



EMOS / Économie
et management
des organisations de santé

université
de BORDEAUX



Plateforme
Cassiopée
Interface recherche et décision
en santé publique
en Nouvelle-Aquitaine



Aucun lien d'intérêt à déclarer

SANTÉ NUMÉRIQUE ET INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES : CONSÉQUENCES INATTENDUES, POINTS DE VIGILANCE ET PISTES D'ACTION

Jeudi 14 Octobre 2021

Congrès SFSP

Viviane RAMEL

Equipe EMOS, Centre Bordeaux
population health

Université de Bordeaux, Inserm

Viviane.ramel@u-bordeaux.fr

CADRE DES RECHERCHES

- **Santé publique** et **science politique/sociologie** ; RISP, recherche interventionnelle en santé des populations
- En **partenariat**
 - Equipe EMOS Economie et management des organisations de santé, Centre *Bordeaux population health*, Inserm U1219, ISPED-Université de Bordeaux
 - Centre *Emile Durkheim*, Sciences po Bordeaux
 - Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine
- Dans le cadre de la Plateforme Cassiopée néo-aquitaine, interface recherche appliquée - décision en santé publique
- Interrogation prospective sur le **devenir des systèmes de santé** « occidentaux »

MÉTHODE - UNE SOCIOLOGIE COMPARÉE DE L'ACTION PUBLIQUE

- **Méthodes qualitatives**
 - Analyse de la littérature scientifique et grise
 - Entretiens indiv. & collectifs (1 20)
- **Action/politique publique comparée : une sociologie de l'action publique**
 - Etude de la façon dont émergent, vivent et évoluent les politiques publiques et l'action publique
- **Analyse comparée entre 4 pays et leurs infra-territoires**
 - France (particulièrement 5 régions de l'expérimentation Territoire de soins numérique (TSN))
 - Canada (Québec)
 - Angleterre (quelques villes et zones d'organisation de la santé)
 - Espagne (Pays Basque)

PLAN

- 1. Numérique en santé et inégalités : quels liens ? Quels points de vigilance ?
- 2. Quel « problème » en 2021 à l'aune de la crise de la Covid-19 ?
- 3. e-ETP/ETP numérique et inégalités
- 4. Le couplage numérique-inégalités, une faible mise à l'agenda mais une typologie d'interventions possibles



1. LES CONSÉQUENCES INATTENDUES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ : LA CONTRIBUTION AUX INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

DES CONSÉQUENCES INATTENDUES

- **La numérisation de la société et le gouvernement numérique**
 - Avec la crise de la Covid-19, déplacement d'activités vers le numérique
- **Le discours de la santé et de l'équité en santé dans toutes les politiques**
 - Un engagement dans les rhétoriques politiques
 - Les effets des politiques de santé non uniformément répartis
 - Des inégalités sociales de santé persistantes : enjeu majeur des États-providence
- **L'étude quasi absente de l'action publique portant sur les ISS**
 - Un concept à plusieurs facettes
- **La complexité du numérique et ses « effets inattendus »** (Bloomrosen et al., 2011)
 - De possibles inégalités numériques s'ajoutant aux ISS existantes
 - La(les) fracture(s) numérique(s)

SANTÉ NUMÉRIQUE, DÉFINITIONS SELON DIVERS ANGLES

■ Outils

- Systèmes d'information en santé numériques
- Télémédecine (dont téléconsultation, télé-prévention)
- Internet santé
- Domo médecine
- M-santé

■ Public cible

- Professionnels de santé
- Patients/usagers

■ Objectifs

- Fournir de l'information, connecter les professionnels ou les patients entre eux, prendre en charge à distance grâce à la vidéo, suivre la santé des patients, recueillir des données de santé et réutiliser les données de santé, alimenter les systèmes d'aide à la décision, solidifier un socle d'interopérabilité, de sécurité, de grands référentiels, etc.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, DÉFINITIONS

- « Des disparités en matière de santé, au sein d'un même pays ou entre différents pays, attribuables aux **conditions socioéconomiques systématiques** et **évitables** et, par conséquent, **inévitables** et **injustes** » (Whitehead, 1992)
- « Une différence de santé entre des individus liée à des facteurs ou **critères sociaux de différenciation** (classes sociales, catégories socio-professionnelles, catégories de revenu ou niveaux d'études) » (Aïach 2000)
- « Différences mesurables dans **l'expérience de santé** et dans les **états de santé** entre les différents groupes de population, en fonction du **statut socio-économique**, de la **provenance géographique**, de **l'âge**, du **handicap**, du **genre** ou du **groupe ethnique** » (Whitehead, 2007 citée dans le rapport de la CDSS porté par M. Marmot)

DES LIENS QUI CROISENT DES VULNÉRABILITÉS PRÉEXISTANTES



- Des liens à 4 niveaux provoquant l'**exclusion numérique**

- **Accès physique** aux technologies numériques
- **Compréhension** des technologies et des informations fournies
- **Adoption** de ces technologies pour améliorer sa santé
- **Structurel** : collecte de données pour la surveillance des populations

} **Illectronisme***

- **Divers publics affectés**

- **Une proportion de la population générale**
- **Des groupes sociaux spécifiques**

* Etat d'une personne ne maîtrisant pas les compétences nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources numériques (Larousse)

- **Position socio-économique**, en particulier le **niveau d'éducation** : le prédicteur le plus important

Personnes issues de PSE inférieures: ↘ accès à Internet et aux technologies, ↘ compréhension de l'information, ↘ avantages des services de santé numérique mais ↗ avantages lorsqu'ils correspondent à leurs besoins

- **Âge avancé**: 2^e prédicteur le plus décrit de l'accès, de l'utilisation et de l'adoption de la santé numérique

↘ accès, ↘ compréhension, ↘ enclins à intégrer les technologies dans leur routine, ont tendance à ↗ susceptibles d'incarner le contenu des informations de santé numérique dans leur comportement

- **Les jeunes**

Difficile de s'engager dans des interventions de santé numérique, ↘ intérêt pour l'information sur la santé, ++ support numérique pour les sujets sensibles

- **Minorités**

↘ accès, ↘ représentées dans les contenus de santé numérique, tiendraient davantage compte des potentialités de l'e-santé (mais littérature non univoque)

- **Lieu de vie (milieu rural)**

↘ accès physique, bénéficie ↗ de la télémédecine

- Fracture numérique entre **hommes et femmes** ↘
Mais les femmes sont ↘ conscientes de leurs compétences, utilisent ↗ l'e-santé pour obtenir des informations sur leur santé et celles de leurs proches, pour communiquer et obtenir du soutien
- **Statut migratoire** / être allophone : ↘ accès, d'utilisation et d'appropriation
Mais ↗ accès aux technologies, notamment téléphones portables
- Personnes **handicapées ou avec des multi-morbidités** : ↘ accès
 - > Déficience intellectuelle: souvent discriminées, lorsque l'accès ++, les troubles cognitifs et linguistiques peuvent être de nouveaux obstacles
 - > Limitations physiques et déficiences sensorielles: obstacles à l'accessibilité matérielle et logicielle
- Personnes vivant en **couple / avec une famille**
 - ↗ Accès à Internet et aux technologies numériques, ↗ intérêt pour l'utilisation de l'e-santé
- **Minorités sexuelles stigmatisées**
 - ↘ disposées à utiliser la santé numérique (problèmes de confidentialité) ou ↗ (pour rester anonyme)
- Données collectées à partir de **systèmes d'information sanitaire non neutres**

↳ Les vulnérabilités des personnes peuvent devenir de réelles **inégalités** (c'est-à-dire des différences injustes et inutiles) en matière de santé numérique, de manière **cumulative**

↳ La santé numérique est ↗ facilement accessible aux **personnes qui en ont le ↘ besoin**

↳ Les **conséquences inattendues** doivent être prises en compte lors du développement de l'utilisation de la santé numérique, ↗ recherches nécessaires pour les mettre en évidence



2. QUEL PROBLÈME EN 2021 À L'AUNE DE LA CRISE LIÉE À LA COVID-19 ?

LA FRACTURE NUMÉRIQUE EN FRANCE

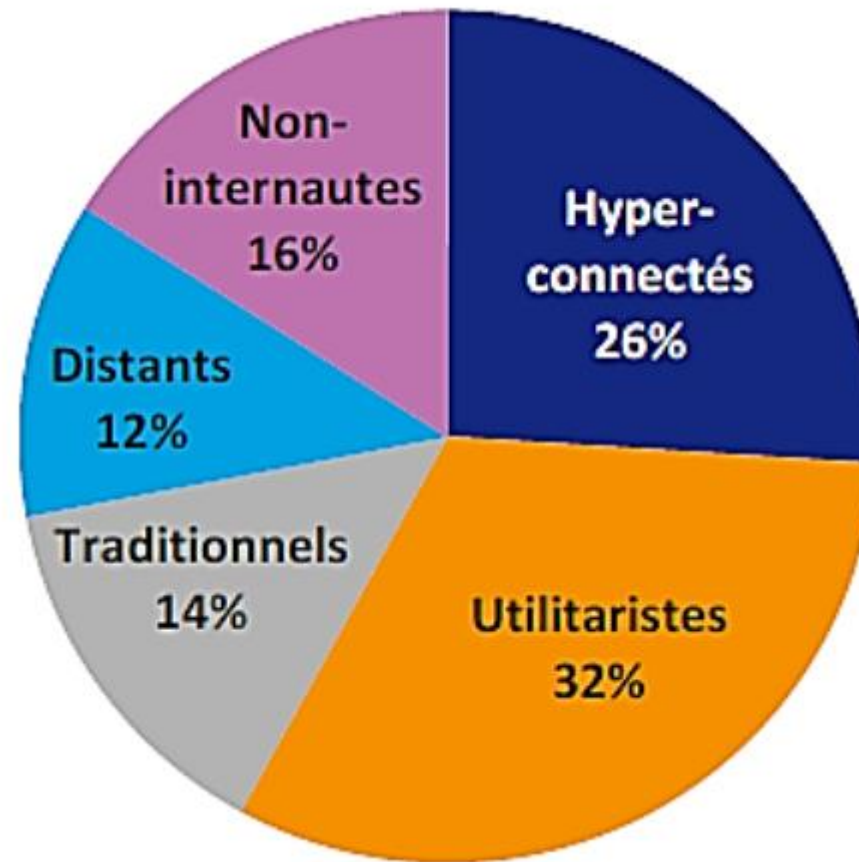
- Un « halo » d'illectronisme, des formes les plus floues aux plus sévères
- **15 %** des >15 ans n'ont pas utilisé Internet au cours de l'année
- **38 %** des >15 ans manquent au moins d'une compétence de base (**47,3%** si rapporté à l'ensemble de la pop)
- **2 %** sont dépourvus de toute compétence
- **17 %** de la population concernés par l'illectronisme ou illettrisme numérique
- **1 pers./4** ne sait pas s'informer
- **1 pers./5** est incapable de communiquer *via* Internet
- Semblable à la moyenne européenne

Source : Insee, 2019

- Un gradient social dans l'exclusion numérique

LA FRACTURE NUMÉRIQUE EN FRANCE

Cinq catégories d'internautes



	Pas d'équipement Internet	Non-usage d'Internet dans l'année	Au moins une incapacité*	Illectronisme
15-29 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
30-44 ans	1,99**	1,36	1,80***	1,44
45-59 ans	2,68***	2,90***	2,30***	3,12***
60-74 ans	2,96***	4,84***	2,77***	4,92***
75 ans ou plus	6,43***	9,07***	3,10***	8,81***
Femmes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Hommes	1,24***	1,14***	0,99	1,15***
Études supérieures	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Bac ou équivalent	1,31	1,39**	1,79***	1,40**
CAP, BEP ou BEPC	2,03***	2,56***	2,56***	2,53***
Aucun diplôme ou CEP	3,62***	4,11***	3,03***	4,02***
En emploi	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Inactif	1,61***	1,73***	0,94	1,67***

Facteurs d'exclusion

- Seniors
- Diplôme
- Niveau de vie
- Personnes illettrées
- Territoire (! seul 5 % du non-équipement dû à l'absence d'offre haut débit + mauvais débit)

Source : Insee, 2019

Profils d'équipements, d'usage et de capacités numériques en France

(Risques relatifs par rapport à un niveau de référence)

5 ^e quintile de niveau de vie (ménages aisés)	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
4 ^e quintile	1,65***	1,27**	1,23***	1,32**
3 ^e quintile	2,23***	1,49***	1,24***	1,52***
2 ^e quintile	2,90***	1,77***	1,42***	1,78***
1 ^{er} quintile (ménages modestes)	3,68***	2,10***	1,65***	2,10***
Couple avec au moins un enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Personne seule	6,15***	2,10***	1,39***	2,32***
Famille monoparentale	1,51	0,61	1,08	0,77
Couple sans enfant	3,32***	1,55**	1,25***	1,73***
Autre type de ménage (ménage complexe)	1,72**	1,28	1,04	1,46**
Agglomération de Paris	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Unité urbaine de 10 000 à 1 999 999 habitants	1,13	0,97	0,96	0,94
Commune rurale et unité urbaine de moins de 10 000 habitants	1,12	0,98	0,98	0,94
Métropole	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
DOM hors Mayotte	1,15	1,25**	1,08*	1,25**

* Information, communication, logiciel ou résolution de problème.

Note : régression de Poisson modifiée ; *, **, *** : significativité à 10 % (*), à 5 % (**) ou à 1 % (***).

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, relativement aux femmes, les hommes ont 1,24 fois plus de risque d'être non-équipés.

Champ : individus de 15 ans ou plus, France hors Mayotte.

Source : TIC ménages 2019.

LA FRACTURE NUMÉRIQUE PENDANT LA CRISE COVID-19

- La crise Covid comme « accélératrice et **amplificatrice** des fractures numériques » (J-F Lucas)
- Confinement > numérique comme un des seuls moyens de :
 - Étudier
 - Socialiser
 - Se divertir
 - Travailler
 - Réaliser des démarches administratives
 - Consulter un médecin / professionnel de santé
 - Augmentation d'un facteur 100 du nb de téléconsultations entre février (40 000) et avril 2020 (4,5 millions)
 - 1 patient sur 5 < 30 ans et 1 patient sur 5 > 70 ans
- Quid de **ceux qui n'ont pas accès au numérique** ?

LES PRATIQUES PROMETTEUSES PENDANT LA CRISE COVID-19

- La crise Covid comme révélatrice des **potentialités** du numérique (**si inclusif**)
- ↗ consultations médicales à distance
 - Maintien des suivis de maladies chroniques ou des consultations non programmées, « lien » avec médecin traitant, soutien patients Covid non « sévères », réduction pression des patients aux urgences/en Ville
- Protection des personnes face au risque infectieux car à distance
- Potentiel accès ↗ à spécialistes/offre de soin dans territoires moins bien dotés
- Potentiel ↗ accès à de l'information sur l'épidémie (médias, réseaux sociaux, sites gouvernementaux)
- Possibilités de travailler à distance, d'échanger avec son réseau social et familial, d'étudier, etc.

3. E-ETP ET INÉGALITÉS

L'E-ETP, AFFECTÉE PAR LES MÊMES ENJEUX QUE LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ EN GÉNÉRAL

- L'e-ETP, s'effectuant *via* des outils numériques, auprès d'une population affectée principalement par des maladies chroniques, est confrontée aux mêmes enjeux que le numérique en santé en général
- L'(e)-ETP dépend d'infrastructures et d'outils numériques
 - Si difficultés d'accès physique dues à la géographie > risque moindre accès à l'(e)-ETP > disparités territoriales
 - Si l'on passe outre > renforcement de l'accès aux services d'ETP sur le territoire
- L'(e)-ETP est intrinsèquement liée à la littératie
 - Littératie générale, littératie en santé et littératie numérique ont tendance à suivre un gradient social > risque d'inégalités sociales de compréhension et d'utilisation des informations et compétences pour l'ETP
 - L'illettrisme affecte davantage des groupes de population défavorisés
 - Groupes les plus touchés : personnes âgées, minorités ethniques, personnes avec faible niveau socio-économique > croise souvent les groupes les plus touchés par les maladies chroniques > double fardeau
- L'(e)-ETP est liée à la relation soignant-soigné
 - Celle-ci se voit affectée en cas de pratique à distance > peut être rendue difficile sans contact humain



4. QUELS POINTS DE VIGILANCE LORS DE L'ACTION ?

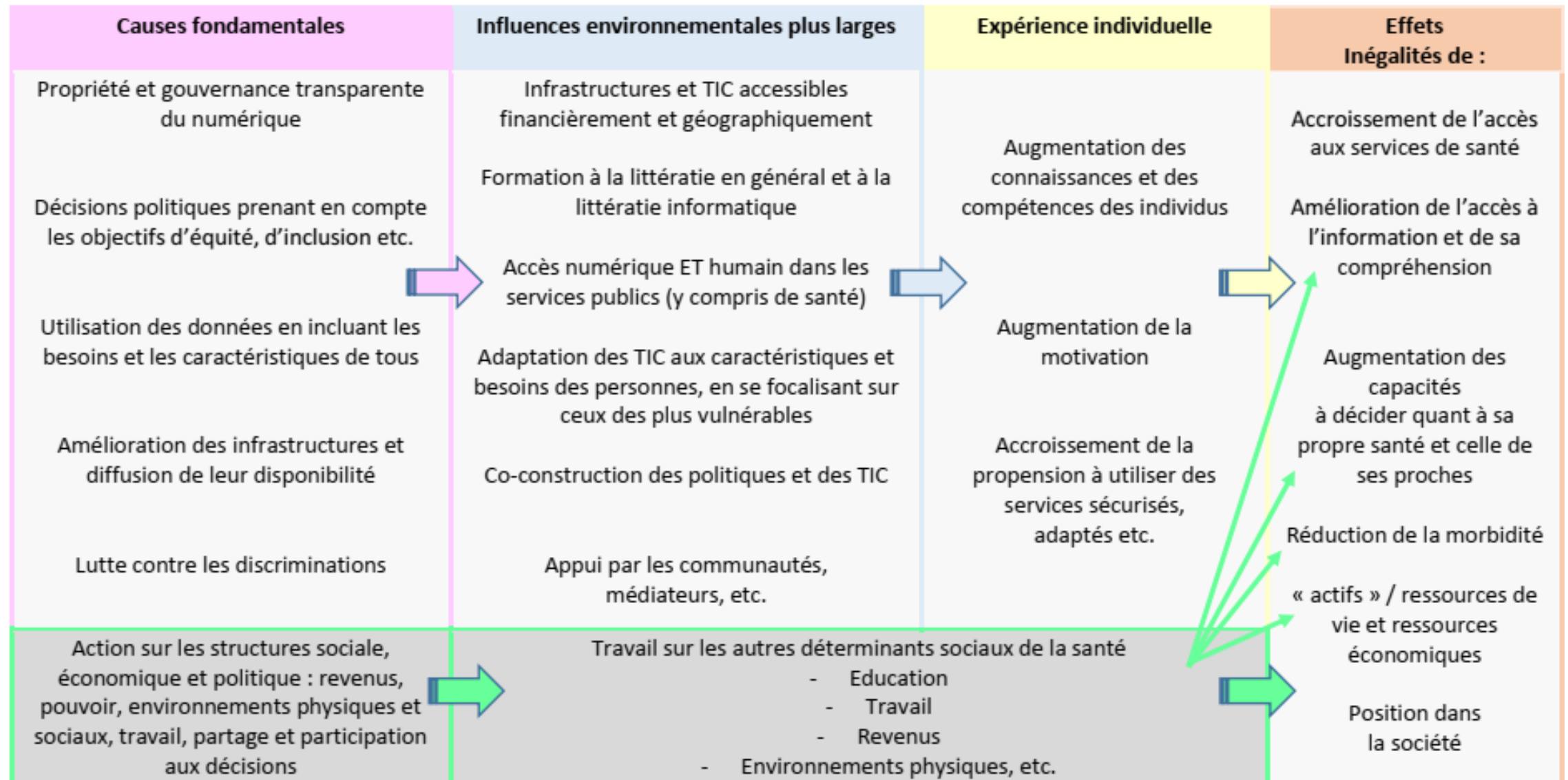
QUELLES INTERVENTIONS POSSIBLES POUR LA RÉDUCTION
DES EFFETS INDÉSIRABLES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ ?

UN PRÉALABLE

L'ÉQUITÉ DANS LA SANTÉ NUMÉRIQUE : UNE RÉELLE GAGEURE ?

- Un modèle logique faussé : l'utilisation du numérique en santé ne peut pas, en soi, considérée séparément, réduire les ISS
 - Les niveaux d'action les plus efficaces sont situés à un niveau macroscopique et structurel, agissant sur les politiques, l'économie, sur la structure de pouvoir s'exerçant dans les sociétés et sur la répartition des ressources
- **MAIS** la numérisation de la santé peut *a minima* tenter d'être **le moins inéquitable possible**
 - en générant le moins possible d'inégalités additionnelles
 - en s'assurant de la prise en compte de ces enjeux
 - en adaptant les stratégies pour réduire au mieux ces vulnérabilités potentiellement accrues

ACTIONS SUR LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ : EFFETS AU POTENTIEL POSITIF POUR RÉDUIRE LES ISS



Source : élaboration V. Ramel, basée sur un schéma du NHS Scotland (NHS Scotland, 2015) [en cours de publication]

SANTÉ NUMÉRIQUE ET ÉQUITÉ, DES INSTRUMENTS MOBILISABLES

- Engagement clair dans les documents de **politique** et dans les règles de mise en œuvre des politiques : universalisme proportionné
- Définition ou engagement au respect de **normes inclusives**
- Garantie de **l'accès** à des services, **couverture du territoire** avec offre de proximité + prise en charge à distance
- **Information** en santé facilement accessible
- **Médiation** numérique
- **Adaptation** aux besoins et **co-construction**

Checklist inclusion numérique (NHS anglais)

1. Point de départ : besoins utilisateur
2. Rendre les choses accessibles
3. Concentration sur ce qui intéresse directement les personnes
4. Sécurité services et confiance
5. Travailler avec les autres, pas tout seul

DES OUTILS MOBILISABLES (2)

- **Recueil de données** délibéré et structuré
- Niveau **local**, travail avec tous les acteurs
- **Formation** à la littératie en santé et au numérique
 - + Niveau **macroscopique et structurel**, action sur la structure de pouvoir qui s'exerce dans les sociétés
 - + Tout cela de manière **COMBINEE**

LES OUTILS NUMÉRIQUES MOBILISABLES EN E-ETP : À CERTAINES CONDITIONS

- > Une analyse avec la lentille « ISS » des conclusions de l'article de Vitale et al., 2021 (Vitale, 2021)
- > L'e-ETP semble pertinente **si elle maintient les piliers de l'ETP.**
- L'ETP, une collaboration entre patients et avec les professionnels de santé
 - Si accompagnement par un professionnel
 - Elargissement de l'offre éducative à des patients isolés ou éloignés des centres de santé
- L'ETP, un accompagnement personnalisé centré sur les objectifs du patient
 - Si possibilité pour le patient de définir ses propres objectifs
 - Si diagnostic préalable de l'accès, des connaissances, des usages et des préférences (Gordon, 2018)

LES OUTILS MOBILISABLES EN E-ETP : À CERTAINES CONDITIONS (2)

- L'ETP, une méthode pour transmettre des connaissances
 - Si acquisition de savoir-faire et non seulement connaissances
 - Si adaptation outils au niveau de littératie (en santé et numérique) et analyse du niveau de compétences en santé au moment de l'analyse des besoins éducatifs
 - Si programmes d'alphabétisation (Margat et al., 2014)
 - L'ETP, une démarche incluant les compétences d'auto-soins
 - Si adaptation outils au niveau de littératie (en santé et numérique)
 - Si formation préalable, déconstruction perceptions, etc.
 - Au-delà des dimensions cognitive et biomédicale, focus sur dimensions socio-professionnelle, psycho-affective et motivationnelle
- L'e-ETP / l'ETP numérique, un complément, pas un remplacement de l'ETP

Merci pour votre attention

Pour me contacter

viviane.ramel@u-bordeaux.fr

Pour aller plus loin

- Ramel V, *Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique*, in Numéro spécial « La fabrique des inégalités sociales de santé », Revue française des affaires sociales, Octobre 2021 *[en cours de publication]*
- Ramel V, *Les technologies numériques en santé face aux inégalités sociales et territoriales : une sociologie comparée de l'action publique*, Thèse de doctorat, Ecole doctorale Société, Politique, Santé publique, Université de Bordeaux, 2020