of quality- should be measured, monitored and improved by applying quality improvement strategies and tools.¹¹ Measuring equity of care implies to compare quality indicators across different social groups, and therefore to collect not only data about care but also data about the social status and context of patients. This vision is expressed by renowned international organisations involved in primary care and/or quality assessment, National Academies of Medicine and leading researchers in the field.^{12,13,14} However, it is not clear how this is translated into practice.

The aim of this study is to explore how and to what extent equity is actually addressed in primary care quality assessment actions at different levels in European countries.

METHOD

Qualitative data were collected in four consecutive data collection rounds with members of EQuIP and with key-informants, refining the data in each round. Between the data collection rounds the data were analysed and the results were presented to the study participants.

The project was conducted by an interdisciplinary research team of four researchers with a complementary expertise in international health services research and quality of health care and experience in qualitative research.

I. Participants

Data were collected from EQuIP members who officially represent the national colleges from the following countries: Austria, Belgium, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Israel, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Macedonia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, United Kingdom. The delegates can be regarded as recognised experts in the domain of quality and safety of primary care in their country, by their peers.

In the last round of data collection some of the representatives indicated they were lacking the knowledge to provide more detailed information. In that situation, they were asked to suggest names of key informants in their country that could add the lacking information to the survey.

II. Data collection

The data were collected in four consecutive data collection rounds, refining the data in each round.

In the first round, the EQuIP national representatives were invited by e-mail to fill in a semi-structured survey within the next 30 days. Several reminders were sent out. The answers were analysed by the project team and the first results were presented and discussed at the EQuIP spring meeting in Paris (France) in April 2013 where most of the study participants were present. To further refine the data, a second round of data collection was set up in which the delegates were presented their previous answers and had the possibility to validate, modify or complete them. The delegates who didn't complete the survey in the first round and new national representatives in EQuIP received a blank survey. Next, an update on the results was presented during the EQuIP autumn meeting in Bologna (Italy) in November 2013. Efforts were made to motivate the last non-responders to fill in the survey. For some countries detailed information was lacking. When the delegate was unable to provide this information he/she was asked to suggest names of key informants in their country who could contribute. As a result, in January 2014, the survey was sent to 19 key informants to refine the information that was already available (round three). In the subsequent analysis, some final needs for clarification emerged. The authors took advantage of the spring meeting in Ljubljana (Slovenia) in April 2014 to interview some of the delegates on the answers they provided in an earlier phase and to clarify the last unclarities (round four). The delegates who didn't attend the Ljubljana meeting were contacted by e-mail.

III. Survey

The survey addressed the following themes: (i) the perception of the concept of "equity in health care" and the perceived barriers in the equity of the health care system, (ii) equity as a dimension of quality of health care, at both the health system level and the practice level, and (iii) how to improve equity in health care at the system- and practice level.

A first draft of the survey was developed based on the objectives of the study and presented to an international panel of 15 health equity experts to comment on both its content and layout. The experts' suggestions, mainly related to layout, grammar and word choice, were processed and led to the final version of the survey.

In the first three rounds of data collection the survey was available online, using LimeSurvey¹⁵, and self-administered. In the fourth round the survey was administered face-to-face.

IV. Data analysis

Qualitative description method was chosen to analyse the data. According to the qualitative description method, verbatim were analysed, using qualitative content analysis (with a modifiable, not pre-existing coding system), to summarize the informational content of the data, with a low level of interpretation in order to stay as close as possible to the informants' experiences.^{16,17,18}

After the expiry date of the survey, the investigators read several times the answers on the open-ended questions and analysed the data using thematic content analysis. For practical reasons, several consensus meetings occurred between the French researchers and the Belgian researchers separately, then a final meeting of the whole team was organised to compare the analysis of both research-duos. In situations of divergence in the interpretation of the data, team discussions occurred in order to reach a consensus. Where additional data was obtained (from delegates' second participation, new delegates, interviews or key informants), the same method (with a modifiable coding system) was used to analyse the data.

After each data collection round, the results of the analysis were presented during an EQuIP meeting to the EQuIP equity working group. The group was asked to reflect on the coding, the data analysis and the interpretation, and to identify the themes that needed more in-depth detail. The reflection formed the input for the subsequent data collection round.

RESULTS

I. Participants

44 EQuIP delegates representing 24 countries received an invitation to fill in the survey. Three of them joined EQuIP during the Paris Spring meeting and therefore participated only from round two on. 35 delegates (79.5%) participated in the first data round. Each country was represented by at least one delegate's answer.

The survey was also sent to 19 key informants (KI), among which 9 accepted to participate, bringing additional data from Belgium (2 KI), Denmark (1 KI), Finland (2 KI), Spain (2 KI), Portugal (1 KI) and Switzerland (1 KI).

In the last data collection round, we intended to interview 23 delegates to clarify some of their answers and managed to conduct 11 face-to-face interviews during the spring meeting in Ljubljana and 5 e-mail interviews (Figure 1).

In this paper the results of the analysis on the final database, including the answers from the KI, are presented.

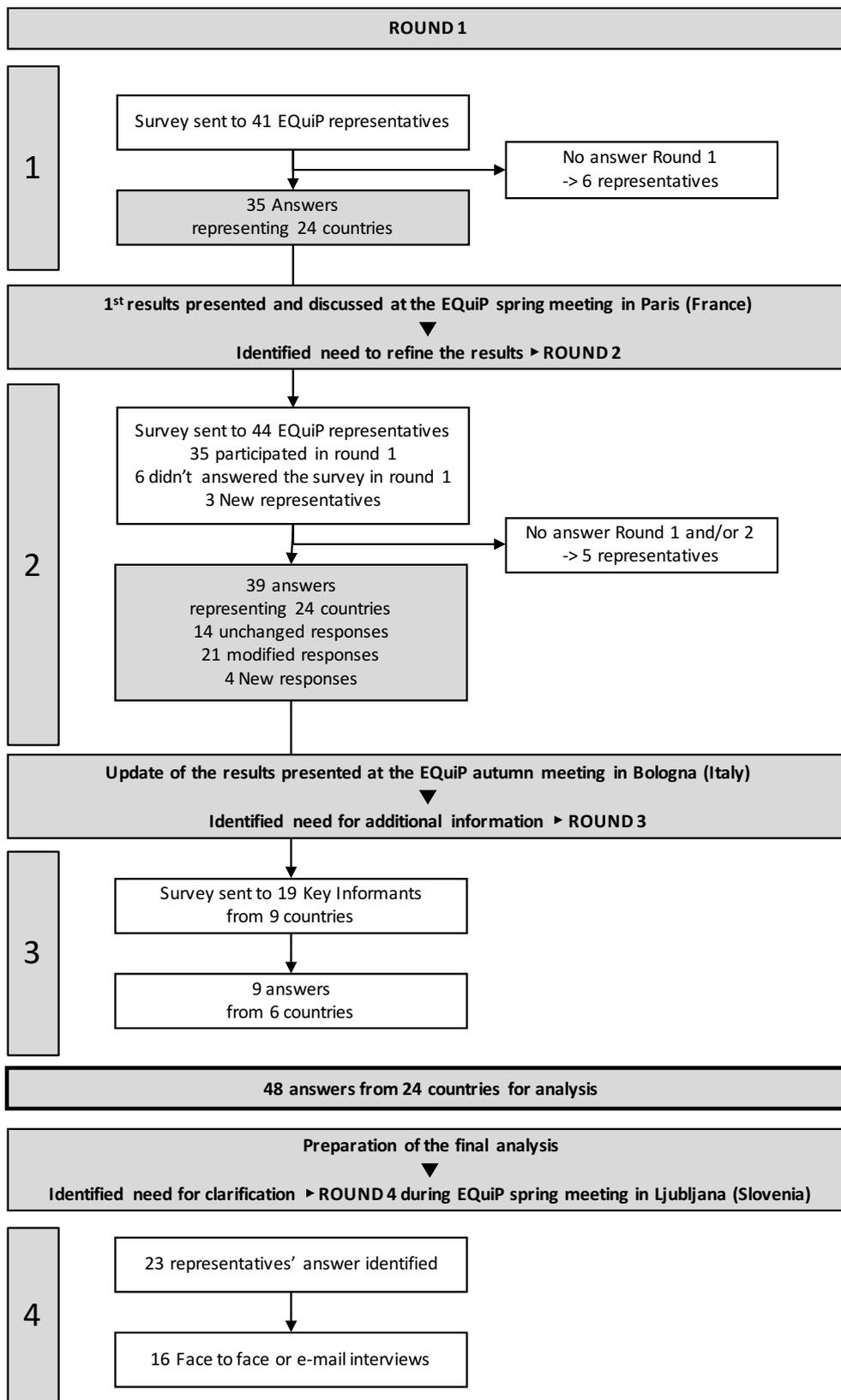


Figure 1: Flow chart

II. Is equity assessed in PC ?

Our survey distinguished between the assessment of equity in quality monitoring actions at the system level and at the practice level.

At the system level equity seems to play a role in the assessment of quality in 6 countries: Belgium, Denmark, Finland, Israel, Netherlands, and United Kingdom.

In the evaluation report of the performance of primary care in Belgium, equity is -to limited extent- mentioned. The indicators of equity are the percentage of postponement of care because of financial reasons and the total amount of patient fees. (Belgium)

The four health funds have all the data regarding the social and health status of all the different ethnic and social groups in Israel and this enables them to target specific groups when it comes to campaigns, for example mammography and flu vaccination. (...) The Ministry of Health publishes the statistics on the health status of the citizens every year and these figures are freely available to anyone. (Israel)

Equity is an important political theme in Denmark. There are big inequalities, this is known from a range of studies. These studies are done within a system of health and social statistics which is very good established. Although there is an efficient data capturing system in the practices in Denmark, there is no continuous monitoring system with clear cut indicators about equity. (Denmark)

Equity as a quality indicator on macro level is mostly visible in publicly available reports about waiting times. However, the importance of this system is more applicable to specialised health care services and to lesser extent in primary health care. (Finland)

Equity is taken into consideration in the assessment of the quality of the health care system by assessment of accessibility of the poorest to the health care system. Indicators: number of patients that don't pay moderating taxes when using the health care system and number of consultations performed. (Portugal)

At the practice level, equity of care seems to be evaluated even less frequently. In the Netherlands, equity is one of the topics of the set of quality of care indicators on which contracts between health care providers (GPs or groups of GPs) and health insurers are based

In the contracts with health insurance companies, equity is one of the conditions for delivering care. There is an additional budget for the GP for low-income areas. In the Practice accreditation, equity is one of the items. (Netherlands)

In Finland, the evaluation of the quality of care is up to the health centres, and some of them do evaluate equity.

Community health centres can decide how they assess the quality of care. There is no national system for quality assessment, and few health centres assess equity systematically. (Finland)

Equity is a rising topic in discussions and a frequent subject of research studies.

There is a fair amount of scientific information about equity in health care, but so far there is no systematic plan to keep following up the development in this matter, but it is more in the hands of a few research groups. Also, issues found out in these studies, such as socioeconomic inequities, are not used as an operational quality indicator. (They) are, however, widely used as an argument for the need to health care reform. (Finland)

III. Barriers and facilitators to the assessment of equity

The first barrier is that most participants are not familiar with the concept of equity in healthcare.

Most participants define equity as the absence of financial barriers to access to care.

The Italian NHS is to be considered fairly equitable because the access is free to PHC and to services and patients with serious problems don't pay anything at any level. (Italy)

Moreover, in the countries where participants consider that there is no barrier to equity, universal health insurance coverage is sometimes presented as the necessary and sufficient condition for equity in health care.

Equity is not really an issue in Switzerland since we have a mandatory health insurance system (...). If someone cannot pay the insurance, social security pays the fees. (Switzerland)

For some delegates, (especially in the countries where the financial barriers are less important), "equal care" is the definition of equity in primary health care. The absence of financial barriers allows GPs to provide the same level of care to every patient.

For the majority of doctors, it is common sense to have the same level of medicine for the patients. (Austria)

Some participants also consider that a health care system which sets up programs for specific population groups is equitable.

In some municipalities special actions have been taken to mitigate inequity, such as regular health checks for unemployed people, or appointing a care manager for people with chronic and multiple health problems. Considerable resources are provided for preventive care (particularly antenatal and maternity care, child and school health) and the use of resources is endorsed and monitored according to law. (Finland)

The second barrier is that the socio-economic status of the patient is never systematically collected in the patients' records. Most of the time, it is left to the GP's initiative.

Some data-base used in PHC gives the choice to set the Social Class Status Score, but this is left to subjective initiative and these data are seldom utilized. (Italy)

This information is not mandatory in the medical records and the majority of the GPs don't find it important and culturally, it is a very difficult question to ask in Belgium (French speaking part). (Belgium)

Only the profession of the patient is available in the health record systems, but no structured information on the real situation (e.g. whether the patient is unemployed). No other systematically collected socioeconomic data is available from health records. (Finland)

Occupation is recorded, however it is not obligated. (The Netherlands)

The health insurance or reimbursement status, which is often recorded in the patient file, is a way to approach the socio-economic status of the patient, especially in countries where public funded health insurance is based on the income.

Nowadays, our EHR Electronic Health Record system informs us directly if the patient is under the economic insufficiency criteria according to information that is shared between the Finance Ministry and the Health Ministry. (Portugal)

Some patients get higher reimbursement of their health costs, either on low income basis or for some pathologies; this is normally visible in the medical files of the doctor's electronic health record. (Belgium).

The only information is what status the patient has within his health fund (member or retired). When the government is paying (i.e. homeless patients, asylum seekers) this is collected although. (Germany)

The third barrier is the absence of common indicators to evaluate equity. The access inequalities between social groups are the most commonly used indicators to approach inequity.

Monitoring the access to care is mandatory. Equity in access is monitored by the ministry of health. Access by telephone, time to professional assessment (by nurse), and time to treatment are reported, and penalties apply for municipalities who do not meet the standards. However, the standards have a limited influence on inequalities. (Finland)

The coverage of PHC is most frequently monitored (= the proportion of the population in different age groups who have seen a PHC professional during the last year or longer time period). (Finland)

Percentage of postponement of care because of financial reasons; total amount of patient fees. (Belgium)

There are DAK-E indicators for fragile elderly patients, children vaccination rates etc. Indicators of chronic care highlights that it often is less affluent and immigrant patients that lack care or is dysregulated or can't afford medications. (Denmark)

The first facilitator could be a clear equity assessment policy.

1. Equity must be included in the national health systems priorities, 2. Information coming from the 17 electronic health records (one for each autonomous communities), 3. Establish a national sentinel system for this kind of surveillance, 4. Assessment and feedback (Spain)

Protocols and medical records could play an important role in the evaluation and improvement of equity.

Introduction of chronic disease management protocols/services as part of the contract would improve equity at the practice level. (Ireland)

Recording data about the patient social position and the patient outcomes could be a beginning to measure equity. (France)

Participants recognise that there is a need for training of students, doctors and staff on equity in order to change people's attitude towards more vulnerable people.

Education of medical students on analysing the social environment of their patients at a very early stage of their studies. (France)

The key is that all those who work at the health centre understand the differences in people's control over their lives and how powerlessness breaks down your sense of initiative. It comes to constantly be vigilant of our superiority of power in our contacts with patients. (Sweden)

I think, as a GP trainee, its difficult to participate in the "hands on work", for us, I think the main aim is to create a focus on the topic - so when I settle down as a GP I will know how to handle inequity. (Denmark)

DISCUSSION

SUMMARY

Although it is a rising topic in political discussions and research, the evaluation of equity as a dimension of quality is unusual at the level of the health care system, and it almost never happens at the practice level in primary care. The participants do not share a clear definition of equity, and often reduce it to universal coverage and equal access to care for all. Although it is a prerequisite for equity assessment at the practice level to register the socio economic status of the patients, this is never registered systematically in the patient file.

STRENGTHS AND LIMITATIONS

Our study has some limitations. EQuIP delegates are experts in quality of primary care, but they might not be the most appropriate experts in the field of equity in their country. Sometimes we collected divergent answers from the same country. Possibly some questions were not fully understood by some delegates. The authors believe the main explanation for such variation lies with the lack of consensus and guidelines on the topic of equity in healthcare. Because of the small sample size, comparisons between the countries were not possible.

On the other hand, the study was conducted thoroughly. We built a survey with the help of international experts and in the data collection we followed several data collection rounds with consultations of the participants on the analysis, results and interpretation in between rounds. Missing information was collected through contacting key informants. Using a qualitative description method allowed us to obtain a rich and comprehensive description of the participants' perception on equity.

COMPARISON WITH EXISTING LITERATURE

According to our results, most delegates (and hence probably most European GPs) reduce equity to equality. They consider that universal access and no co-payment allow health professionals to treat patients equally, and that this is equity. They appear not to consider that patients have to be treated differently, according to their health needs (vertical equity). Their perception of equity is focused on access, not on outcomes. Moreover, respondents are focused on personal care, and they seem overlook community oriented primary care which

“integrates individual and population based care, blending clinical skills with epidemiology, preventive medicine, and health promotion”.¹⁹

In their countries, EQuIP delegates are among the main experts of quality improvement in primary care. However, our results show that most delegates are not familiar with the concept of equity, confirming that today “addressing health inequalities is not actually seen as a core activity for the majority of primary care organisations and GPs. (...) most GPs do not see addressing social determinants of health inequality as their role; at best they may realise that they should not, by their actions, make things worse”.²⁰

Our results confirm earlier studies reporting there is no consensus on how to evaluate equity in daily practice, nor with what indicators.²¹ They show that there is still much work to be done to promote equity as a key dimension of quality in general practice/primary care

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

To address health inequities, which exist in all European countries, we need:

- strong equity policies, including a clear and widely shared definition of equity of care,
- guidelines for the assessment and the improvement of equity in primary care,
- training on health equity and equity in health care for present and future GPs and other health care providers,
- adaptation of practice organisation, human resources (staff, social workers, patient navigators, translators...) and incentives to support practices with vulnerable or deprived population groups who are at risk of inequity,
- to collect both clinical and social data in the medical records¹⁴
- to include a focus on outcomes.

Intervention studies explicitly designed to address health inequities are uncommon and raise methodological problems. In daily practice “it makes sense to institute interventions that have a proven track record for improving health care in the general population, and then assess their benefits for minorities”.¹¹

Continuous equity assessment and improvement, using the quality toolbox, could be a pragmatic way to go forward.

FUNDING: EQuIP European Society for Quality and Safety in Family Practice

ETHICAL APPROVAL: This study was approved by the ethics committee of Paris Descartes University “Ile de France II” (Paris, France), on 4 November 2013, and registered under n°2013-10-16.

COMPETING INTERESTS: The authors declare not to have any conflict of interest related to the content of this article.

ACKNOWLEDGEMENTS: The authors would like to thank:

- the international experts for their help in developing the content and the layout of the survey
- the EQuIP equity working group members for their help in the data analysis and interpretation
- all the EQuIP delegates for their enthusiasm for the present study and the time they spent to answer the survey.

Word Count: 2409 words

- **Main text (table, figure and references excluded): 3481 words**
- **Among which citations 1072 words**

REFERENCES

1. Marmot MG. Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010. [London]: Marmot Review; 2010.
2. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429–45.
4. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health.* 2004 Jun;58(6):468–75.
5. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008 Jun 5;358(23):2468–81.
6. Van der Heyden JHA, Schaap MM, Kunst AE, Esnaola S, Borrell C, Cox B, et al. Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. *Lung Cancer.* 2009 Mar;63(3):322–30.
7. Stirbu I, Kunst AE, Bopp M, Leinsalu M, Regidor E, Esnaola S, et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2010 Oct;64(10):913–20.
8. Toch-Marquardt M, Menvielle G, Eikemo TA, Kulhánová I, Kulik MC, Bopp M, et al. Occupational class inequalities in all-cause and cause-specific mortality among middle-aged men in 14 European populations during the early 2000s. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e108072.
9. Ward PR. The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a ‘fair go, for a fair innings’. *Qual Prim Care.* 2009;17(1):49–54.

10. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm a new health system for the 21st century [Internet]. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001 [cited 2015 Jul 11]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10032412>
11. Fiscella K. Eliminating disparities in health care through quality improvement. In: Williams RA, editor. Eliminating healthcare disparities in America: Beyond the IOM report. Totowa, N.J.: Humana Press Inc.; 2007. p. 141–78.
12. Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*. 1999 Apr 17;318(7190):1020–1.
13. Hutt P, Gilmour S. Tackling inequalities in general practice. Research paper. London, UK: The King's Fund, 2010. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/health-inequalities-general-practice-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf
14. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la position sociale d'un patient adulte en médecine générale. 2014 Jan 8. http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version_3.0.pdf
15. LimeSurvey Project Team. Carsten Schmitz (2015). LimeSurvey: An Open Source survey tool. LimeSurvey Project Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>
16. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000 Aug;23(4):334–40.
17. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*. 2010 Feb;33(1):77–84.
18. Neergaard M, Olesen F, Andersen R, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*. 2009;9(1):52.
19. van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):871–2.
20. Baker M. Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review): An RCGP paper on the role of primary care in the reduction of health inequalities. Sept 2009. <http://www.rcgp.org.uk/Policy/RCGP-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Marmot-Review-Paper-September-2008.ashx>
21. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. Performance of the Belgian health systems. Report 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report volC. D/2012/10.273/116.

Comité de Protection des Personnes « Ile de France II »

IRB registration # : 00001072

Bureau :

Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL

Vice-Président : Christian HERVE

Secrétaires : Pierre COLONNA, Gérard PELE

Trésorier : Stéphane DONNADIEU

Membres :

C. ARDIOT, H. BENECH, J.-L. BRESSON, C. BROISSAND, J.-B. CHARPENTIER, G. CHATELLIER, P. COLONNA, B. DEBAECKER, N. DELSARTE, S. DONNADIEU, J. FAGARD, C. HERVE, L. LEOUCHER, A. LEVY, M.-F. MAMZER-BRUNEEL, E. MARTINENT, O. PARENT de CURZON, M. PARISOT, G. PELE, G. PEREIRA, R. QUERE, G. QUEVA, C. RAMBAUD, M.-C. REINMUND, M. RUDLER, P. VAN ES

Secrétariat : Clément NENCIOLI

PARIS, le 07 octobre 2013

Réf. 2013-10-16

Le Comité a été saisi le 28 octobre 2013, d'une demande du **Docteur Dorothée RAMBAUD**, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« Projet EQUITE des soins primaires – EQuIP 2013. »

Investigateur principal : **Dorothée RAMBAUD**, Interne en médecine générale, université Paris Descartes. 1, rue des Mécardes 92190 MEUDON. Tél 06.75.44.06.18 Email : dorothee.rambaud@gmail.com

Promoteur : **Pr Hector FALCOFF**, Professeur de médecine générale, Université Paris Descartes, membre du réseau EQuIP. Adresse : 12 rue Lahire - 75 013 – Paris.

Ce projet a obtenu un **avis éthique favorable** de la part des membres du CPP Ile de France II, lors de la réunion du **04/11/2013**.

* En raison d'un lien d'intérêt Mr Philippe VAN ES n'a pas participé à la discussion.



Dr Marie-France MAMZER-BRUNEEL,
Présidente du CPP IDF II

Annexe 3 : Questionnaire délégués phase 1

E-Mails contacts

Dear EQuIP delegate,

To prepare the Paris meeting (4-6 april) we have been planning a survey among the EQuIP delegates.

We built an online questionnaire, which was validated by a panel of international experts.

With this survey EQuIP wants to get a first impression on how general practitioners in Europe relate to the concept of "(in)equity in health care" and to what extent the European primary health care systems are equitable in their delivery of care.

Very soon you will receive an e-mail from Dorothee Rambaud, a French resident who works with us on this survey. In her mail there will be a link to the online questionnaire.

You have until march 17th to answer.

Thank you for your participation and we are looking forward to meeting you in Paris!

Tina Eriksson & Hector Falcoff

Dear {FIRSTNAME},

you have been invited to participate in a survey.

The survey is titled:

"The EQuIP Equity in PHC Project: Delegates Survey"

To participate, please click on the link below.

Sincerely,

Dorothee Rambaud (dorothee.rambaud@gmail.com)

Click here to do the survey:

<https://enquete.irdes.fr/index.php/survey/index/sid/325151/token/vj2mtyaqcmrq39>

87/lang/en

THE EQuIP Equity in Primary Health Care Project

Dear EQuIP delegate,

With this survey EQuIP wants to get a first impression on how general practitioners in Europe relate to the concept of “(in)equity in health care” and to what extent the European primary health care systems are equitable in their access to care and their delivery of care.

What is equity in health care?

Huge variation exists in the care that patients with the same health problem receive. These variations may reflect good medical care, adapted to patient needs, which may be different. However, sometimes variations in care between patient groups find their origin in social processes or are the result of underlying social mechanisms: unequal access to care for patients from different ethnic or socio-economic groups or differences in treatment between groups without any medical evidence.

According to Barbara Starfield and the International Society for Equity in Health (ISEqH) **equity in health care** implies that there are no differences in health care where health needs are equal (**horizontal equity**) or that enhanced health care is provided where greater health needs are present (**vertical equity**).

Inequity in health care refers to variations in health care which are not the result of variations in the patient’s need for care but from the patient’s social status, income, ethnic background, gender, intelligence level, or ability or willingness to participate in the management of their own conditions.

What will be done with the results?

The results of this small survey will input into a debate at the upcoming EQuIP meeting in Paris which will focus on the theme of “equity in primary health care”.

What do we ask from you?

We invite you to participate in this project by filling in this questionnaire.

The questionnaire consists of multiple choice questions, arranged according to 5 themes. We are aware that it might be difficult to select the answer that reflects exactly the situation in your country. That is why each question is also followed by a possibility to add information, refer to interesting documents, and give relevant examples. We would like to use this opportunity to encourage you to provide us with as much information as you wish or can on this topic!

Please answer these questions in your role as a representative of your country. E.g. it is possible that in your practice there is no inequity in health care but in the majority of the practices in your country there is. In that case, we would like you to inform us on the situation in your country.

Thank you for your participation and we are looking forward to meeting you in Paris!

Theme 1: The place of equity in the organisation of health care and in day-to-day practice in primary health care.

1. Are there written statements or position papers specifically about equity in primary health care that have been published by a College of GPs or any other academic, scientific or professional body, in your country?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references.

.....

.....

2. Are primary care workers in your country confronted with organisational and structural barriers to practice equitably in their day-to-day delivery of care?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references.

.....

.....

Theme 2: Equity in relation to quality of care

3. Is equity taken into consideration in assessments of the quality of the primary health care system in your country?

- Yes, equity plays an important role in the assessment of the quality of the primary health care system
- Yes, equity plays minor role in the assessment of the quality of the primary health care system
- No, equity is not taken into consideration when assessing the quality of the primary health care system
- Not applicable since the quality of the primary health care system in my country is not assessed
- I don't know

If yes, can you describe how this is done and by whom this is done (regulation authorities, professional bodies, the patient...)? Please provide, links and/or references

.....
.....

If yes, can you describe indicators used to assess the equity of the primary health care system?

.....
.....

4. (Q6) Are there reports available on the equity of the primary health care system in your country?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references. If yes, are these reports (widely) publicized?

.....
.....

5. Is equity taken into consideration in the assessment of the quality of care at the practice level?

- Yes, equity plays an important role in the assessment of the quality of care at the practice level
- Yes, equity plays a minor role in the assessment of the quality of care at the practice level
- No, equity is not taken into consideration when assessing the quality of care at the practice level
- Not applicable: the quality of care at the practice level is not assessed in my country
- I don't know

If yes, can you describe how this is done and by whom this is done (regulation authorities, professional bodies, the professionals themselves, the patient...)? Please provide links and/or references.

.....
.....

If yes, can you describe indicators used to assess the equity at the practice level ?

.....
.....

Theme 3: Improving equity in health care

6. Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the level of the health care system in your country?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response.

If yes, can you describe how this could be done at the level of the health care system?

.....

.....

7. Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the practice level in your country?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response.

If yes, can you describe how this could be done at the practice level?

.....

.....

8. In your country, are there guidelines, manuals, internet based tools, indicators or other tools available (published or unpublished) that support individual doctors or practices to measure and/or improve the equity of their day-to-day activities?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references.

.....

.....

9. Do you know of best practices, good initiatives, or projects that succeeded in improving equity in primary health care?

Please share this with us!

.....
.....

10. Is there information on the socio-economic status that is systematically collected in the patients records in primary health care in your country?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references.

.....
.....

11. Are there specific activities/programs that facilitate access for socially vulnerable groups to the consultation in primary health care in your country (e.g. 'outreach visits', 'interpreters',...)?

- Yes
- No
- I don't know

Please comment on your response and if possible provide links and/or references.

.....
.....

Theme 4: EQuIP and equity in primary health care

12. Can you indicate to what extent you agree with the following statements:

0: I do not agree at all

5: I totally agree

Equity has to be elevated to a measured domain of quality in primary health care.

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5

Equity in primary health care could become a topic for a new working group in EQuIP.

0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5

Please comment on your response.

.....
.....

13. Thinking of your last day of consultation for example, can you tell us more about your own experience of equity/inequity in primary health care as a practitioner?

.....
.....

14. Would you like to contribute to a possible future project that aims to measure equity in primary health care? Let us know!

.....
.....

15. Do you know expert(s) in this field in your country who might contribute to a possible future project that aims to measure equity in primary health care? Let us know!

.....
.....

Thème 5: Your practice

1. Your gender?

Please choose **only one** of the following:

- Female
- Male

2. Your year of birth?

Please enter a date:

3. Are you a general practitioner?

Please choose **only one** of the following:

- Yes
- No

If not, what is your profession?

Only answer this question if the following conditions are met: Answer was 'No' at question '46 [QuestID3]' (Are you a general practitioner?)

Please write your answer here:

4. In which professional activitie(s) are you involved? *

Please choose **all** that apply:

- Clinical practice
- Quality improvement
- Teaching
- Research
- Policy making
- Other:

5. If you have clinical activities, in which setting(s) do they take place? *

Please choose **all** that apply:

- Solo private practice
- Group private practice
- Primary health care center (public)
- Hospital
- Other:

Thank you for your much appreciated cooperation!

Annexe 4 : Questionnaire phases 2 et 3



The screenshot shows a LimeSurvey questionnaire interface. At the top left is the LimeSurvey logo. The title of the survey is 'Equity in PHC Project: Second Round'. Below the title are logos for 'EQuiP European Society for Quality and Safety in Family Practice' and 'SFTO'. A message states: 'This is a controlled survey. You need a valid token to participate. If you have been issued a token, please enter it in the box below and click continue.' A text input field labeled 'Token:' contains the value '65ejwfjhnmwusx7'. Below the input field is a 'Continue' button. At the bottom, there is a footer with the LimeSurvey logo, the text 'Powered by LimeSurvey', and the text 'LimeSurvey is Free software Donate'.

LimeSurvey

Equity in PHC Project: Second Round

EQuiP European Society for Quality and Safety in Family Practice
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM

SFTO

This is a controlled survey. You need a valid token to participate.
If you have been issued a token, please enter it in the box below and click continue.

Token:

Powered by LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**

A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



Dear EQUIP delegate,

You have already been invited to participate in a survey on equity in primary care on February this year. The aims of the survey were to investigate how EQUIP delegates related to the concept of (in)equity in health care, and to what extent the European primary health care systems were perceived as equitable in their delivery of care.

The participation has been really high since 35 of the 41 EQUIP delegates answered the questionnaire! Each of the 24 countries was represented by at least one delegate. We received a lot of very interesting answers and we had the opportunity to present the first results during the EQUIP Spring meeting on April 5th&6th in Paris.

During this meeting it was decided **to collect more in-depth information** in order to write a research paper.

More specifically we would like to present the questionnaire to you for a second time for 3 reasons:

1. To allow the few delegates who didn't answer yet to do so.
2. To be sure that the questions were perfectly understood. This is the reason why we added some clarifications.
3. To collect comments and documents. This is particularly important for the interest of the study. Please do not hesitate to provide internet links. You can also send pdf documents by e-mail.

This questionnaire is composed of the same questions than the previous version but it has been re-structured in 3 parts:

1. Is equity a problem?
2. Is there room for improvement of equity of primary care?
3. EQUIP and equity

For each question, you will be able to see and modify your previous answer. You will also have the opportunity to add information (comments, links, references...) and please do not hesitate to do so! You can save your answers to resume later.

As for the first questionnaire, please answer these questions **as a representative of your country**: e.g. it is possible that in your practice there is no inequity in health care but that in the majority of the practices in your country there is. In this case, please inform us on the general situation in your country.

Thank you very much for your participation!

DEFINITIONS : According to Barbara Starfield and the International Society for Equity in Health (ISEqH) **equity in health care** implies that there are no differences in health care where health needs are equal (**horizontal equity**) or that enhanced health care is provided where greater health needs are present (**vertical equity**). Inequity in health care refers to variations in health care which are not the result of variations in the patient's need for care but from the patient's social status, income, ethnic background, gender, intelligence level, or ability or willingness to participate in the management of their own conditions.

Next ▶

Exit and clear survey



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

Are primary care professionals in your country confronted with organisational and/or structural barriers to practice equitably in their day-to-day delivery of care?

Choose one of the following answers

Yes
 No
 I don't know

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Poor people may find it difficult to pay visit fees (15-20 EUR for a GP visit) and to pay for pharmaceuticals. Health centers in poor areas do not get monetary compensation to cover the increased needs in these areas and they have difficulties to recruit GPs.

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

Thinking of your last day of consultation for example, can you tell us more about your own experience of equity/inequity in primary health care as a practitioner?

We are seeking for concrete examples or stories that you have been confronted with in the last days, weeks or months...

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



European Society for Quality and Safety in Family Practice
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

*

In your country, is equity taken into consideration in the assessment of THE QUALITY of the PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM?

Choose one of the following answers

- Yes, equity plays an IMPORTANT role in the assessment of the quality of the primary health care system
- Yes, equity plays a MINOR role in the assessment of the quality of the primary health care system
- No, equity is not taken into consideration when assessing the quality of the primary health care system
- Not applicable since the quality of the primary health care system is not assessed in my country
- I don't know

 **By "Primary Health Care System", we mean the "MACRO" level.**

If yes, can you describe how this is done and by whom this is done (regulation authorities, professional bodies, the professionals themselves...)? Please provide links and/or references.

Here is your comment when you first answered the questionnaire. Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...

If yes, can you describe indicators used to assess the equity of the primary health care system?

Here is your comment when you first answered the questionnaire. Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

[← Previous](#) [Next →](#)

[Resume later](#)



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
[Donate](#)



Equity in PHC Project: Second Round



European Society for Quality and Safety in Family Practice
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

In your country, is equity taken into consideration in the assessment of THE QUALITY of CARE at the PRACTICE LEVEL?

Choose one of the following answers

- Yes, equity plays an IMPORTANT role in the assessment of the quality of care at the practice level
- Yes, equity plays a MINOR role in the assessment of the quality of care at the practice level
- No, equity is not taken into consideration when assessing the quality of care at the practice level
- Not applicable since the quality of care at the practice level is not assessed in my country
- I don't know

? By "at the practice level", we mean the "MICRO" level.

If yes, can you describe how this is done and by whom this is done (regulation authorities, professional bodies, the professionals themselves, the patient...)? Please provide links and/or references.

Here is your comment when you first answered the questionnaire. Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...

If yes, can you describe indicators used to assess the equity at the practice level?

Here is your comment when you first answered the questionnaire. Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

[← Previous](#) [Next →](#)

[Resume later](#)

Powered by  LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
[Donate](#)



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

Is there information on the socio-economic status that is systematically collected in the patients records in primary health care in your country?

Choose one of the following answers

Yes

No

I don't know

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

 Powered by LimeSurvey

*LimeSurvey is Free software
Donate*



Equity in PHC Project: Second Round



European Society for Quality and Safety in Family Practice
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

Are there written statements or position papers specifically about equity in primary health care that have been published by a college of GPs or any other academic, scientific or professional body, in your country?

Choose one of the following answers

Yes

No

I don't know

? *There may be documents "talking about equity or inequity in health care" published by*

- The Ministry of health, or other institutions*
- Professional bodies (e.g. the College of General Practitioners...)*
- Research teams, working on the field of equity in health care*

Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to **MODIFY** it if you wish...

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

I read the question too fast last time, there is no position paper from the college of GPs but from the government, The National Board of Health and Welfare and the local authorities there are many announcements that the care should be equal for all. There are, however, no practical guidance on how this should be done

Powered by LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

1st part: Is equity a problem in Europe?

Are there reports available on the equity of the primary health care system in your country?

Choose one of the following answers

Yes

No

I don't know

? *In this question, we wonder if equity of primary care is or has been evaluated in your country and if the results of the evaluation are publicized (widely or not).
E.g. The Black Report in the UK in 1982...*

**Please comment on your response and if possible provide links and/or references.
If there are such reports, could you precise if they are widely publicized or not?**

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
[Donate](#)



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

2nd part: Is there room for the improvement of equity in health care in Europe?

Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the LEVEL of the HEALTH CARE SYSTEM in your country?**

Choose one of the following answers

Yes
 No
 I don't know

? By "the level of the health care system", we mean the "MACRO" level.

**Please comment on your response.
If yes, can you describe how this could be done at the level of the health care system?**
**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

I have myself worked as a GP in both poor areas with many immigrants and in more affluent area. In the poor area my personal workload, my job strain the number of copnflits with patients was much greater. I think it is necessary to economically overcompensate health centres i poor areas to make it possible to have more GPs per 1000 inhabitants and to have councillors, social workers etc at the health centers

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

2nd part: Is there room for the improvement of equity in health care in Europe?

*** Do you see opportunities for the improvement of equity in primary health care at the PRACTICE LEVEL in your country?**

Choose one of the following answers

Yes
 No
 I don't know

? By "at the practice level", we mean the "MICRO" level.

**Please comment on your response.
If yes, can you describe how this could be done at the practice level?**

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

The key is that all those who work at the health center understand the differences in people's control over their lives and how powerlessness breaks down your sense of initiative.
It comes to constantly be vigilant of our superiority of power in our contacts with patients.

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

2nd part: Is there room for the improvement of equity in health care in Europe?

In your country, are there guidelines, manuals, internet based tools, indicators or other tools available (published or unpublished) that support individual doctors or practices to measure and/or improve the equity of their day-to-day activities?**

Choose one of the following answers

Yes
 No
 I don't know

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

[◀ Previous](#) [Next ▶](#)
[Resume later](#)



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

2nd part: Is there room for the improvement of equity in health care in Europe?

Do you know of best practices, good initiatives, or projects that succeeded in improving equity in primary health care?

*Best practices may be published but most of the time they are not.
Even if they are not published and/or not evaluated, please do not hesitate to inform us about best practices that you are aware of.*

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

No

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

2nd part: Is there room for the improvement of equity in health care in Europe?

Are there specific activities/programs that facilitate access for socially vulnerable groups to the consultation in primary health care in your country (e.g. outreach visits, interpreters...)?

Choose one of the following answers

Yes
 No
 I don't know

**? Many answers concerned outreach visits or interpreters.
Perhaps the answers were influenced by the way we formulated the question.
If you think of any other way (existing or that you only think of) to facilitate the access of socially vulnerable groups to the consultation in Primary Health Care, please do not hesitate to share it with us.**

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

It is mandatory for all health centers to use interpreters if the patient or the health personell think that this is needed.

There are in primary care for vulnerable mothers special activity centers called open preschool where mothers, without any costs for them,together with their children can spend the days and receive support from teachers and nurses from child care center around things like cooking baby food, in parenting, conflict resolution

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate




Equity in PHC Project: Second Round



EQuIP
European Society for Quality and Safety
in Family Practice
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

3rd part: equity, a topic for EQuIP?

*

Can you indicate to what extent you agree with the following statements...

1: I do not agree at all

5: I totally agree

	1	2	3	4	5
Equity has to be elevated to a measured domain of quality in primary health care	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equity in primary health care could become a topic for a new working group in EQuIP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

I my work at the Research and development unit we have tried to find measures of equity and we have failed totally. I doubt that it is possible to find any reliable measures to indicate a health centre's performance concerning Equity,

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

We now plan to study the GPs use of medical investigations(lab, x-ray etc) in different socioeconomic Groups to see if this could be an indicator of Equity.

◀ Previous
Next ▶

Resume later



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
[Donate](#)



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

3rd part: equity, a topic for EQuIP?

Would you like to contribute to a possible future project that aims to measure equity in primary health care? Let us know!

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

I think it would be very interesting to take part in a webdiscussion concerning possible measures on equity.

Please do not hesitate to ADD a comment.



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0% 100%

3rd part: equity, a topic for EQuIP?

Do you know expert(s) in this field in your country who might contribute to a possible future project that aims to measure equity in primary health care? Let us know!

**Here is your comment when you first answered the questionnaire.
Please do not hesitate to MODIFY it if you wish...**

Please do not hesitate to ADD a comment, provide links and/or references...

 Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate



Equity in PHC Project: Second Round



**European Society for Quality and Safety
in Family Practice**
A network organisation within WONCA Region Europe - ESGP/FM



0%  100%

4th part: Your practice

*** Your gender?**

Female Male

*** Your year of birth?**

*** Are you a general practitioner?**

Yes No

*** In which professional activitie(s) are you involved?**
Check any that apply

Clinical practice
 Quality improvement
 Teaching
 Research
 Policy making
 Other:

*** If you have clinical activities, in which setting(s) do they take place?**
Check any that apply

Solo private practice
 Group private practice
 Primary health care center (public)
 Hospital
 Other:



Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
Donate

Thank You !



Equity in PHC Project: Second Round

Thank you very much for your participation!

[Print your answers.](#)

 Powered by
LimeSurvey

LimeSurvey is Free software
[Donate](#)

L'équité des soins primaires et sa place dans l'évaluation de la qualité des soins, vues par un panel de médecins généralistes Européens.

RESUME

Contexte : La plupart des inégalités de santé trouvent leur origine dans les déterminants sociaux de la santé. Elles sont injustes, on parle d'inéquités de santé. Pour réduire ces inéquités, les soins doivent être eux-mêmes équitables.

Objectif : Explorer la perception que les médecins généralistes ont de l'équité des soins et déterminer comment elle est évaluée en tant que dimension de la qualité dans les pays Européens.

Méthode : Etude qualitative avec les représentants de 24 pays dans EQuIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) et des informateurs clés. Les données ont été collectées par un questionnaire semi-structuré, auto-administré en ligne en 4 phases successives, affinant les données à chaque phase et incluant des sessions de discussion avec les participants. Les données ont été analysées par description qualitative.

Résultats : 39 des 44 délégués ont participé, représentant les 24 pays Européens dans EQuIP. 9 informateurs clés de 6 pays ont apporté des informations complémentaires. La barrière financière d'accès aux soins est la principale cause d'inéquité. L'accès physique, les listes d'attente pour les soins secondaires, les contraintes de temps des médecins et les barrières de communication menacent aussi l'équité des soins primaires. Les participants ont identifié différentes façons d'améliorer l'équité des soins, dont les méthodes d'amélioration de la qualité. L'évaluation de l'équité est rare au niveau du système de santé et inexistante au niveau des cabinets.

Conclusion : L'équité n'est pas prise en compte dans l'évaluation de la qualité des soins en Europe alors que cela pourrait être un bon moyen de combattre les inéquités de santé.

Mots clés : Médecins généralistes, soins de santé primaires, disparités d'accès aux soins, équité en santé, évaluation des résultats et des processus en soins de santé, recherche qualitative, Europe.

Equity in primary healthcare and its assessment as a dimension of quality of care, perception of a panel of European GPs.

ABSTRACT

Background: Most health inequalities originate in the social determinants of health. They are unfair and can be considered as health inequities. To play a role in reducing these inequities, the health care system has to be equitable itself.

Aim: To explore GPs' perception of equity in healthcare and to evaluate how and to what extent equity is assessed as a quality dimension at different levels in European countries.

Design and setting: Qualitative study with the representatives of 24 European countries in the European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP, a WONCA Europe network) and key informants.

Method: Data were collected through a semi-structured, self-administered online survey in four consecutive rounds, refining the data in each round and including feedback sessions with the participants. Qualitative description was applied to analyse the data.

Results: 39 out of 44 EQuIP delegates answered the survey representing the 24 European countries in EQuIP. 9 key informants from 6 countries brought additional data. Financial barriers in access to care are the main cause of inequity in health care. Physical access, waiting lists to secondary care, GPs time/money constraints, communication barriers are also threats to equity in primary care. Participants identified ways to improve equity in healthcare, including quality improvement methods. The evaluation of equity as a dimension of the quality of care is unusual at the level of the health care system and even more uncommon at the practice level.

Conclusion: Although it could be a way to tackle health inequities, equity is not addressed when assessing the quality of care in European countries.

Keywords: General Practitioners, Primary Health Care, Healthcare Disparities, Health Equity, Outcome and Process Assessment (Healthcare), Qualitative Research, Europe.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06