

COMMENT MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ?

Dr. Stéphanie VANDENTORREN

Direction scientifique et International – Santé publique France

UN PEU D'HISTORIQUE...

■ LES PREMIERS TRAVAUX SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS) SONT PUBLIÉS AU 19^E SIÈCLE.

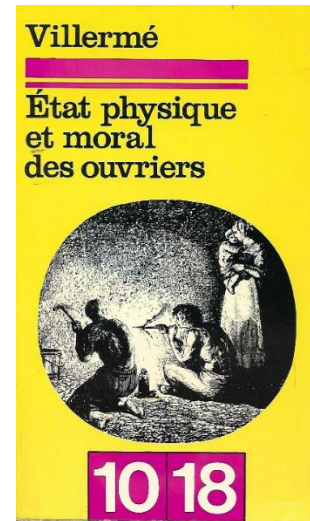
✓ 1830 : inégalités territoriales (France) : mémoire sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris.

✓ 1840, inégalités face aux conditions de travail (France) : rapport sur l'état physique et moral des ouvriers du secteur textile.

■ 1986, LA CHARTE D'OTTAWA (OMS)

✓ Modèle explicatif des déterminants sociaux de la santé qui débouchera sur un nouveau référentiel pour l'intervention : la promotion de la santé.

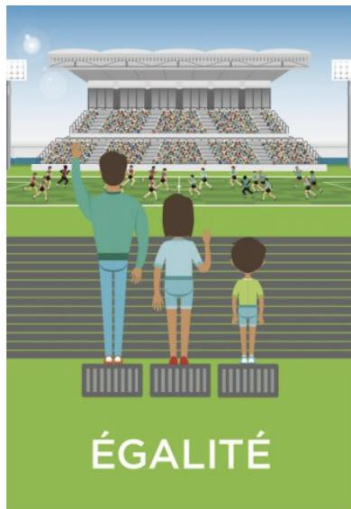
✓ « La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé »



CONCEPT CLEF: EQUITE EN SANTÉ

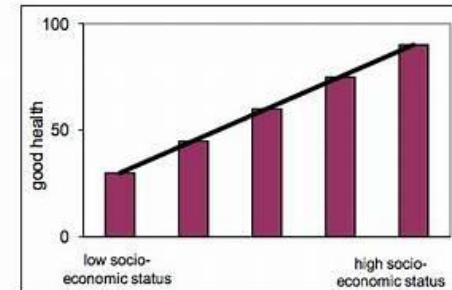
Question : sur quelle notion de justice sociale fonder les politiques publiques (de santé)?

- égalité : chacun reçoit la même chose
- équité horizontale : à situation égale, traitement égal
- équité verticale : besoins plus élevés, reçoivent davantage



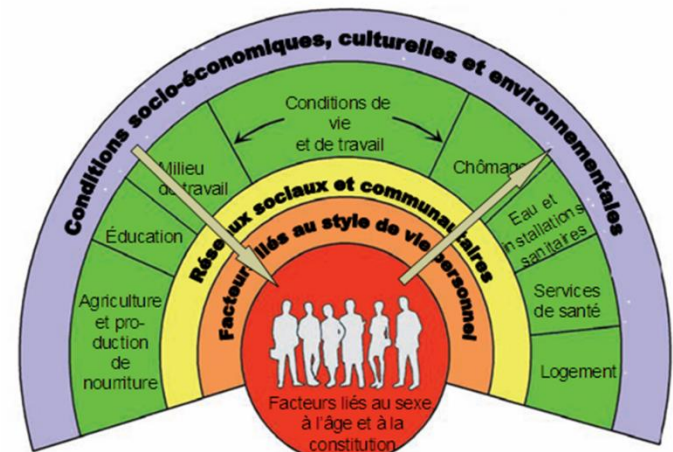
CONCEPTS CLEF: gradient et déterminants

- Le **gradient social**
 - Les inégalités sociales de santé ne sont pas un synonyme de pauvreté. Les inégalités sociales de santé se distribuent selon le gradient social
 - Le terme « gradient » évoque un continuum, le fait que la fréquence d'un problème de santé augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique sociale, des catégories les plus défavorisées vers les plus défavorisées
- Les **déterminants sociaux**
 - Les mécanismes qui entraînent cette distribution inégale des problèmes de santé ont une origine sociale: la répartition des problèmes de santé est socialement stratifiée
 - Ces facteurs explicatifs de la santé sont appelés « déterminants sociaux de la santé »



Social gradient in health

Avoir un faible statut socio-économique, pourrait diminuer l'espérance de vie des personnes âgées entre 40 et 85 ans de 2,1 années en moyenne comparées à celles ayant un statut socio-économique élevé



LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

DIFFICULTÉS RECOURS AUX SOINS

- Rapport au temps : en dehors de l'urgence, pas de priorité
- Priorité aux besoins primaires : l'hébergement, l'alimentation, la santé des enfants sont prioritaires (d'où des difficultés à reconnaître ses besoins de santé)

- **COMPORTEMENTS**

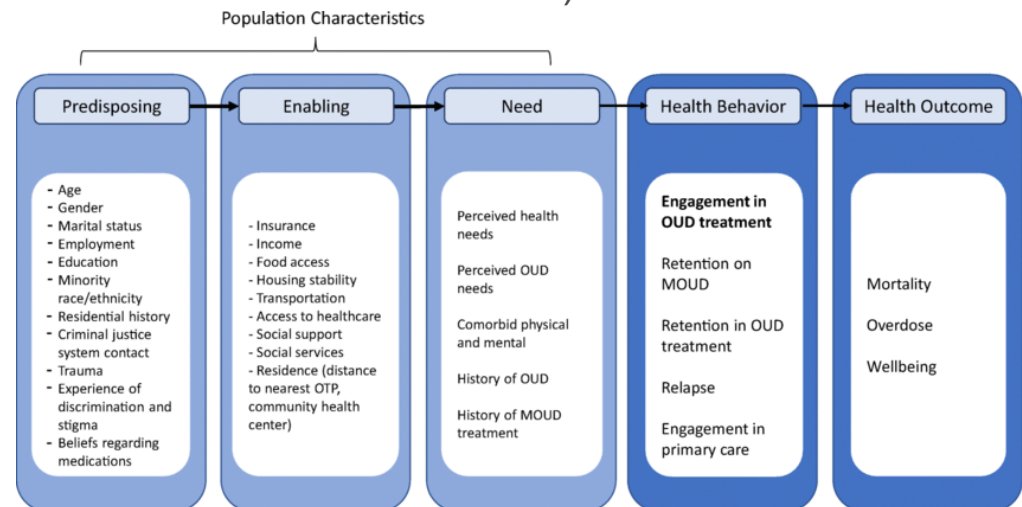
Tabac, alcool, activité physique,

Alimentation, sexualité

- Forte **différenciation sociale**

- Les comportements de santé **ne sont pas de simples choix individuels**, indépendants des conditions dans lesquelles ils sont exercés.

- Ils renvoient à des **dimensions, trajectoires et des identités sociales**



LA LITTÉRATIE EN SANTÉ



- littératie en santé: « ensemble des compétences individuelles et collectives au sein de la communauté en écriture, lecture et calcul qui permettent aux personnes *d'accéder, de comprendre et d'utiliser l'information en santé de façon à prendre des décisions concernant sa santé*, à être *autonome* et *à se diriger dans le système de santé*. »
- le niveau 3 (capacité à utiliser la documentation écrite) seuil minimal de compétence pour faire face aux exigences de la vie dans un pays industrialisé de façon autonome
- 59 % des adultes français avaient un score inférieur à 3 en 2012*
- la littératie est un puissant prédicteur de la santé, au même titre que sont le **revenu, le statut d'emploi, le niveau d'éducation et le groupe ethnique d'appartenance****

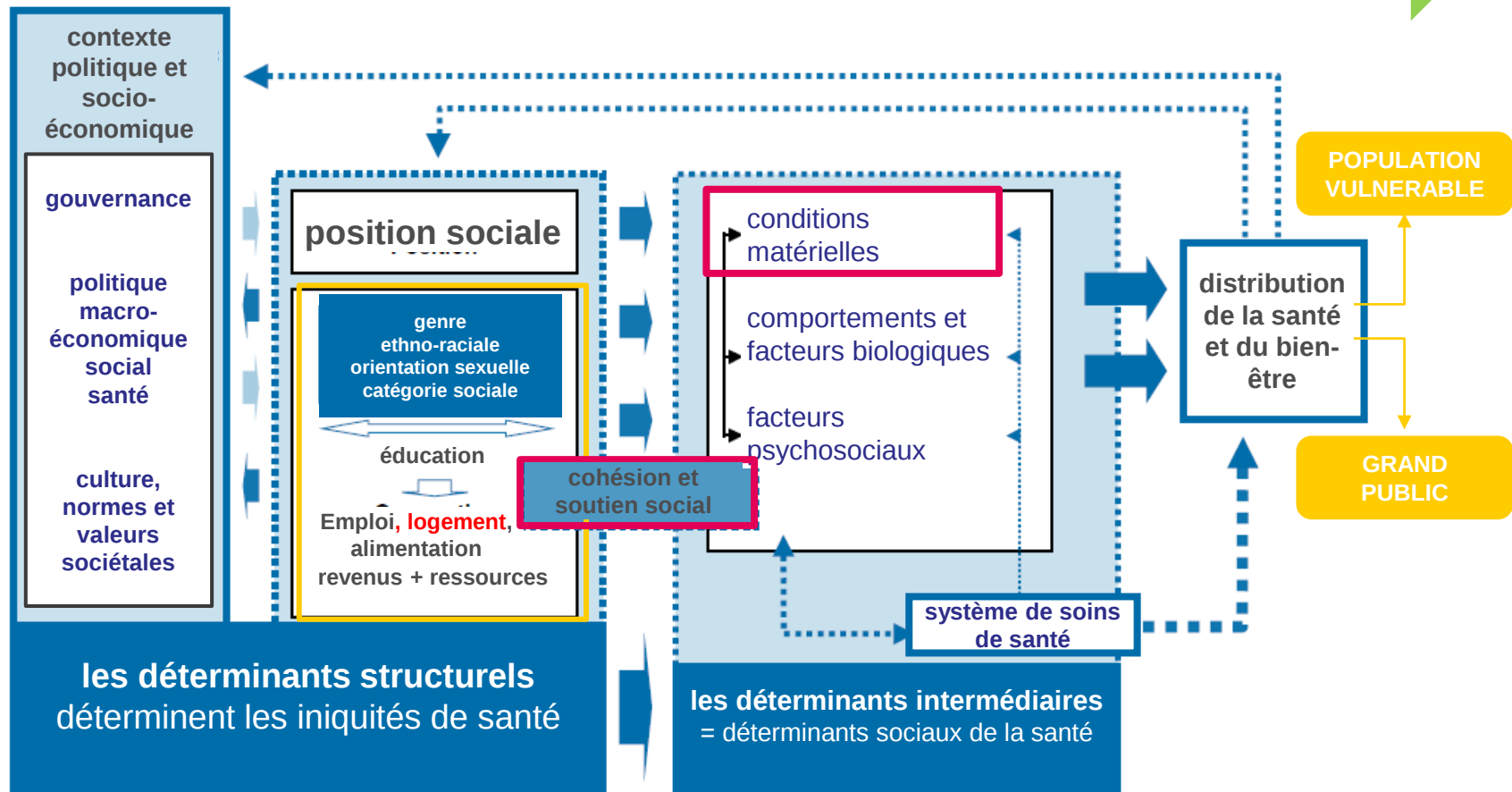
*OCDE, France, Evaluation des compétences des adultes – Premiers résultats

**Literacy, The Solid Fct, OMS, 2013



PROGRAMME ISTS : DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX



LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



LA POSITION SOCIALE EST DÉTERMINÉE PAR

le genre / l'origine / la catégorie sociale: éducation; l'emploi (conditions de travail); le revenu

CETTE POSITION SOCIALE INTERAGIT AVEC

- les éléments organisationnels: les services de santé
- les éléments sociétaux: la culture, la norme
- les environnements physiques;

CETTE POSITION SOCIALE INFLUENCE

- les réseaux de soutien social et les environnements sociaux
- les habitudes de santé et la capacité d'agir et la capacité d'adaptation personnelle; la littératie en santé
- le développement de la petite enfance;
- le patrimoine biologique et génétique;



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



✓ Les inégalités sociales sont des différences entre individus ou groupes sociaux portant sur des avantages ou des désavantages dans l'accès à des ressources socialement valorisées.

✓ Les inégalités sociales comprennent

- les inégalités de genre,
- les inégalités d'origine
- et les inégalités économiques

✓ « Différence dans l'état de santé de la population entre les groupes sociaux qui sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé.

Elles sont socialement construites et évitables ».



QUELS INDICATEURS ?

- Les indicateurs de position sociale sont multiples, chacun mesure différents aspects de la stratification sociale
- Tenir compte du cadre théorique et des limites de ces indicateurs pour éviter les biais de mesure et d'interprétation
- En pratique: choix pragmatique en fonction du sujet MAIS surtout de la **disponibilité des données** ++
- L'essentiel: le triptyque de la position sociale (genre, origine et niveau socio-éco: niveau d'étude, revenu et emploi...) influent sur conditions de vie et de travail
- Or, ces données ne sont pas habituellement disponibles dans les bases de données de santé! (complémentaire santé solidaire)



LES PRINCIPAUX INDICATEURS « INDIVIDUELS » DE POSITION SOCIALE

Thématiques	Variables
Inégalité de genre	Genre
Inégalités éthno-raciales	Pays de naissance, nationalité à la naissance...
Niveau d'instruction	Niveau d'éducation – Diplôme le plus élevé Nombre d'années passées à l'école Niveau d'éducation – Diplôme le plus élevé des parents
Situation professionnelle	Situation vis-à-vis de l'emploi - Profession ou dernière profession exercée - Contrat de travail (CDD, intérim, CDI, temps partiel subi/choisi) - Temps de travail (temps plein, temps partiel subi/choisi) - Situation vis-à-vis de l'emploi et profession du (de la) conjoint(e) ou de la « personne de référence du ménage »
Revenus	Revenus net avant impôts du ménage – Revenu disponible - Perception de sa situation financière - Renoncement aux soins pour raison financière - Minimas sociaux
Couverture du risque maladie	Couverture de base - Couverture complémentaire - Prise en charge à 100%

COMMENT MESURE-T-ON LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?



DISPOSER D'INDICATEURS DE MESURE DE LA POSITION SOCIALE

- au niveau individuel ou du foyer
- au niveau écologique (à un niveau territorial fin)
- indicateurs qui doivent être construits et mis à jour régulièrement

DISPOSER D'INDICATEURS DE SANTÉ PERTINENTS (OUTCOME) QUE L'ON COMPARE EN FONCTION DE LA POSITION OU GRADIENT SOCIAL

- au niveau individuel
- à un niveau écologique

DISPOSER DE CES INDICATEURS DANS LES BASES DE DONNÉES



Comment faire en l'absence de données sociales au niveau individuel?

- **Mesure écologique** qui caractérise le milieu sociodémographique et socioéconomique dans lequel vivent les individus d'une aire géographique donnée, à un moment donné.
- Ils sont construits par agrégation d'informations disponibles à partir du recensement, **à une échelle géographique donnée** (taux de chômeurs, de bacheliers, le pourcentage d'ouvriers...)
- L'indice caractérise les individus **d'une population d'un territoire pris collectivement**, et non la situation individuelle !
- Disponibilité de données de santé (indicateurs de mortalité, morbidité...) que l'on peut rattacher à un niveau géographique défini (Département, cantons, communes, EPCI, IRIS...) **à partir de l'adresse de résidence**
- Limites: **proxy de données individuelles** /introduit un biais écologique/ne s'adaptent pas à tous les contextes géographiques

- Aux inégalités proprement sociales se surajoutent les disparités associées aux contextes environnementaux, territoriaux, résidentiels → notion d'inégalités territoriales renvoie
 - la distribution socialement différenciée des services (dimension organisationnelle)
 - mais aussi à l'environnement: vulnérabilité sociale est inversement proportionnelle à la qualité de l'environnement physique (eau, air, végétalisation)
- Les indicateurs territoriaux

1/Caractériser un territoire

- Distingue ce qui relève de l'individu /environnement, via analyses multi-niveaux
- Approche géographique caractérisant la position socioéconomique du quartier (densité de population, de services, caractère urbain/rural, voisinage, environnement)
- Caractérisent le contexte / inégalités pour lesquelles il est possible d'agir (intervention)

2/ Approximer la position socio-économique des individus

- Se base sur la caractérisation socio-économique de la zone géographique de résidence dès lors qu'il s'agit de territoires fins 'Iris /quartier'
- MAIS de qualité décroissante avec l'hétérogénéité des populations
- **Les indices de défavorisation sociale s'inscrivent dans cet objectif : Ils caractérisent la position socioéconomique du quartier où vit la personne (via analyses classiques)**

LES INDICES CONTEXTUELS OU ÉCOLOGIQUES DE DÉSAVANTAGE SOCIAL



- Mesure écologique qui caractérise le milieu sociodémographique et socioéconomique dans lequel vivent les individus d'une aire géographique donnée, à un moment donné.
- Ils sont construits par agrégation d'informations disponibles à partir du recensement, à une échelle géographique donnée (taux de chômeurs, de bacheliers, le pourcentage d'ouvriers...)
- L'indice caractérise les individus d'une population d'un territoire pris collectivement, et non la situation individuelle !
- Disponibilité de données de santé (indicateurs de mortalité, morbidité...) que l'on peut rattacher à un niveau géographique défini (Département, cantons, communes, EPCI, IRIS...) à partir de l'adresse de résidence
- Limites: proxy de données individuelles /introduit un biais écologique/ne s'adaptent pas à tous les contextes géographiques



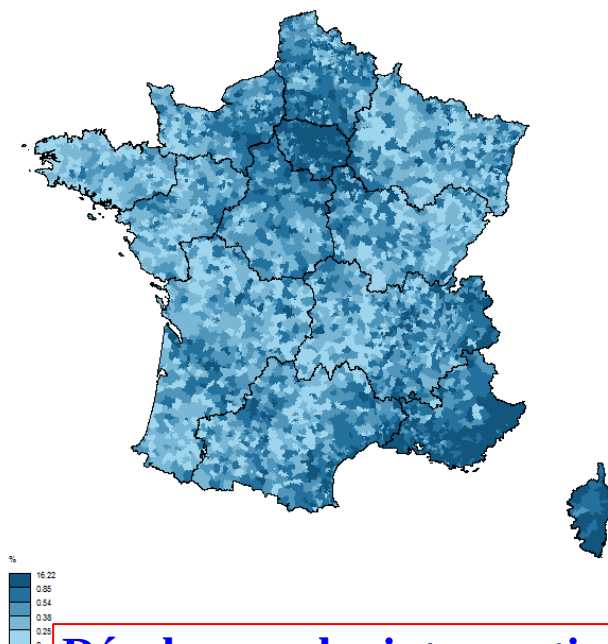
Les indices de défavorisation sociale

- Historiquement, les indices ont été créés pour analyser les facteurs de variations géographiques et rechercher un proxy individuel – faute de disponibilité de mesures individuelles socio-économiques
- Utilise les caractéristiques du lieu de résidence à partir de données de la statistique publique (INSEE recensement : > 1 800 indicateurs socioéconomiques).
- Synthèse de plusieurs variables par un seul indice permet d'éviter les difficultés liées à la colinéarité des variables et permet une utilisation plus facile!
- L'indice est **une mesure unidimensionnelle, relative, reproductible dans le temps**
 - construite à partir de variables socio-économiques individuelles agrégées à une échelle géographique et résultant d'une somme pondérée de plusieurs variables
 - 3 méthodes de pondération
 - 1. **Des poids égaux** : chaque dimension est considérée comme ayant une contribution égale dans la construction de l'indice de désavantage (Carstairs / Townsend)
 - 2. **Des attributs par les experts** : certaines dimensions ont plus d'influence que d'autres, selon leurs liens avec la santé (ex: Indice of Multiple Deprivation)
 - 3. **Les poids attribués à partir des relations statistiques entre les mesures**: Cette méthode regroupe une large partie des méthodes statistiques utilisées, comme l'analyse en composante principale (ACP) et la régression (ex: Fdep, EDI)

Agir sur les déterminants structurels de santé : logement

Exemple de la tuberculose: taux de logements surpeuplés et incidence de la tuberculose en France. Source Santé publique France

Distribution de la proportion de logement surpeuplé par codes PMSI

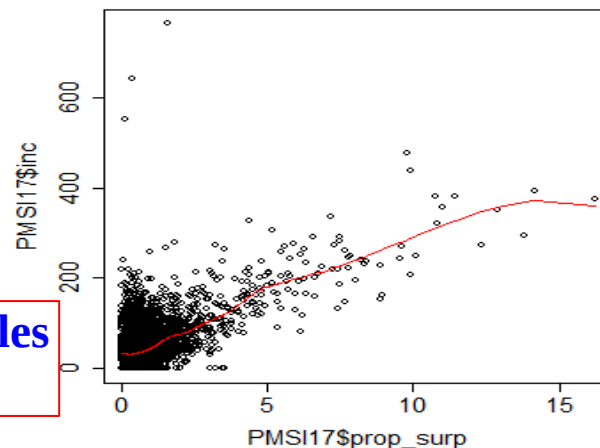


Développer des interventions intersectorielles ciblées sur le logement.

Nombre de cas et taux d'incidence de la tuberculose selon la proportion de logement surpeuplé dans le code PMSI

PMSI				
% logement surpeuplé	[0-0,3]	[0,3-0,4]	[0,4-0,7]	[0,7-16]
Nombre de cas TB	3021	4168	6960	31655
Taux d'incidence TB	32,7	32,1	36,5	68,6

Corrélation entre le taux d'incidence de la tuberculose et la proportion de logement surpeuplé selon le code PMSI



Le risque d'infection par SARS-CoV-2 comme le risque de développer des formes graves et de décéder sont **socialement répartis dans la population**

MÉCANISMES SOUS-JACENTS

- exposition différentielle face au virus
- plus grande fragilité face aux maladies infectieuses et à leurs complications
- inégalités de recours aux soins

RISQUE ACCRU D'INFECTION + RISQUE ACCRU DE DÉCÈS

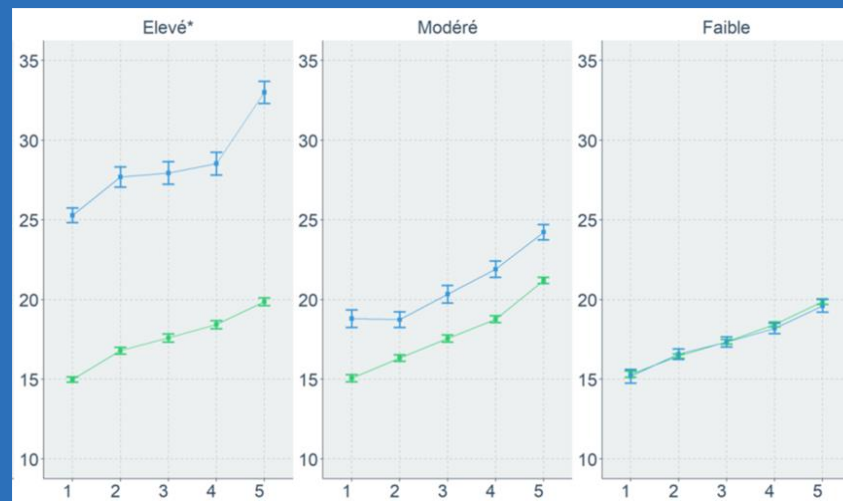
- Densité et promiscuité + Difficultés à pouvoir appliquer les gestes barrières (pas de télétravail possible, Accessibilité à une information adaptée (littératie))
- Davantage de comorbidités
- Retard de prise en charge

INEGALITES SOCIALES ET MORTALITÉ PENDANT LA PANDÉMIE

Etudier le lien entre la mortalité et l'indice de défavorisation en 2020 par rapport aux années 2015-2019

GRADIENT SOCIAL MORTALITÉ

- Données collectées via le CépiDc (décès entre 2015 et juin 2020) avec Sexe, âge au décès, commune de résidence, cause COVID ou non et via l'Insee pour chaque commune, nombre d'habitant par sexe, âge et année
- **INDICE DEFAVORISATION:** Pour chaque IRIS, un indice FDEP de 2015 a été attribué, catégorisé en quintiles (Q5: dévaforisation commune + élevé)
- Période d'étude : 1ere vague (entre mars et mai 2020) avec années de référence (2015-2019)
- France METROPOLITAINE avec définition de 3 zones géographiques distinctes selon le sur-risque de mortalité (élevé, modéré, faible)



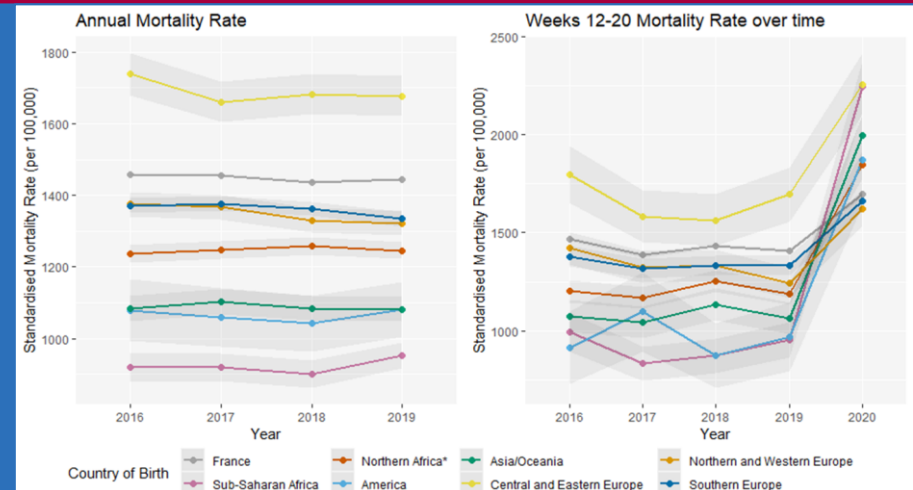
- **Augmentation des inégalités de mortalité** pendant la 1^{ère} vague de COVID-19 en France (FDep)
- **Excès de mortalité** pour 100 000 augmente dans les zones les plus défavorisées (Q5) notamment dans les régions où la circulation virale était élevée et modérée (CepiDC) de 2015-2019 versus 2020

INEGALITES SOCIALES ET MORTALITÉ PENDANT LA PANDÉMIE

- Etudier la mortalité (toutes causes et COVID-19) par pays de naissance en 2020 par rapport aux années précédentes (2016-2019)

GRADIENT SOCIAL MORTALITÉ

- Données collectées via le CépiDc avec Sexe, âge au décès, pays de naissance, commune de résidence, et via l'Insee pour chaque commune: nombre d'habitants par sexe, âge, pays de naissance et année
- Calcul du ratio : des effectifs de décès par pays de naissance en 2020 / moyenne effectifs 2016—2019
- Calcul taux standardisés (méthode directe) sur la population de réf européenne eurostat
- Stratification par sexe, moins de 65 ans, zones géographiques les plus touchées HDF, IDF, Gd Est

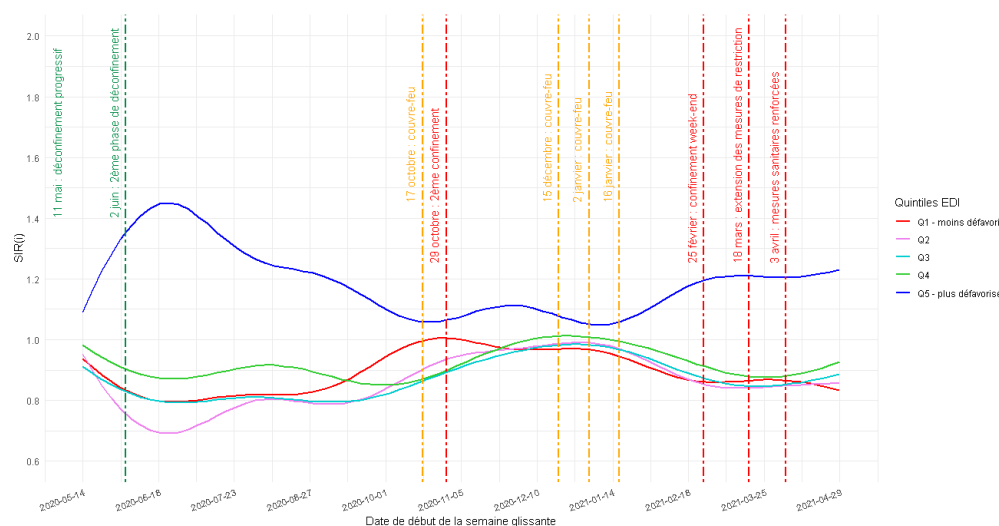


- Taux de mortalité annuel standardisé a montré clairement un renversement de l'avantage de mortalité des migrants en 2020
- Surtout chez les personnes d'origine **Sub-Saharienne**
- Résultats cohérents avec ceux d'autres pays d'immigration (Suède, Grande-Bretagne, Etats-Unis)
- Poids des déterminants sociaux +++ (Emploi et professions plus exposées, Densité de population et de logement, Comorbidités, Disparités d'accès et de prise en charge)

EVOLUTION DE L'INCIDENCE DU COVID-19 DANS LE TEMPS SELON L'EDI, mai-2020-avril 2021 ET EXPOSITION ET COMPOTEMENTS DE PREVENTION SELON LA POSITION SOCIALE



Source: Vandentoren S et al, Lancet Public Health, 2022



Source: Bajos et al. BMC Public Health (2021) 21:705

	Overcrowding N=111,824	Public transport to work (worked last 7 days) N=58,306	Not wearing mask systematically (went out last 7 days) N=103,350	Not physical distance (went out last 7 days) N=103,350
Sex				
Men	ref	ref	ref	ref
Women	1.0 [0.9; 1.0]	1.3 [1.1; 1.5]	0.7 [0.6; 0.7]	1.1 [1.0; 1.2]
Age				
15-19	1.0 [0.9; 1.1]	1.7 [0.7; 3.7]	1.3 [1.2; 1.4]	1.2 [1.1; 1.3]
20-29	0.8 [0.7; 0.8]	1.2 [1.0; 1.4]	1.3 [1.2; 1.3]	1.4 [1.3; 1.5]
30-49	ref	ref	ref	ref
50-64	0.3 [0.2; 0.3]	1.0 [0.8; 1.1]	0.8 [0.7; 0.9]	0.6 [0.6; 0.6]
> 64	0.1 [0.1; 0.1]	0.8 [0.4; 1.6]	0.5 [0.4; 0.6]	0.41 [0.4; 0.4]
Income				
D 1	6.0 [5.3; 6.8]	1.5 [1.1; 1.9]	0.7 [0.6; 0.8]	0.8 [0.8; 0.9]
D 2-3	4.9 [4.4; 5.5]	1.1 [0.9; 1.5]	0.8 [0.7; 0.9]	0.9 [0.8; 0.9]
D 4-5	3.0 [2.7; 3.4]	0.9 [0.7; 1.2]	0.8 [0.7; 0.9]	0.9 [0.9; 1.0]
D 6-7	2.1 [1.9; 2.3]	1.0 [0.8; 1.2]	0.9 [0.8; 1.0]	1.0 [0.9; 1.0]
D 8-9	1.5 [1.4; 1.7]	1.0 [0.8; 1.2]	0.9 [0.9; 1.0]	1.0 [0.9; 1.0]
D 10	ref	ref	ref	ref

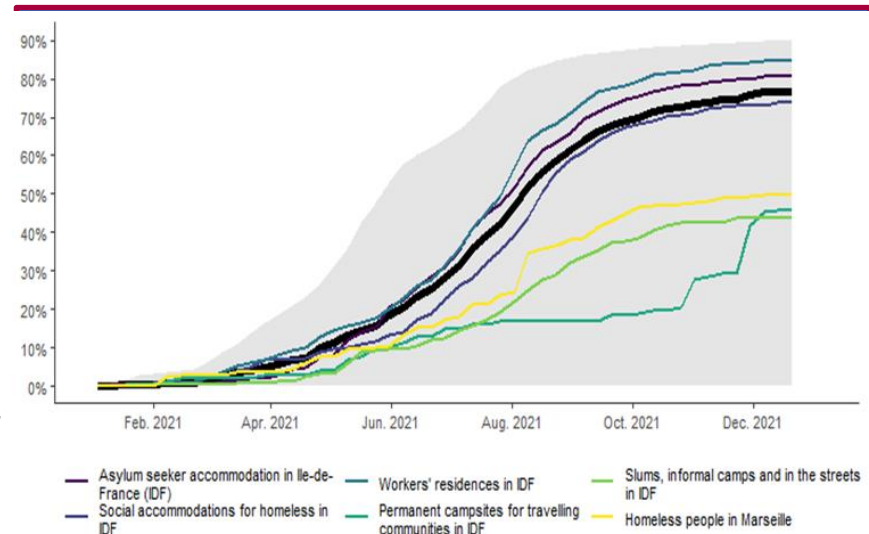
Expositions et comportements de
prévention du Covid-19 selon le genre, l'âge
et le niveau de revenu, Enquête Epicov,
France, avril-juin 2020

- Incidence associée à la défaveur sociale
- Décalage temporel: moindre réactivité aux mesures collectives de protection .
- Travailleurs employés dans des secteurs essentiels ont continué à être exposés

NECESSITE DE FAIRE DES ETUDES POUR LES PLUS VULNERABLES (ETUDE PREVAC: PRÉCARITÉ ET ACCÈS À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19)

Facteurs associés à la vaccination

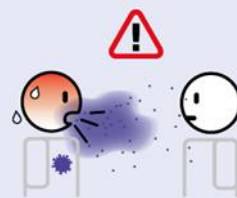
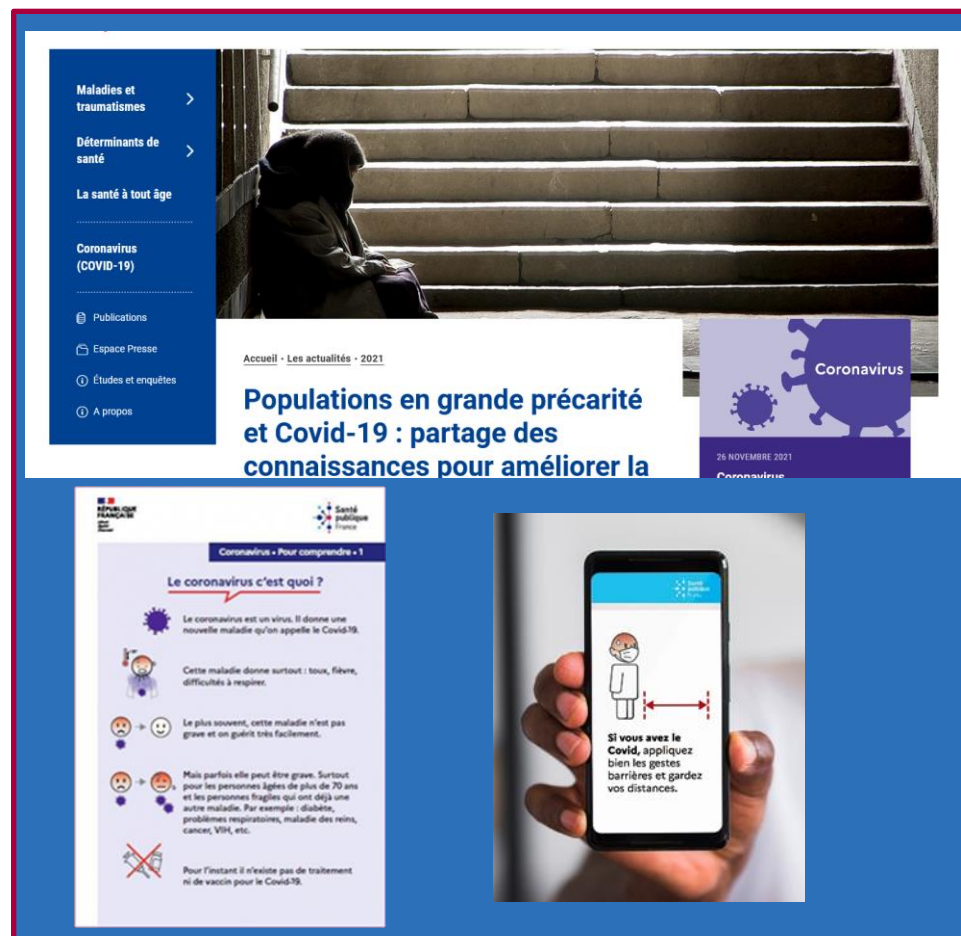
- Age > 65
- Avoir été hospitalisé pour COVID-19
- Parler français
- Avoir un statut administratif
- Avoir une couverture maladie
- Etre suivi par un médecin traitant
- Avoir eu une information sur la vaccination par un travailleur social
- Ne pas avoir internet ou les medias
- L'hésitation vaccinale est plus due à la peur du vaccin qu'à des problèmes d'accessibilité
- Dépend du type de logement



	Asylum seeker accommodation in Ile-de-France (IDF) (n=974) % [IC95%]	Social accommodations for homeless in IDF (n=1189) % [IC95%]	Workers' residences in IDF (n=821) % [IC95%]	Permanent campsites for travelling communities in IDF (n=106) % [IC95%]	Slums, informal camps and in the streets in IDF (n=350) % [IC95%]	Homeless people in Marseille (n=371) % [IC95%]
Access to the first vaccination						
1 injection minimum	79.3 % [76.0-82.6]	70.4 % [67.2-73.6]	86.1 % [83.5-88.7]	41.3 % [22.3-60.4]	44.3 % [35.5-53.2]	40.4 % [30.8-50.0]
Full initial COVID immunization schedule						
Full initial schedule (2 or more)	75.7 % [72.1-79.3]	63.0 % [59.5-66.5]	81.6 % [78.7-84.5]	30.5 % [14.0-46.9]	38.4 % [30.4-46.5]	32.4 % [23.1-41.8]

MOBCO: mobilisation de connaissances

- Echanges entre chercheurs, acteurs et décideurs
- Savoirs théoriques par scoping revues Prisma-Scr (Jan 2021): Ont montré le rôle majeur des déterminants structurels de santé alors que les facteurs individuels (age, genre, incarcération, usage de drogues, etc...) à variait selon les vaccins et la maladie et selon la primo vaccination ou la complétude
- Savoirs expérientiels des acteurs: ont montré l'importance de l'aller vers/ramener, le faire avec, le faire ensemble et le respect de la temporalité
- A permis la co-construction d'outils adaptés au terrain, la co-construction d'étude (Etude PREVAC avec epicentre) via une dynamique bottom up de con construction
- A permis une réactivité des politiques publiques (partenariat cnam pour NIR)



გადაღება ადვილად ხდება როდესაც ახლოს ვიშვოვებით ინფიცირებულ ადამიანთან რომელიც საუბრობს ან ახვევებს, ან როდესაც ვეხებით საგნებს რომეღებდაც შეხებები.

Dispositif de communication

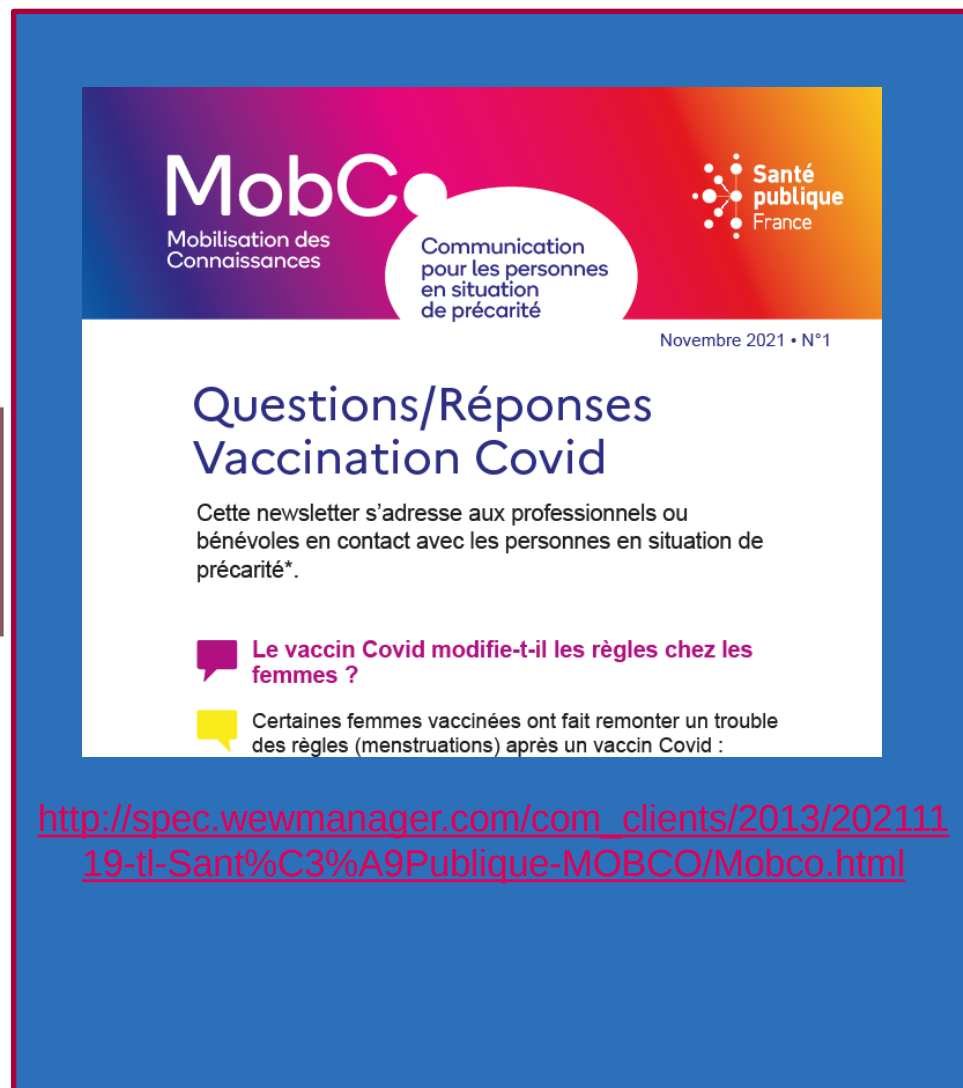
**1° Adapter l'info aux
contexte et conditions
de vie**

**2° Informer au bon
moment**

**3° Faciliter la
compréhension**

4° Faciliter l'adhésion

- démarche itérative de co-construction tout au long du processus avec les partenaires associés : Emmaüs Solidarité, Médecins du Monde, Samu Social, réseau des PASS IdF, Habitat et Humanisme, FAS, Fnasat, Dihal, Unapei, Réseau Sourds et santé de Lille, etc.
- contenu adapté et concret, avec un nombre d'informations volontairement restreint et facile à comprendre pour les petits et non lecteurs et traduites en plusieurs langues



PLAN ACTION pour les GDV COVID-19



- Formation auprès de l'EHESP pour la prise en charge des clusters complexes
- TA permis de guider le contact tracing et les mesures barrières
- A été déployé par l'ARS Naq avec un pilotage et une coordination locale
- Les actions ont été adaptées aux conditions de vie
- A permis l'édition de supports de communication adaptés

SORTIR DE L'INVISIBILITE

- Développer les indicateurs ISS dans les systèmes de surveillance et les études : au niveau individuel et à défaut avec les indices

ADAPTER LES MESURES DE PRÉVENTION

- Tenir compte du gradient social +++
- Tenir compte des populations vulnérables

→ Pgm ISS



The screenshot displays the website of Santé publique France. At the top, there is a search bar with the text 'Rechercher une actualité, une publication, un document...' and a navigation menu with 'AZ' and 'Index'. On the left, a sidebar contains links to 'Maladies et traumatismes', 'Déterminants de santé', 'La santé à tout âge', 'Coronavirus (COVID-19)', 'Publications', 'Espace Presse', and 'Études et enquêtes'. The main content area features the article 'Les inégalités sociales et territoriales de santé', published on May 17, 2021. The article text states: 'Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social et peuvent apparaître dès le plus jeune âge. Des mesures favorisant l'égalité des chances, pour tous et pour les populations les plus vulnérables, permettrait de les éviter.' At the bottom of the article, there are buttons for 'IMPRIMER' and 'PARTAGER'. On the right, a blue box titled 'L'info accessible à tous' contains icons for accessibility and the text: 'L'info accessible à tous. La prévention en santé accessible à tous les publics. EN SAVOIR PLUS'.



Il est possible d'agir

- Promouvoir le travail intersectoriel (habitation, éducation, santé, transport, travail)...et les partenariats entre institutions.
- Expérimenter de nouvelles approches et méthodes d'intervention, développer de nouvelles compétences.
- Évaluer les interventions de santé publique dans une perspective de réduction des ISS (que ce soit des actions d'éducation pour la santé, de promotion de la santé, de prévention, ...)



MERCI DE VOTRE ATTENTION!