



University of
St Andrews

Différences ethniques de santé en Ecosse

Paradoxe entre morbidité et mortalité

Geneviève Cezard

Thèse encadrée par: Dr Nissa Finney
Prof Hill Kulu
Dr Alan Marshall

INED, 7 Février 2019

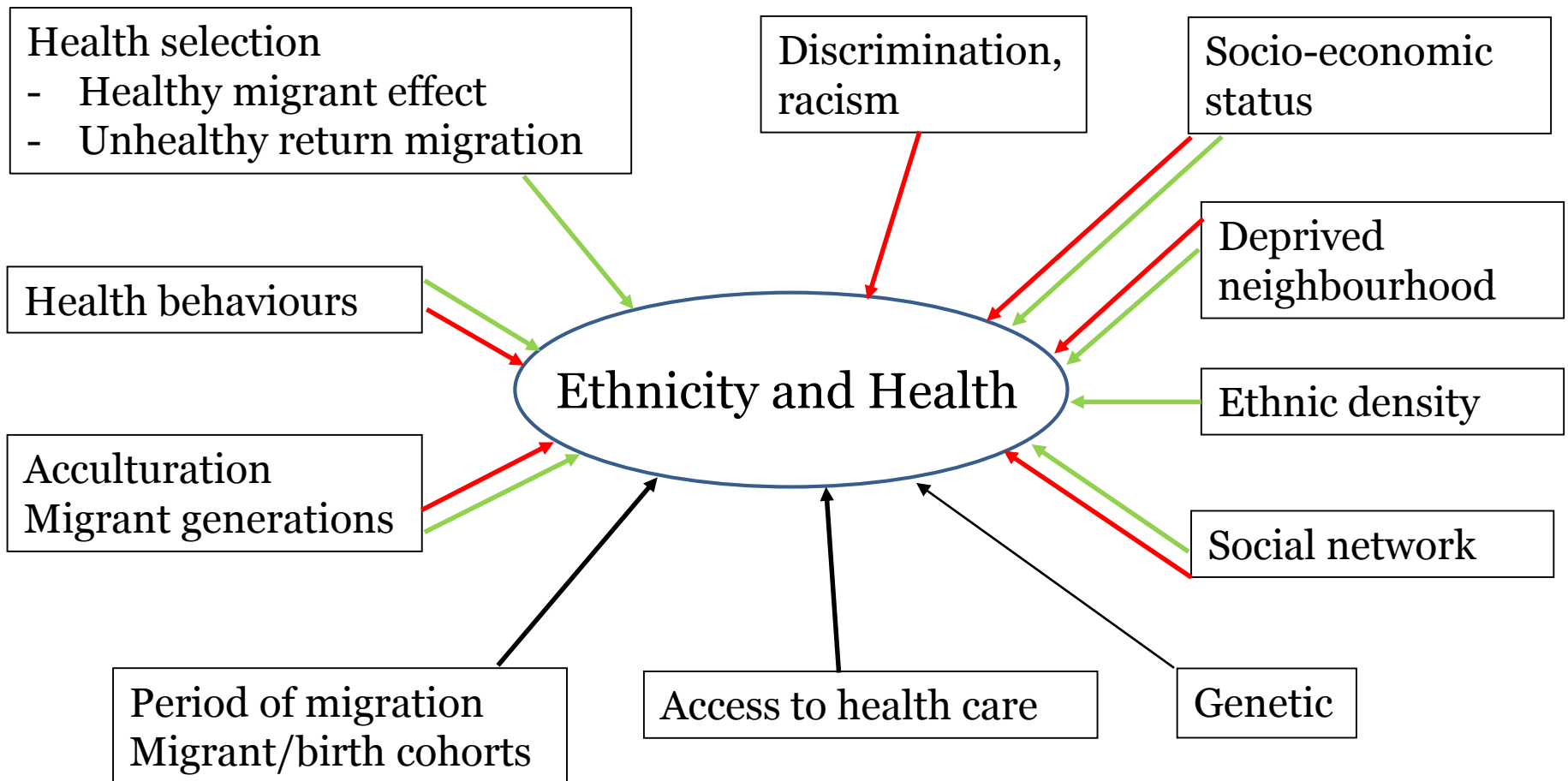
Pourquoi rechercher les différences ethniques de santé?

- Identification des inégalités de santé
 - Prévention ciblée
 - S'assurer d'un dépistage /diagnostique plus rapide
- Comprendre les mécanismes
 - Développer des interventions et adapter la prévention des populations à risque selon les facteurs déterminants de ces inégalités
- Réduire les inégalités bénéficie à notre société
 - Ce qui marche pour un groupe peut bénéficier un autre groupe
 - Convergence vers “une meilleure santé pour tous”
 - Cohesion – augmentation de l'espérance de vie

Objectif

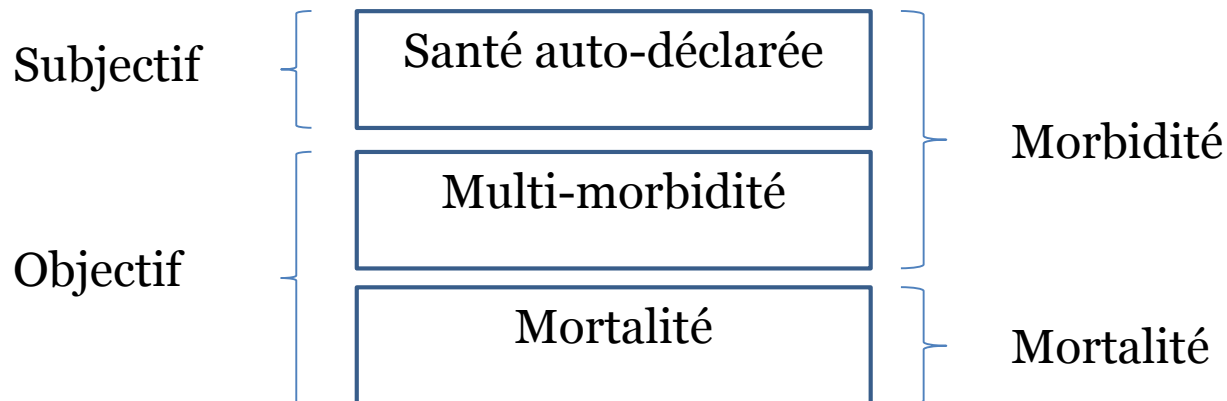
- Explorer les différences ethniques en santé générale
- Comprendre les mécanismes de ces inégalités
- Evaluer si les tendances observées varient pour différentes mesures de santé générale
- Examiner la relation entre santé subjective and objective pour différents groupes ethniques

Théories sous-jacentes des différences ethniques de santé



Scottish Health and Ethnicity Linkage Study (SHELS)

- Resource unique en Ecosse:
 - Objectif: Explorer les différences ethniques de santé
 - Appariement: Recensement écossais 2001 lié aux données de morbidité et mortalité
 - Echantillon: 4,6 million de personnes ayant répondu au recensement in 2001 (90% de la population estimée en Ecosse)
- Indicateurs de santé générale utilisés:



Méthodes

- Modélisation du risque de mauvaise santé selon l'ethnicité.
- Régression de Poisson
-> Risques Relatifs (RR), intervalle de confiance (95%)
- Référence=Population d'origine écossaise
- Ajusté pour l'âge. Pas de restriction d'âge.
- Séparément pour les hommes et les femmes.
- Ajustement pour le status socio-economique – 3 mesures (niveau individual, foyer, voisinage)
- Stratification par le fait d'être né au Royaume-Uni ou non (UK-born).

Le contexte écossais

Distribution par l'ethnicité (SHELS/ Scottish census 2001)

<i>Ethnicity</i>	Ethnicité	N	Pourcentage
<i>White Scottish</i>	Ecossais	4088127	88.6%
<i>Other White British</i>	Autre Britannique	334983	7.3%
<i>White Irish</i>	Irlandais	43503	0.9%
<i>Other White</i>	Autre caucasien	65655	1.4%
<i>Any mixed background</i>	Origine mixte	11109	0.2%
<i>Indian</i>	Indien	12336	0.3%
<i>Pakistani</i>	Pakistanaï	25631	0.6%
<i>Other South Asian</i>	Autre Sud-Asiatique	6512	0.1%
<i>African origin</i>	Origine africaine	6333	0.1%
<i>Chinese</i>	Chinois	13204	0.3%
<i>All Other Ethnic group</i>	Autres ethnicités	7713	0.2%
TOTAL		4615106	100.0%

≈ 2%

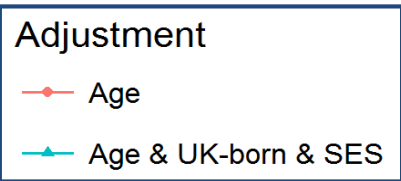
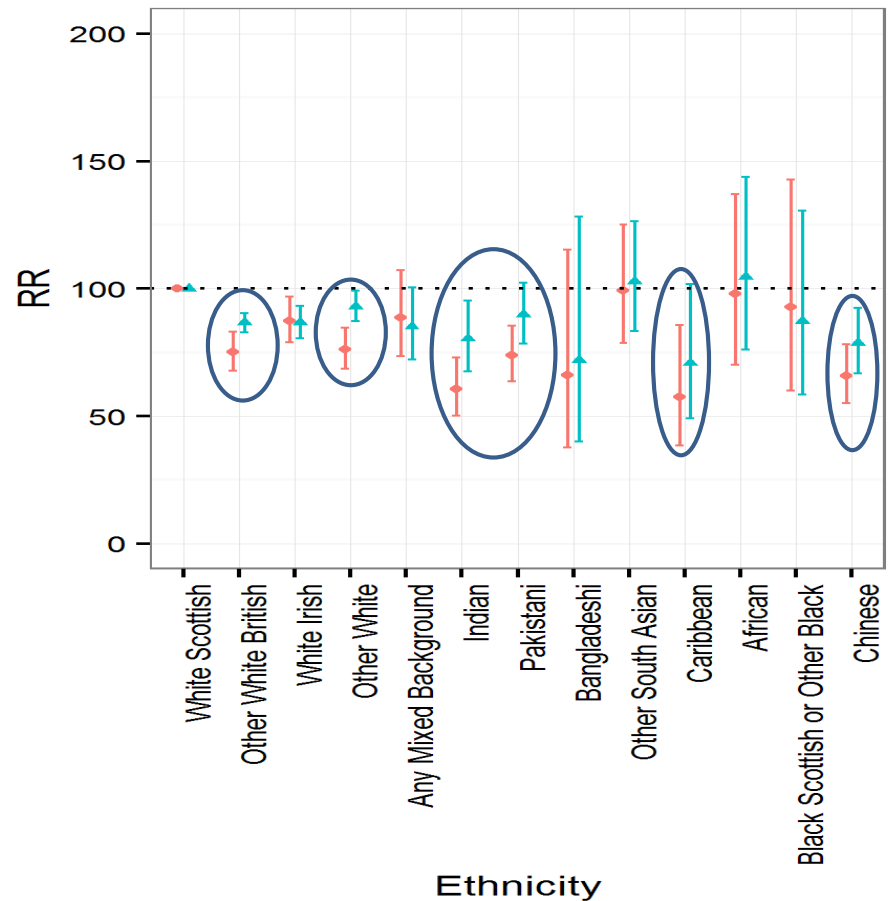
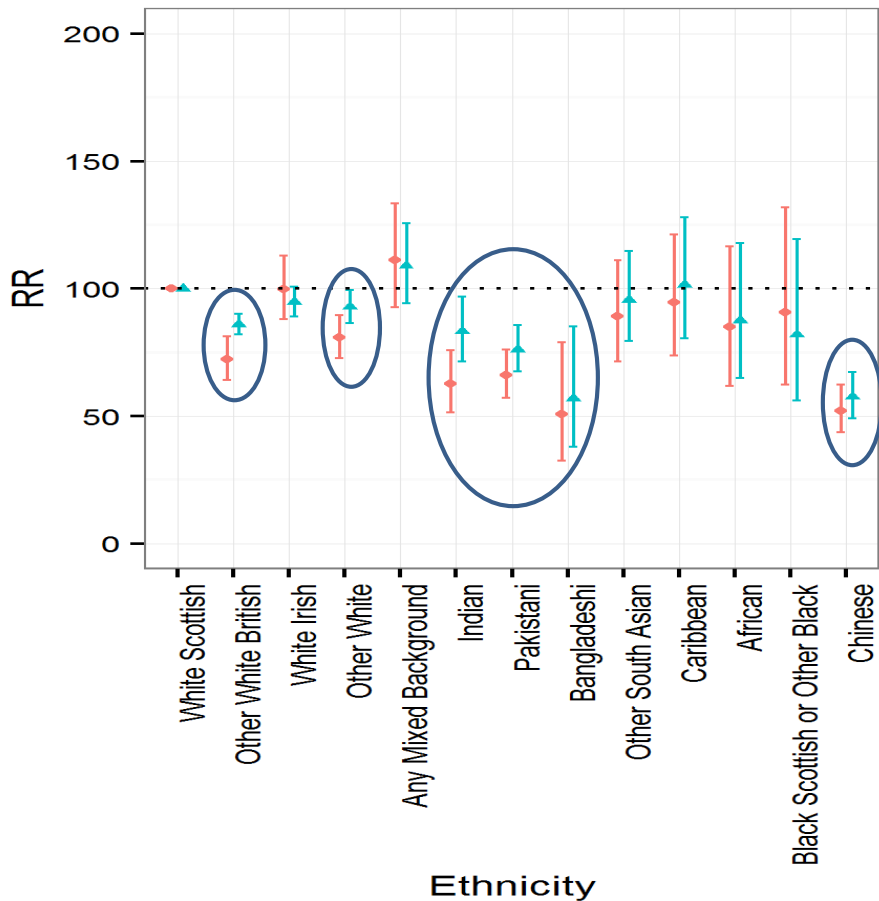
Mortalité

Evidence en Ecosse

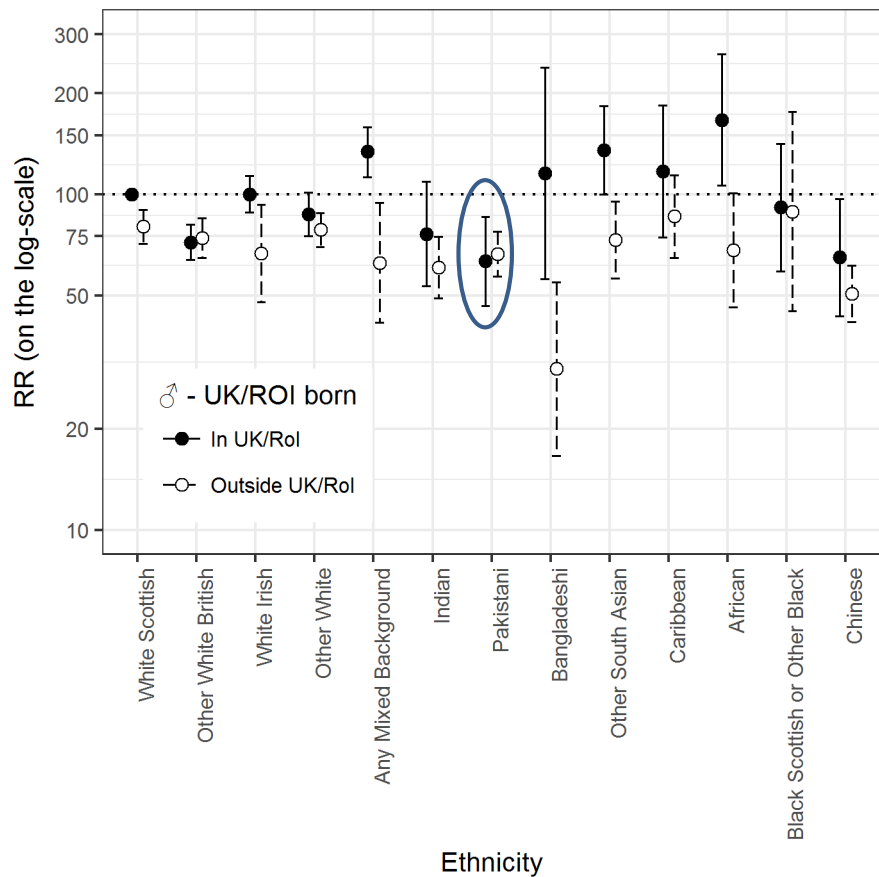
GRUER, L., CEZARD, G., CLARK, E., DOUGLAS, A., STEINER, M., MILLARD, A., BUCHANAN, D., KATIKIREDDI, S. V., SHEIKH, A. & BHOPAL, R. 2016. **Life expectancy** of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. *J Epidemiol Community Health*.

BHOPAL, R. S., GRUER, L., CEZARD, G., DOUGLAS, A., STEINER, M. F. C., MILLARD, A., BUCHANAN, D., KATIKIREDDI, S. V. & SHEIKH, A. 2018. **Mortality**, ethnicity, and country of birth on a national scale, 2001–2013: A retrospective cohort (Scottish Health and Ethnicity Linkage Study). *PLOS Medicine*, 15, e1002515.

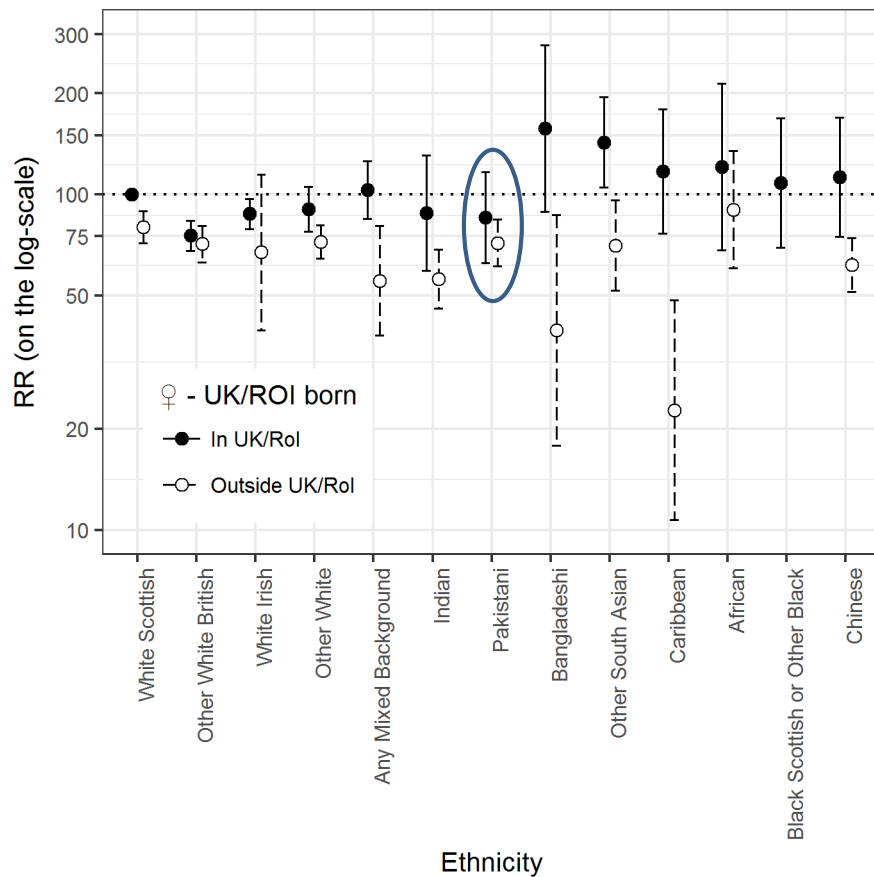
Mortalité par ethnicité



Mortalité par ethnicité et pays de naissance



Mâles



Femelles

Santé subjective

Santé auto-déclarée (SAD)

- SAD: Indicateurs de qualité de vie et de santé dans le sens général du terme

En accord avec la définition de la santé de l'OMS (1978) « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

- Validation: indicateurs SAD comme mesures de santé fiables

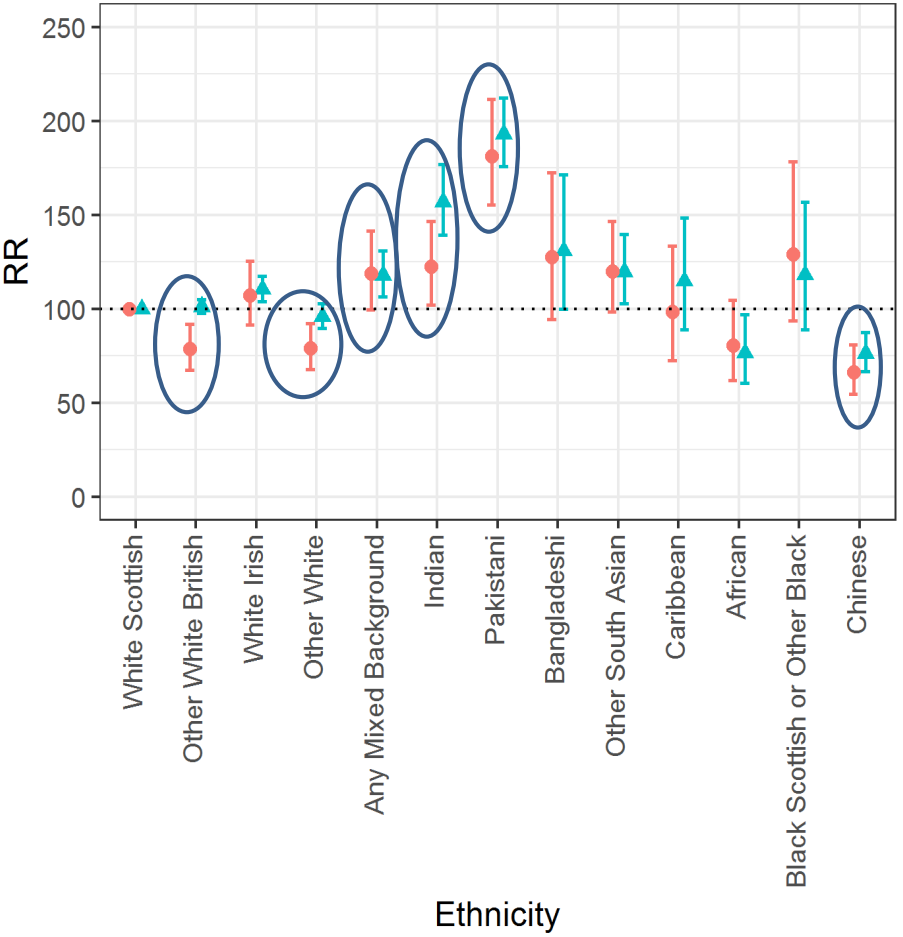
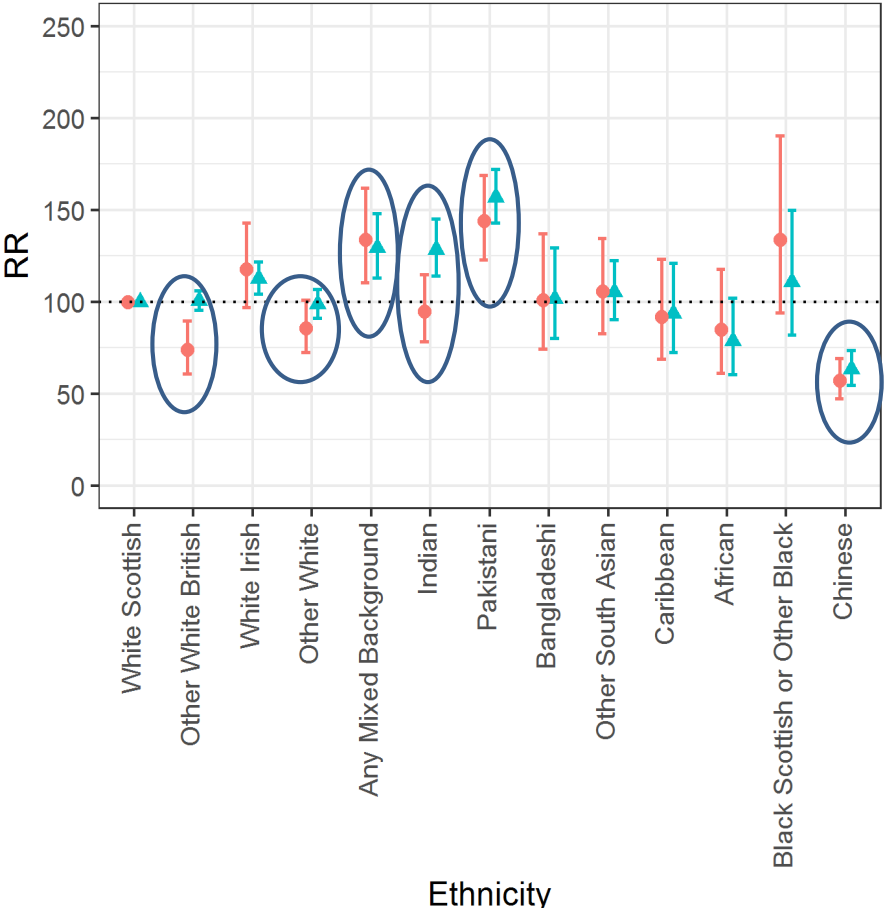
Association avec des mesures de santé physique et mentale, évaluation de la santé par le docteur, l'utilisation des soins et la mortalité.

- Validation pour différents groupes ethniques?

Association avec mesures objectives de morbidité, utilisation des soins et mortalité pour différents groupes ethniques (Chandola & Jenkinson 2000, Mc Gee et al. 1999)

- 2 indicateurs: - Santé déclarée
- Limitation/maladie de longue durée (LLTI)

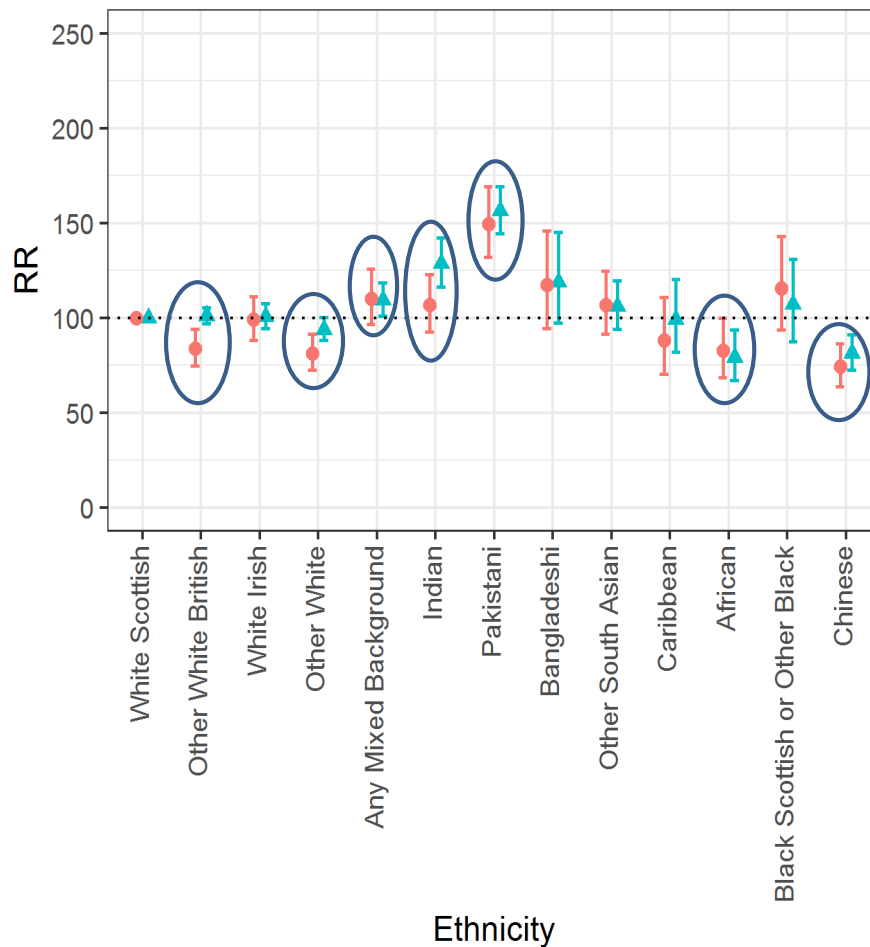
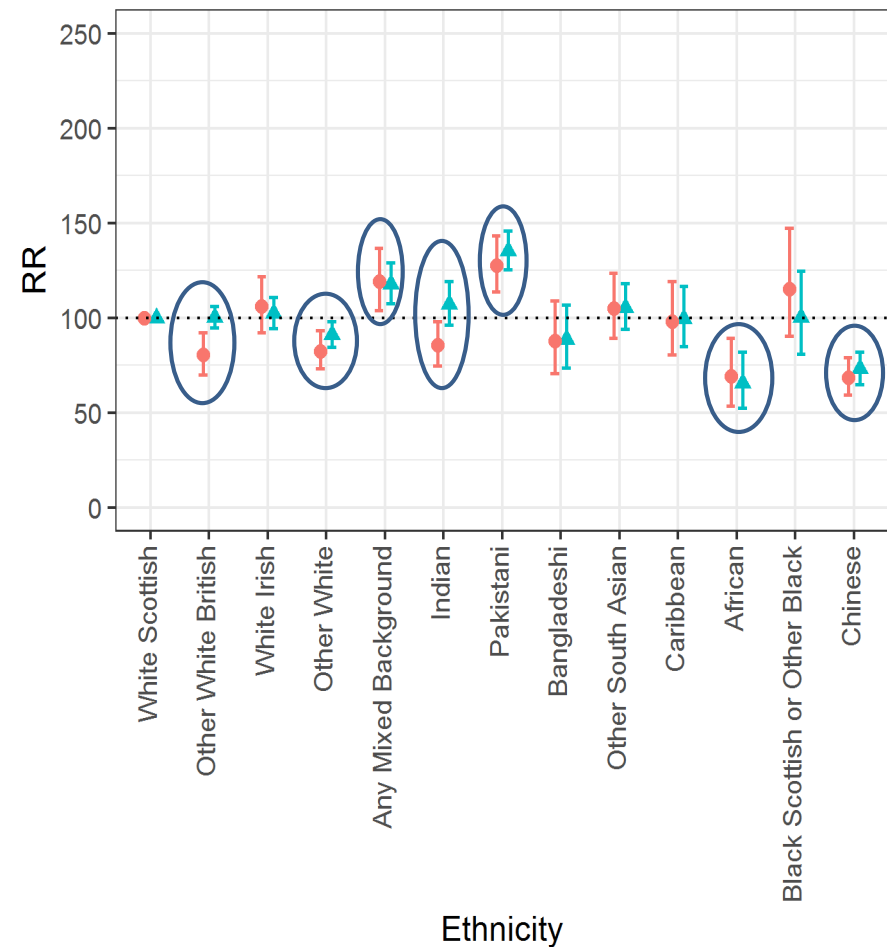
Santé déclarée (mauvaise vs. bonne-moyenne)



Adjustment

- Age
- ▲ Age & SES

Limitation/maladie de longue durée



Adjustment

● Age

▲ Age & SES

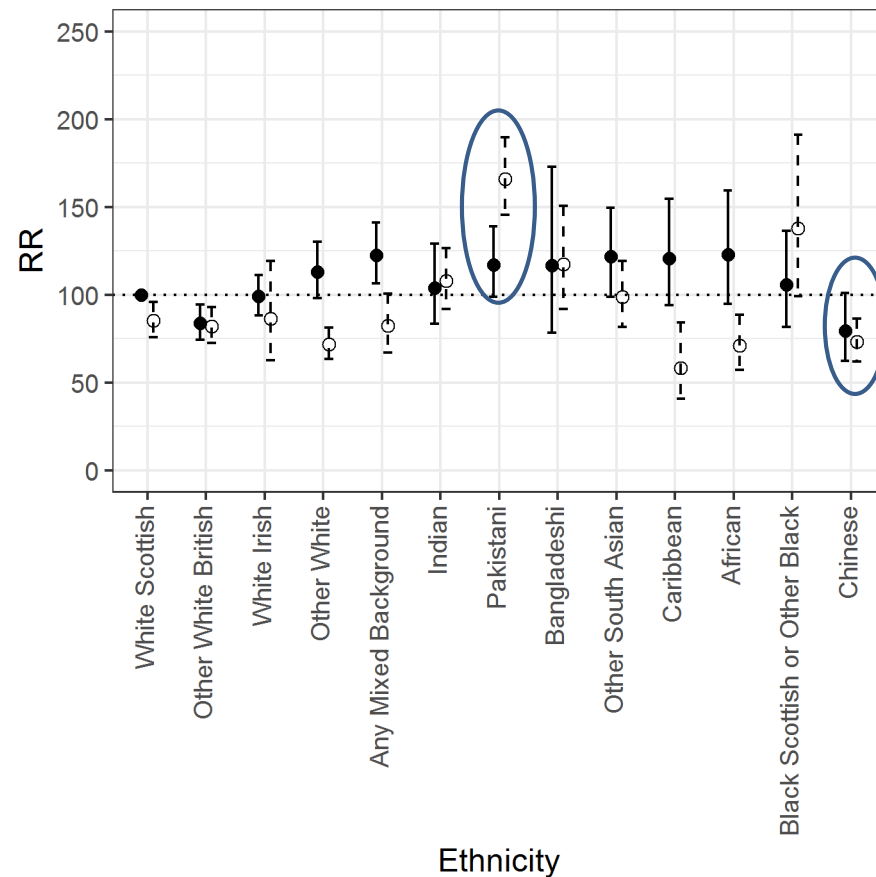
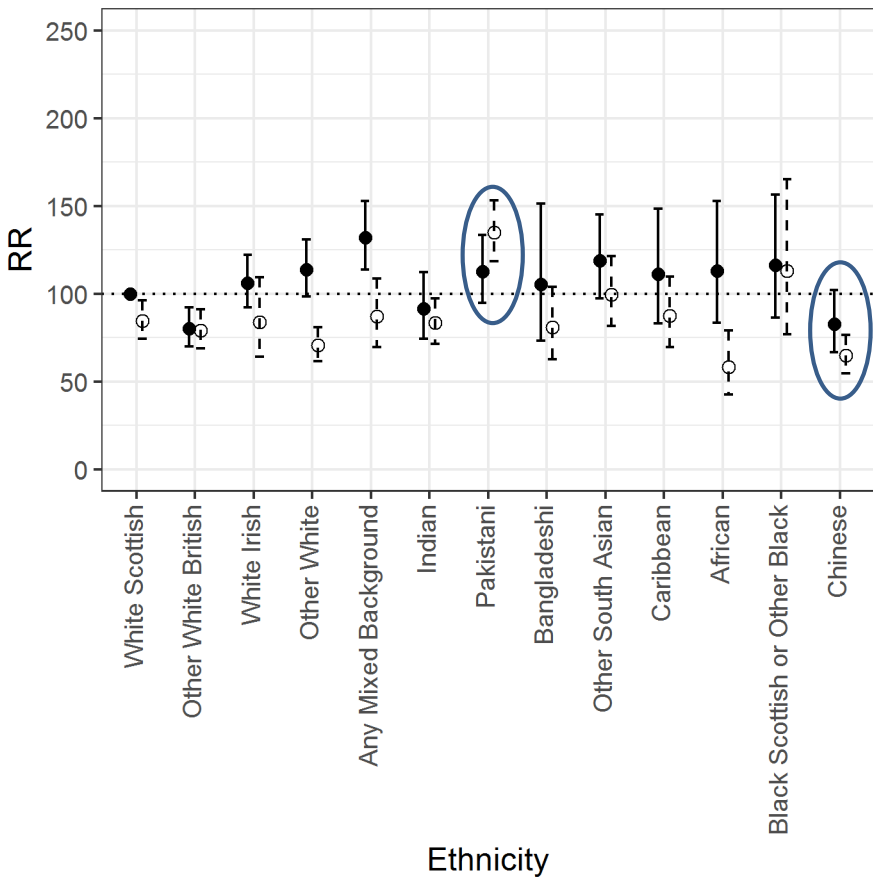
Ethnicity

Ethnicity

Mâles

Femelles

LLTI par ethnicité et pays de naissance



UKbirth

● Born in the UK

○ Born outside the UK

Mâles

Femelles

Comprendre les différences de tendances entre morbidité subjective et mortalité

- SAD – Différence culturelle
 - Différence d'interprétation, barrières de langage
 - Signification de santé
- Mortalité – biais
 - Biais du saumon, retour des migrants en mauvaise santé
 - Décès à l'étranger non déclaré
 - Manque de données d'émigration déclarées et fiables
- Supposons aucune de ces hypothèses
 - Tendance santé subjective reflète la santé objective
 - Pakistanais installés en Ecosse, NHS gratuit, moins tendance à émigrer et décéder à l'étranger

Multi-morbidité

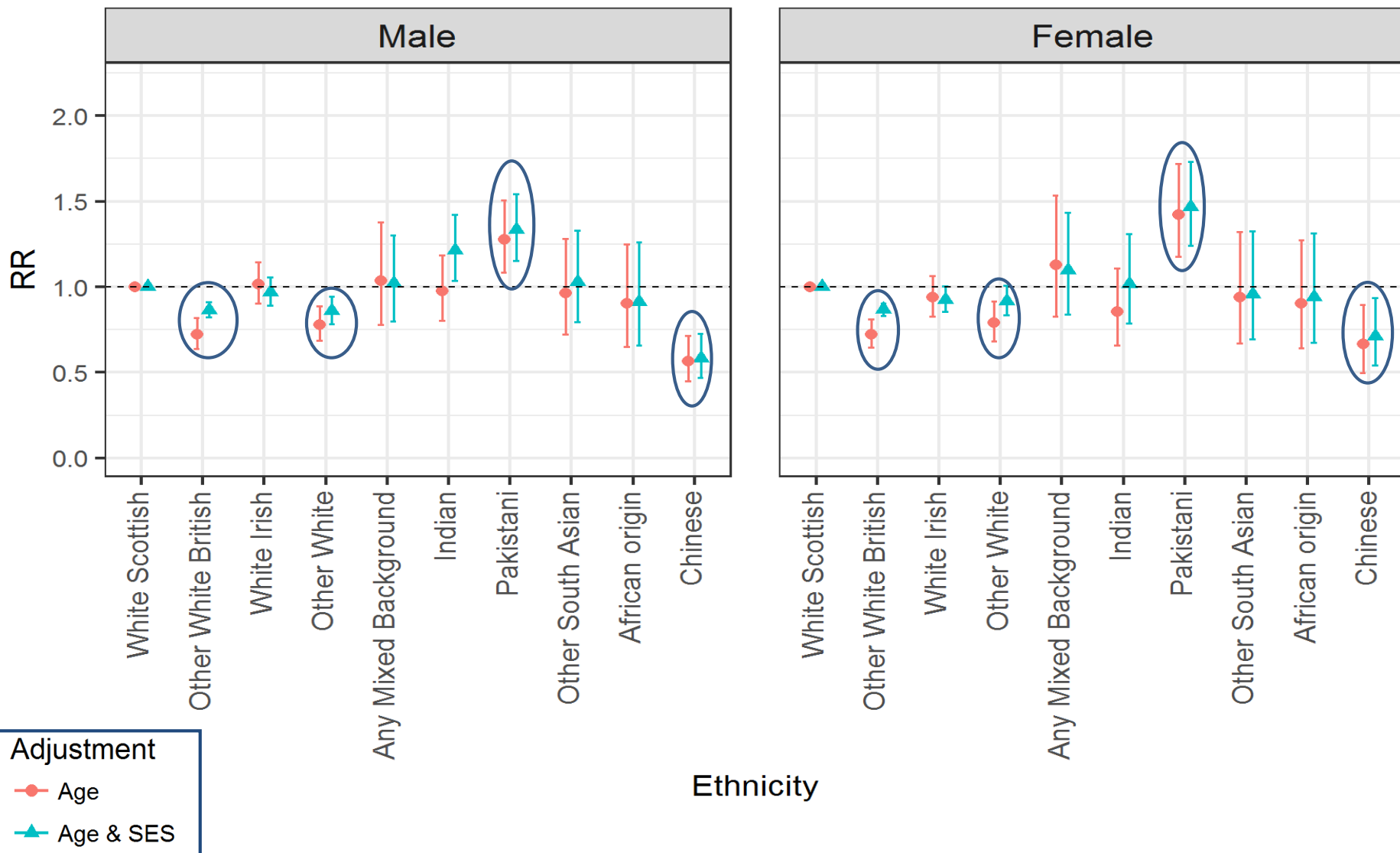
Multi-morbidité

- 12 années (2001-2013) de données d'hospitalisation avec le diagnostic principal (ICD10).
- Pas de standard en terme d'opérationnalisation
- Charlson index (1987), créé a partir de données d'hospitalisation pour sa forte association avec la mortalité.

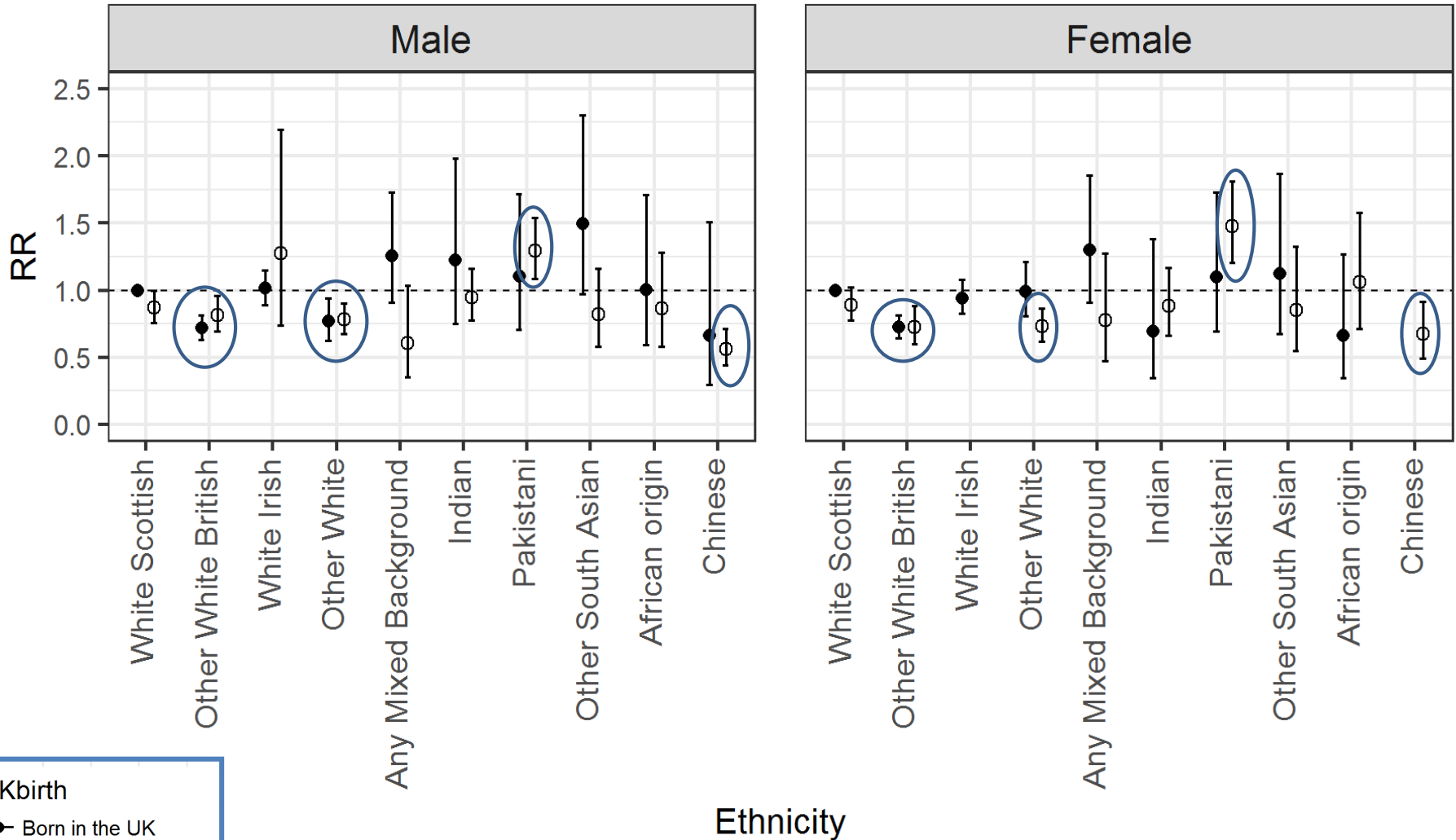
17 comorbidités: Myocardial infarction, Congestive heart failure, Peripheral vascular disease, Cerebrovascular disease, Dementia, Chronic pulmonary disease, Connective tissue disease, Ulcer disease, Mild liver disease, Diabetes, Hemiplegia, Moderate or severe renal disease, Diabetes with end organ damage, Cancer, Moderate or severe liver disease, Metastatic cancer and HIV related.

- Multimorbide (Yes/No): Au moins 2 comorbidités.
-> environ 120000 cas (3%)

Multi-morbidité



Multi-morbidité par ethnicité et pays de naissance



UKbirth
 ● Born in the UK
 ○ Born outside the UK

Conclusion

- Comparé à la population d'origine écossaise, l'avantage des minorités ethniques en terme mortalité ne reflète pas nécessairement un meilleur état de santé.
- Les tendances de différences ethniques de santé entre morbidité et mortalité converge pour certains groupes ethniques et diverge pour d'autres.

Comparé à la population d'origine écossaise,

- **Avantage** chez les autres Britanniques et autres Caucasiens qui s'explique en partie par leur avantage socio- économique.
- **Avantage** chez les Chinois qui ne s'explique pas par SES.
- Les Pakistanaïs vivent plus longtemps mais déclarent une plus mauvaise santé que les écossais, tendance qui coïncide avec un désavantage en terme de multi-morbidité.
- Morbidité défavorable chez les Indiens si on prend en compte SES.

Quelques réponses complémentaires

- Si la morbidité subjective coïncide à la morbidité objective chez les Pakistanais d'Écosse:
 - Est-ce que leur avantage en terme de mortalité est réel? Existe-t'il un biais du saumon (retour au pays d'origine des migrants âgés en mauvaise santé) à même d'expliquer cet avantage?
- Scottish Longitudinal Study (SLS; 5% population)
 - Recensements 2001 et 2011 liés : 12% décès, 2.5% émigration, 10% perdu de vue.
 - 7% des écossais sont perdu de vue contre 25-30% des minorités visibles
 - Le risque de déclarer une LLTI en 2001 chez les perdus de vue (comparé à ceux qui ont répondu au recensement en 2011) est 30% plus élevé chez les écossais mais à l'inverse, il est moins élevé chez les minorités visibles.

A poursuivre

- Rémigration des migrants âgés
- Comment ce phénomène affecte les inégalité de santé?

Merci!