

SYNOPSIS

Revue de l'article « Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review »

Date de publication : Juin 2024

Publication citée : Hill-Briggs F., N. E. Adler, S. A. Berkowitz, M. H. Chin, T. L. Gary-Webb, A. Navas-Acien, P. L. Thornton et D. Haire-Joshu. « Social determinants of health and diabetes: a scientific review », *Diabetes Care*, vol. 44, n° 1, 2021, p.258-279. Disponible à : <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>

Résumé d'une minute

- Les minorités raciales et ethniques et les communautés d'adultes à faibles revenus sont exposées de manière disproportionnée au risque de diabète, de complications de cette maladie et de mortalité. Hill Briggs et coll. ont réalisé un examen scientifique dans le but d'établir des liens entre les déterminants sociaux de la santé et les risques et résultats concernant le diabète aux États-Unis, ainsi que d'évaluer l'incidence des interventions conçues pour atténuer les effets des déterminants de la santé sur les résultats liés au diabète.
- Les auteurs ont analysé plusieurs cadres de déterminants sociaux de la santé et ont regroupé ces déterminants en cinq catégories que voici :
 1. le statut socio-économique
 2. le voisinage et l'environnement physique
 3. l'environnement alimentaire
 4. les soins de santé
 5. les contextes sociaux
- Les données probantes relatives aux effets et aux interventions ont ensuite été analysées pour chaque déterminant social de la santé.
- Les analyses ont confirmé l'existence d'associations entre les cinq catégories de déterminants sociaux de la santé et les résultats liés au diabète. Les inégalités de conditions de vie et de travail et les environnements dans lesquels les gens vivent ont une incidence directe sur les résultats biologiques et comportementaux associés à la prévention et au contrôle du diabète. Le temps passé dans un environnement privé de ressources a également un effet important sur les disparités en matière de risque de diabète, de diagnostic et de résultats.

Les études d'intervention analysées dans le cadre de l'examen comprennent celles liées au logement, à l'environnement bâti et alimentaire, ainsi qu'aux soins de santé. Les lacunes signalées dans la documentation concernent les interventions conçues pour avoir un effet positif sur l'éducation, le revenu, le statut professionnel, l'exposition à des substances toxiques dans l'environnement, la cohésion sociale et le capital social.

Renseignements supplémentaires

Il n'existe pas d'ensemble unique de déterminants sociaux de la santé qui fasse autorité : on trouve plutôt de nombreuses listes élaborées par tout un éventail d'organismes et d'instances. C'est pourquoi les auteurs ont examiné les cadres communément mentionnés de déterminants sociaux de la santé afin de déterminer les facteurs à utiliser pour leur analyse. Ces cadres comprennent la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹, Healthy People 2020², le County Health Rankings Model³, et les déterminants sociaux de la santé de la Kaiser Family Foundation⁴. L'analyse a permis de distinguer cinq groupes de déterminants dans ces cadres. Ces groupes ont été utilisés dans le cadre l'examen. Il s'agit du statut socio-économique, du quartier et de l'environnement physique, de l'environnement alimentaire, des soins de santé et des contextes sociaux. Nombre de ces déterminants sociaux de la santé fonctionnent selon un gradient : par exemple, plus le statut socio-économique est élevé, meilleurs sont les résultats en matière de santé, et plus le statut socio-économique est bas, moins les résultats en matière de santé sont bons.

Statut socio-économique

Le statut socio-économique comprend le revenu, le niveau d'études et la profession; il représente un facteur prédictif important de diverses maladies, dont le diabète. Le statut socio-économique est lié à pratiquement tous les autres déterminants, car il définit la mesure dans laquelle les personnes et les collectivités peuvent accéder à d'autres déterminants. Par exemple, le revenu peut dicter le niveau d'études, la qualité du logement, la qualité de l'alimentation et l'accès aux soins de santé. Une association par niveau existe entre le statut socio-économique et à la fois la prévalence du diabète et ses complications à tous les niveaux de statut socio-économique. Cette association est souvent décrite au moyen de l'analogie de l'échelle. Les personnes situées au bas de l'échelle de statut socio-économique sont plus susceptibles de développer un diabète de type 2, de souffrir de plus de complications et de mourir plus tôt que les personnes situées plus haut sur l'échelle. De même, au niveau des quartiers, les taux de diabète de type 2 sont plus élevés dans les quartiers à faible niveau socioéconomique⁵.

Les auteurs relèvent que l'étude systématique de l'incidence de l'évolution du statut socio-économique sur le diabète continue d'être lacunaire dans la documentation. Certains éléments attestent l'efficacité des outils d'éducation et de gestion adaptés à un faible niveau d'alphabétisation, combinés à des interventions globales d'autogestion, pour obtenir des améliorations cliniques^{6,7} telles qu'une diminution de l'hémoglobine A1c (HbA_{1c})⁸.

Quartier et environnement physique

Ce déterminant de la santé comprend le logement, l'environnement bâti et l'exposition aux substances toxiques de l'environnement.

L'instabilité du logement renvoie à un éventail de situations, allant du fait de vivre dans sa voiture à celui d'être hébergé chez des parents ou des amis, en passant par des difficultés à payer le loyer, des déménagements fréquents et des conditions de vie dans un cadre surpeuplé. En raison de la relation entre le logement et le statut socio-économique, il n'est pas certain que l'instabilité du logement soit un facteur de causalité dans le développement du diabète. Les personnes dont le logement est instable sont plus susceptibles de déclarer des visites aux urgences et des hospitalisations liées au diabète, ainsi qu'une utilisation plus importante des soins de santé ambulatoires. La recherche qualitative a montré que les personnes en situation de logement instable ont également plus de difficultés à prendre soin d'elles-mêmes, à suivre des routines d'autogestion, à pouvoir se permettre d'acheter des médicaments et des fournitures, et à manger des aliments sains. Bien que les interventions ciblant l'instabilité du logement soient difficiles à mettre en œuvre en raison de leur coût, il existe des données probantes de grande qualité sur les interventions en matière de logement⁹⁻¹¹.

L'environnement bâti englobe l'espace physique où les personnes vivent et travaillent, et comprend les infrastructures, les bâtiments, les rues et les espaces ouverts auxquels elles ont accès. Des données probantes attestent l'existence de liens entre l'environnement bâti, en particulier la facilité de déplacement à pied dans les quartiers et l'accès aux espaces verts, et le risque de diabète et ses conséquences. Si des expériences naturelles ont été utilisées pour évaluer l'effet des politiques et des modifications de l'environnement bâti sur les résultats liés à l'obésité, la littérature n'aborde pas directement les résultats liés au diabète.

L'exposition aux substances toxiques de l'environnement présente des risques importants pour la santé, en particulier pour les populations marginalisées en raison de facteurs tels que la ségrégation résidentielle, les disparités dans l'accès aux biens et aux services et le racisme systémique. Les quartiers mal desservis sont souvent plus proches des sources de pollution, telles que les substances toxiques et le bruit ambiant, et connaissent une application inadéquate de la réglementation et des réponses insuffisantes aux plaintes de la population. Peu d'études ont exploré les interventions liées aux expositions environnementales et à la prévention ou au contrôle du diabète, soulignant la nécessité d'interventions au niveau de la population par le biais de politiques et de règlements. Les auteurs suggèrent que des travaux de recherche supplémentaires et la mise en œuvre de stratégies intermédiaires au niveau clinique, telles que le dépistage de l'exposition et des recommandations pour réduire les sources d'exposition, sont également justifiés.

Environnement alimentaire

Les auteurs définissent ce déterminant social de la santé comme « la présence physique de nourriture qui a une incidence sur le régime alimentaire d'une personne » [Traduction]. Ce sont également les facteurs physiques, économiques, politiques et socioculturels qui influencent les choix en matière d'alimentation et de boissons. Il s'agit notamment de la proximité et de la répartition des magasins d'alimentation et des services alimentaires, de la disponibilité et de l'abordabilité des aliments, et d'un système interconnecté (ou déconnecté) qui favorise l'accès à l'alimentation. Il existe un lien entre l'accès à l'alimentation, sa disponibilité, les caractéristiques géographiques et la prévalence du diabète de type 2. Les interventions visant à améliorer l'environnement alimentaire comprennent les banques alimentaires¹²⁻¹⁴, l'ajout de supermarchés dans les quartiers¹⁵ et la fourniture d'aliments adaptés au diabète conjointement avec la surveillance de la glycémie, l'aide à l'autogestion et l'aiguillage vers les soins primaires¹³.

Soins de santé

En tant que déterminants sociaux de la santé, les soins de santé comprennent l'accès, l'abordabilité et la qualité. Les auteurs ont constaté que les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie sont plus susceptibles d'avoir un diabète non diagnostiqué, qu'elles se rendent moins au cabinet médical, qu'on leur prescrit moins de médicaments et qu'elles se rendent plus souvent à l'urgence. Le fait d'être assuré est le principal facteur prédictif de la qualité des soins pour les personnes diabétiques. Le revenu a également eu une incidence sur la capacité des personnes à suivre des traitements tels que des régimes médicamenteux. En outre, cette étude axée sur les États-Unis a mis en évidence des différences géographiques substantielles dans l'accès aux endocrinologues selon les États et les comtés. Les interventions liées aux soins de santé englobent des travailleurs en santé communautaires non professionnels formés, en particulier ceux qui sont représentatifs des collectivités avec lesquelles ils travaillent (par exemple les Noirs et les Hispaniques)¹⁶⁻¹⁹, des programmes d'autogestion destinés aux patients mal desservis en milieu de travail²⁰ et des politiques liées à une assurance maladie abordable²¹.

Contexte social

Le contexte social comprend le capital social, la cohésion sociale et le soutien social. Le capital social décrit les caractéristiques des structures sociales, telles que la confiance interpersonnelle, l'aide mutuelle et la réciprocité, qui agissent comme des ressources pour l'action collective. La cohésion sociale fait référence à la solidité des liens et de la solidarité entre les groupes d'une collectivité. Elle comporte les deux dimensions suivantes : la réduction des inégalités et des schémas d'exclusion sociale, et le renforcement des relations et interactions sociales. Le soutien social décrit les expériences et la perception des relations formelles et informelles d'une personne. Il peut s'agir de soutien émotionnel, de soutien matériel, de soutien informationnel ou de compagnie. Un soutien social accru est associé à un meilleur contrôle de la glycémie et à une meilleure qualité de vie. La cohésion sociale, le capital social et le soutien social peuvent avoir une incidence sur le racisme et la discrimination ou peuvent être influencés par ceux-ci. L'exposition au racisme, y compris la discrimination au quotidien, est associée à une prévalence accrue du diabète.

Le capital social entretient une relation positive avec le contrôle du diabète dans différentes populations. Cependant, la capacité à déterminer les associations entre les dimensions du capital social au niveau du quartier est limitée. Une plus grande cohésion sociale est associée à une plus faible incidence du diabète de type 2, et les soutiens sociaux sont associés à un meilleur contrôle de la glycémie et à une meilleure qualité de vie. Les interventions de soutien social comprennent des groupes de soutien par les pairs, des cours pour les couples ou les conjoints, ou encore le soutien de travailleurs de la santé en ce qui concerne l'alimentation (c'est-à-dire la préparation des repas) et les comportements en matière de santé¹². Les auteurs n'ont pas trouvé de travaux empiriques sur les interventions liées au capital social ou à la cohésion sociale, mais ils ont examiné la documentation portant sur les effets du soutien social.

Commentaires de l'évaluateur de SPO

Cette recension des écrits a été réalisée par un groupe de rédaction sur les déterminants sociaux de la santé et le diabète réuni par l'Association américaine du diabète (ADA). Le comité de rédaction a examiné quatre cadres de référence sur les déterminants sociaux de la santé pour connaître leurs classifications et terminologies respectives. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être représenté dans un ou plusieurs cadres de déterminants sociaux de la santé existants et disposer d'une documentation sous-jacente suffisante pour démontrer l'influence du déterminant sur le diabète. En dehors des critères d'inclusion, le comité n'a pas apporté de précision sur son processus d'évaluation.

Cette étude américaine examine cinq des douze déterminants sociaux de la santé reconnus par le gouvernement du Canada²². Les catégories utilisées par les auteurs ne tiennent pas compte des expériences vécues pendant l'enfance, des comportements sains, de la biologie et du patrimoine génétique, du genre, de la culture et du racisme. Il convient toutefois de noter que, comme l'ont constaté les auteurs de l'étude, plusieurs listes de déterminants sociaux de la santé sont utilisées au Canada.

Comme dans le cas aux États-Unis, au Canada, les populations confrontées à des désavantages sociaux et économiques systémiques sont plus susceptibles de développer un diabète de type 2²³. Il existe également des différences entre les deux pays en ce qui concerne le diabète. Par exemple, bon nombre des déterminants sociaux de la santé étudiés dans la recension des écrits prennent leurs racines dans l'esclavage, la ségrégation raciale et le contexte socio-économique et politique des États-Unis. Bien que le Canada partage une partie de cette histoire et de ce contexte actuel, il existe des différences qui peuvent avoir une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les populations les plus touchées par ceux-ci au Canada. En outre, la partie de la recension des écrits consacrée aux soins de

santé peut être moins pertinente dans le contexte de l'Ontario et du Canada en raison des différences entre les régimes d'assurance maladie de l'Ontario et du Canada et ceux des États-Unis. Bien que le Canada dispose d'un système de santé universel, de nombreuses personnes souffrent de lacunes dans l'accès et la qualité des soins et de nombreux traitements du diabète ne sont pas subventionnés par la couverture publique des médicaments et des dispositifs. Les personnes atteintes de diabète peuvent payer entre 16 et 20 % d'un revenu annuel brut de 30 000 dollars en médicaments et dispositifs. C'est en Ontario que la part du revenu familial consacrée aux frais à déboursier est la plus élevée²⁴.

Les auteurs soulignent la nécessité d'aller au-delà de l'arbitrage des effets des déterminants sociaux de la santé et d'utiliser des interventions ou approches structurelles et juridiques afin de s'attaquer aux causes profondes de ces déterminants. Par exemple, s'attaquer à la discrimination bancaire (une pratique discriminatoire qui consiste à refuser des services financiers en raison du quartier et de la race²⁵) et aux politiques de zonage qui créent des déserts alimentaires au lieu de fournir des paniers de produits alimentaires sains, et dépasser la fourniture de documents pour faible niveau d'alphabétisation en s'attaquant aux effets historiques du racisme dans les systèmes éducatifs.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Social determinants of health [En ligne]. Genève : OMS, 2024 [cité le 7 mai 2024]. Disponible à : https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
2. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2020: social determinants of health [En ligne], Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, n.d. [cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
3. County Health Rankings & Roadmaps. County health rankings model. Population Health Institute de l'Université du Wisconsin Madison (Wisconsin), 2014 [cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://www.countyhealthrankings.org/resources/county-health-rankings-model>
4. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity [En ligne], San Francisco (Californie) : Kaiser Family Foundation, 2018 [cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://files.kff.org/attachment/issue-brief-beyond-health-care>
5. Hill-Briggs F., N. E. Adler, S. A. Berkowitz, M. H. Chin, T. L. Gary-Webb, A Navas-Acien et coll. « Social determinants of health and diabetes: a scientific review », *Diabetes Care*, 2021, vol. 44, n° 1, p. 258-279. Disponible à : <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>
6. Hill-Briggs F., M. Lazo, M. Peyrot, A. Doswell, Y.-T. Chang, M.N. Hill, et coll. « Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample », *J Gen Intern Med.*, vol. 26, n° 9, 2011, p. 972-978. Disponible à : <https://doi.org/10.1007%2Fs11606-011-1689-6>
7. Cavanaugh K., K. A. Wallston, T. Gebretsadik, A. Shintani, M.M. Huizinga, D. Davis et coll. « Addressing literacy and numeracy to improve diabetes care: two randomized controlled trials », *Diabetes Care*, vol. 32, n° 12, 2009, p. 2149-2155. Disponible à : <https://doi.org/10.2337/dc09-0563>
8. Kim S. H. et A. Lee. « Health-literacy-sensitive diabetes self-management interventions: a systematic review and meta-analysis », *Worldviews Evid Based Nurs.*, vol. 13, n° 4, 2016, p.324-333. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/wvn.12157>
9. Ludwig J., L. Sanbonmatsu, L. Gennetian, E. Adam, G. J. Duncan, L. F. Katz et coll. « Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment », *N Engl J Med.*, vol. 365, n° 16, 2011, p. 1509-1519. Disponible à : <https://doi.org/10.1056/nejmsa1103216>
10. Baxter A. J., E. J. Tweed, S. V. Katikireddi et H. Thomson. « Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 73, n° 5, 2019, p. 379-387. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
11. Keene D. E., M. Henry, C. Gormley et C. Ndumele. « “Then I found housing and everything changed”: transitions to rent-assisted housing and diabetes self-management », *Cityscape*, vol. 20, n° 2, 2018, p. 107-118. Disponible à : <https://www.huduser.gov/portal/periodicals/cityscpe/vol20num2/ch7.pdf>
12. Strom J. L. et L. E. Egede. « The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review », *Curr Diab Rep.*, vol. 12, n° 6, 2012, p. 769-781. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>

13. Seligman H. K., C. Lyles, M. B. Marshall, K. Prendergast, M. C. Smith, A. Headings et coll. « A pilot food bank intervention featuring diabetes appropriate food improved glycemic control among clients in three states », *Health Aff (Millwood)*, vol. 34, n° 11, 2015, p. 1956-1963. Disponible à : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0641>
14. Seligman H. K., M. Smith, S. Rosenmoss, M. B. Marshall et E. Waxman. « Comprehensive diabetes self-management support from food banks: a randomized controlled trial », *Am J Public Health*, vol. 108, n° 9, 2018, p. 1227-1234. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304528>
15. Dubowitz T., M. Ghosh-Dastidar, D. A. Cohen, R. Beckman, E. D. Steiner, G. P. Hunter et coll. « Diet and perceptions change with supermarket introduction in a food desert, but not because of supermarket use », *Health Aff (Millwood)*, vol. 34, n° 11, 2015, p. 1858-1868. Disponible à : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0667>
16. Hunt C. W., J. S. Grant et S. J. Appel. « An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes », *J Community Health*, vol. 36, n° 5, 2011, p. 883-893. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9381-7>
17. Little T. V., M. L. Wang, E. M. Castro, J. Jimenez et M. C. Rosal. « Community health worker interventions for Latinos with type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials », *Curr Diab Rep.*, vol. 14, n° 12, 2014, p. 558. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0558-1>
18. Norris S. L., F. M. Chowdhury, K. Van Le, T. Horsley, J. N. Brownstein, X. Zhang et coll. « Effectiveness of community health workers in the care of persons with diabetes », *Diabet Med.*, vol. 23, n° 5, 2006, p. 544-556. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01845.x>
19. Shah M., E. Kaselitz et M. Heisler. « The role of community health workers in diabetes : update on current literature », *Curr Diab Rep.*, vol. 13, n° 2, 2013, p. 163-171. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0359-3>
20. Poterfield D., S. Jacobs, K. Farrell, B. Yarnoff, K. Strazza, W. Elkins et coll. Evaluation of the Medicaid coverage for the national diabetes prevention program demonstration project: final report [En ligne], RTI International : Research Triangle Park, 2018 [cité le 14 mai 2024]. Disponible à : https://chronicdisease.org/resource/resmgr/diabetes_dpp_materials/medicaid_demonstration_project.pdf
21. Brown D. S. et A. Delavar. « The Affordable Care Act and insurance coverage for persons with diabetes in the United States », *J Hosp Manag Health Policy*, vol. 2, 2018, p. 17. Disponible à : <https://doi.org/10.21037/hjhmhp.2018.04.07>
22. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [En ligne], Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2024 [modifié le 20 février 2024, cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
23. Agence de la santé publique du Canada. Aperçu du diabète au Canada, 2023 [En ligne], Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2024 [modifié le 30 janvier 2024, cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/aperçu-diabète-canada-2023.html>

24. Diabète Canada. Diabetes and diabetes-related-out-of-pocket costs: 2022 update [En ligne], Ottawa (Ontario) : Diabète Canada, 2023 [cité le 7 mai 2023]. Disponible à : Available from <https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Advocacy%20Reports/Diabetes-Canada-2022-Out-Of-Pocket-Report-EN-FINAL.pdf> (En anglais seulement).
25. Centre de transformation du logement communautaire. Renforcer les communautés noires canadiennes par la transformation du logement [En ligne], Montréal (Québec) : Centre de transformation du logement communautaire, 2023 [cité le 7 mai 2024]. Disponible à : <https://centre.support/fr/renforcer-les-communautes-noires-canadiennes-par-la-transformation-du-logement/>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Recension de l'article intitulé « Social determinants of health and diabetes: a scientific review », Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. SPO met les renseignements et les connaissances scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de première ligne du secteur de la santé et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter le site santepubliqueontario.ca.