

IMPACT DES INÉGALITÉS SOCIALES ET D'ACCÈS AUX SOINS SUR L'INCIDENCE ET LE PRONOSTIC DES PLAIES DU PIED CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC UN DIABÈTE // IMPACT OF SOCIAL INEQUALITIES AND ACCESS TO HEALTHCARE ON THE INCIDENCE AND PROGNOSIS OF FOOT ULCERS AMONG PEOPLE LIVING WITH DIABETES

Jean-Baptiste Bonnet^{1,2*} (jean-baptiste-bonnet@chu-montpellier.fr), Ariane Sultan^{1,3*}

¹ Service de nutrition-diabète, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier,

² Institut Desbrest d'épidémiologie et de santé publique, UMR 1318 Université de Montpellier – Inserm

³ PhyMedExp, Inserm U1046, CNRS UMR 9214, Université de Montpellier

* Les auteurs ont contribué à parts égales à l'article.

Soumis le 15.09.2025 // Date of submission: 09.15.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les plaies du pied chez les personnes vivant avec un diabète sont des complications sévères, résultant d'une neuropathie et/ou d'une artériopathie périphérique. Elles ne surviennent pas brutalement, mais après des années d'évolution de la maladie et de modifications architecturales du pied. Elles représentent une cause majeure de morbidité, altèrent profondément la qualité de vie et constituent la première cause d'amputation non traumatique dans les pays développés.

Objectif – Cette revue de littérature vise à explorer le lien entre précarité, tant individuelle que territoriale, et incidence, prise en charge et pronostic des plaies du pied diabétique.

Résultats – De nombreuses études montrent une association constante entre précarité socio-économique et majoration du risque de plaies du pied et d'amputations. Les personnes à faibles revenus, à faible niveau d'éducation ou sans couverture de soins adéquate ont un accès limité à la prévention, notamment podologique, entraînant un diagnostic plus tardif et un pronostic plus défavorable. Les territoires les plus précaires présentent également une incidence accrue de plaies, d'amputations et de mortalité. Toutefois, des parcours de soins structurés et multidisciplinaires, ainsi qu'un maillage territorial en soins primaires efficient peuvent atténuer ces inégalités.

Conclusion – La précarité a un impact négatif majeur sur la survenue et l'évolution des plaies du pied diabétique. Une organisation territoriale efficace, une meilleure accessibilité aux soins spécialisés et une approche globale intégrant les déterminants sociaux sont essentielles pour prévenir les complications et réduire le nombre d'amputations.

Introduction – *Diabetic foot ulcers are severe complications resulting from neuropathy and/or peripheral arterial disease in individuals with diabetes. These ulcers are not acute events but emerge after years of disease progression and architectural changes in the foot. They are associated with high morbidity, reduced quality of life, and are the leading cause of non-traumatic lower-limb amputation in developed countries.*

Objective – *This literature review aims to assess the relationship between social vulnerability, especially individual and territorial precarity, and the incidence, management, and outcomes of diabetic foot ulcers in France.*

Results – *Multiple studies reveal a consistent link between socioeconomic disadvantage and increased risk of diabetic foot ulcers and amputations. Individuals with lower income or education levels, or lacking adequate health coverage, have limited access to preventive care such as podiatry, leading to delayed management and worse outcomes. Communities with high deprivation indices show higher rates of foot ulceration, amputation, and mortality. However, well-organized multidisciplinary care pathways and local healthcare accessibility can significantly mitigate these risks, even in socioeconomically disadvantaged areas.*

Conclusion – *Precarity significantly worsens both the prevalence and prognosis of diabetic foot ulcers. Addressing social determinants of health is essential for improving outcomes. Strengthening territorial healthcare networks, improving access to podiatric and multidisciplinary care, and integrating social support systems are key strategies to reduce complications and prevent amputations in vulnerable populations.*

Mots-clés : Pied diabétique, Précarité, Diabète, Amputation

// **Keywords:** Diabetic foot ulcer, Social vulnerability, Diabetes, Amputation

Introduction

Les plaies du pied chez la personne vivant avec un diabète, plus simplement nommées « plaies du pied diabétique » ou « pied diabétique », sont la conséquence d'une neuropathie des membres inférieurs et/ou d'une atteinte artérielle principalement distale¹. La plaie du pied survient le plus souvent après des années d'évolution de la maladie, chez une personne présentant déjà un diabète multi-compliqué².

Cette complication reste fréquente et touche presque un quart de la population vivant avec un diabète au cours de sa vie¹. Elle continue à progresser en France avec une incidence des hospitalisations pour pied diabétique qui est passée de 5,5 pour 1 000 personnes vivant avec un diabète en 2010 à 8% en 2016³. Cette incidence reste inférieure à celle observée dans d'autres pays à hauts revenus, où une stabilisation, voire une diminution, est rapportée⁴. Néanmoins, en France, le nombre d'amputations (quel que soit le niveau du membre inférieur) diminue sur la période 2008-2014 de 3% à 2,6%⁵. Le diabète y reste toutefois encore la première cause d'amputation non traumatique.

Le traitement repose sur la prévention et une prise en charge globale de la personne par une équipe multidisciplinaire⁶, selon des recommandations régulièrement actualisées par l'*International Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF) et la Société franco-phone du diabète (SFD)^{6,7}.

Cette prise en charge mobilise un grand nombre d'acteurs du soin et comporte beaucoup de contraintes sociales pour le patient tenu à la décharge la plus stricte possible. Il s'agit donc de considérer l'individu vivant avec un diabète avec plaie du pied ou à risque de plaie du pied dans son environnement, incluant le niveau de précarité.

La précarité constitue un déterminant majeur de santé publique, dont l'impact peut être analysé à l'échelle individuelle ou territoriale. Elle est également associée à un moins bon équilibre glycémique, à une moindre adhésion thérapeutique et à un dépistage insuffisant des complications, facteurs eux-mêmes associés au risque de plaie du pied diabétique⁸.

Sur ce sujet, nous devons reprendre la distinction faite entre précarité et exclusion. La première est définie comme « l'incapacité des individus à participer pleinement à la vie de leur communauté ou de leur société », lorsque la seconde parle de « l'absence de participation à un éventail plus large d'activités sociales, culturelles et politiques ». Cette définition est finalement plus proche de ce qui pourra être vécu par des personnes, notamment du fait de la mise en décharge de leur membre inférieur. Par commodité, nous continuerons à parler de précarité, mais dans un certain nombre de situations, il faudra donc y entendre « exclusion »⁹.

En ce qui concerne l'échelle d'analyse, la précarité peut être considérée au niveau de l'individu ou d'un territoire. Ce dernier peut être considéré à différentes échelles, du quartier à l'échelle nationale. L'individu peut être considéré au sens strict du terme ou au

niveau de son groupe social dans lequel il peut, ou pas, bénéficier d'un certain nombre de sécurités d'entraide.

L'objectif de cette revue de littérature est donc de faire le point sur la relation entre précarité et pied diabétique.

Méthode

Nous avons réalisé une revue narrative de littérature reposant sur une recherche systématique dans la base de données Medline® (via PubMed). La recherche a porté sur les articles originaux et les revues de littérature publiés en langue française ou anglaise. Les mots-clés utilisés, seuls ou combinés à l'aide des opérateurs booléens, comprenaient notamment : « *Diabetic foot ulcer* », « *Diabetes complications* », « *Social deprivation* », « *Socioeconomic status* », « *Health inequalities* », « *Precarity* », « *Healthcare access* », « *Amputation* » et « *Territorial deprivation* ».

La pertinence des articles identifiés a été évaluée dans un premier temps sur la base du titre et du résumé. Les articles jugés pertinents ont ensuite fait l'objet d'une lecture intégrale. Les références bibliographiques des articles retenus ont été examinées afin d'identifier des travaux complémentaires. Ont été inclus ceux étudiant l'association entre précarité individuelle ou territoriale et l'incidence, la prévention, la prise en charge ou le pronostic des plaies du pied chez les personnes vivant avec un diabète.

Cet article évoque donc premièrement la précarité à l'échelle individuelle en se concentrant sur la précarité financière, puis sur le niveau socio-économique plus général de la personne. Ensuite, un focus est réalisé sur l'individu au sein d'une communauté socioculturelle. Ceci permet, enfin, d'explorer le niveau territorial avec les gradients socio-économiques puis d'offre de soins. Pour chacun de ces thèmes et sous-thèmes, nous tentons d'aborder l'incidence, la prévention, puis le pronostic de la plaie.

Résultats

Précarité à l'échelle individuelle

Précarité financière

Selon les données de Santé publique France, le fait de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est un facteur de risque d'hospitalisation pour plaie du pied diabétique avec une incidence de 4,55% personnes traitées pour un diabète (type 1 ou 2) sans CMU-C et de 6,39%. Le nombre d'amputations du membre inférieur suit les mêmes dynamiques avec 1,47% sans CMU-C et 2,5 avec (les analyses pour la CMU-C ne prenant en compte que les personnes de moins de 60 ans, les taux d'incidence sont inférieurs aux statistiques de la population générale)³.

Sur la question du panier de soins couvert, défini comme l'ensemble des prestations de santé prises en charge par un régime d'assurance maladie, une étude intéressante de Luu et coll. reprend les

données du programme public d'assurance maladie américain destiné aux personnes à faibles revenus, Medicaid. Les auteurs montrent qu'un remboursement des soins de pédicurie-podologie est associé à une diminution du risque d'amputation majeure (au-dessus de la cheville) avec un *odds ratio* (OR) de 0,52 (intervalle de confiance à 95% [IC95%]: [0,30-0,88] ; $p=0,01$). A contrario, le remboursement des soins de pédicurie est associé à une augmentation de l'incidence des amputations mineures (1,58 [1,21-2,06] ; $p=0,01$). Ces résultats suggèrent qu'une couverture incluant des soins de prévention favorise une prise en charge plus précoce et limite la gravité des complications. Les auteurs estiment qu'un dollar investi dans la podologie permettrait d'éviter 48 dollars de coûts hospitaliers¹⁰. Cette estimation ne prend toutefois pas en compte les conséquences fonctionnelles et sociales associées aux amputations majeures. Cependant, malgré le remboursement, seule une personne sur quatre a bénéficié d'une consultation podologique dans l'année précédant la plaie¹¹.

Une organisation structurée du parcours de soins peut atténuer l'effet de la précarité sociale. C'est ce que montre une étude américaine. Le risque relatif d'hospitalisation pour gangrène, par rapport à une population bénéficiant d'une assurance santé classique, est de 2,77 [2,20-3,32] pour les personnes sans assurance, alors qu'il n'est que de 1,53 [1,18-1,89] pour les personnes bénéficiant de Medicaid¹².

Niveau socio-éducatif

L'étude Entred explore à la fois le niveau d'éducation des personnes vivant avec un diabète et « leur capacité à finir le mois » (auto-déclaration). Les personnes ayant atteint un niveau maximal égal ou inférieur à l'école primaire présentent un OR de complication podologique de 1,70 [1,20-2,40] ($p<0,05$), globalement identique aux personnes ayant des difficultés à finir le mois (1,70 [1,20-2,20], $p<0,05$). L'effet n'est plus statistiquement significatif à partir du niveau « brevet ». Cet élément n'est pas spécifique au pied diabétique et se retrouve sur le recours à un endocrinologue ou le dosage du LDL-cholestérol (0,70 [0,60-0,90], $p<0,05$). Ces mêmes personnes se sentent moins bien informées sur le diabète (0,70 [0,50-0,90], $p<0,05$), et sont plus anxieuses sur leur avenir avec cette pathologie (0,70 [0,60-0,90], $p<0,05$)¹³.

L'individu dans une communauté

Les communautés les plus précaires présentent à la fois le plus haut risque de plaie du pied diabétique et le pronostic le plus défavorable d'amputation et/ou de mortalité. Dans une étude anglaise de Nishino et coll., les communautés anglaises « noires » et « sud-asiatiques » (pour reprendre leur désignation) présentent, respectivement, un surrisque de réhospitalisation pour diabète de 1,22 [1,09-1,37] ($p=0,001$), et 2,62 [2,51-2,74] ($p<0,001$)¹⁴. Néanmoins, au sein de ces communautés, la précarité ne joue pas nécessairement le même rôle. Les populations anglaises

dites « blanches » les plus précaires présentent un gradient de risque relatif progressif corrélé à la précarité jusqu'à 1,25 pour les plus précaires. Au contraire, les populations britanniques « sud-asiatiques » et « noires » les plus précaires ne sont pas plus à risque que les plus aisées¹⁴. Ainsi, l'existence de réseaux de soutien communautaires peut atténuer l'impact de la précarité.

Précarité à l'échelle du territoire

Précarité sociale

L'impact négatif de la précarité sur la prévalence puis le pronostic de la plaie du pied diabétique à l'échelon du territoire est globalement constant. Hurst et coll. montrent, sur l'incidence des plaies du pied, un effet seuil de plus d'1 pour 3 ($p<0,001$) entre l'avant-dernier et le plus précaire des quintiles de « quartiers ». La différence est moins marquée entre les autres quintiles¹⁵.

Sur le plan pronostic, nous avions confirmé l'association entre le niveau de précarité du quartier et le risque d'amputation majeure à 1 an en France. Cette étude avait été effectuée grâce aux données du Système national des données de santé (SNDS), en utilisant l'indice écologique de précarité sociale mesuré à l'échelle communale de 2015 (FDep15). Après ajustement, les personnes vivant dans les 10% des communes les plus précaires présentaient un *hazard ratio* (HR) d'amputation de 1,17 [1,06-1,29] ($p<0,01$). Cet effet est du même ordre de grandeur que celui de l'insuline (1,28 [1,20-1,37], $p<0,001$), autre facteur associé bien identifié d'amputation du membre inférieur après plaie du pied¹¹. Zhang et coll. confirment cette observation sur une cohorte américaine pour le taux de réamputation à 1 an : les personnes vivant dans les quartiers les plus précaires présentent un OR de 1,74 [1,02-2,97] ($p=0,04$), comparé aux quartiers les moins précaires¹⁶. Hurst et coll., en plus de la question de l'incidence, retrouvent le même type de résultats en défaveur du quintile de quartiers les plus précaires pour le taux d'amputation et le taux de mortalité¹⁵.

L'impact de la précarité territoriale varie toutefois selon l'échelle géographique considérée, en particulier lorsque des quartiers défavorisés sont entourés de zones plus favorisées. Les données observées sont alors similaires à celles des quartiers environnants. L'inverse est également observé, correspondant à un effet « *pull-up/pull-down* » décrit dans la littérature¹⁷. Les dynamiques territoriales peuvent ainsi moduler l'impact de la précarité locale. Cet élément renforce l'idée que la structuration de l'espace public est probablement plus impactant que la précarité à l'échelle individuelle stricte.

À l'échelle internationale, l'incidence des amputations majeures du membre inférieur est globalement corrélée au taux d'indice de développement humain (IDH) et au produit intérieur brut (PIB) par habitant. Le taux annuel standardisé d'amputation majeure (au-dessus de la cheville) pour 100 000 personnes

vivant avec un diabète est de 20 pour 100 000 au Mexique, contre 5,9 pour 100 000 en Norvège¹⁸.

Accès aux soins

Sur le plan de la prévention, Khunti et coll. montrent que le suivi par un podologue est directement associé à l'indice de précarité mesuré (ici le score Townsend, indice de précarité socio-économique mesuré à l'échelle territoriale, fondé sur des indicateurs agrégés tels que le chômage, la non-propriété du logement, le surpeuplement des logements et l'absence de véhicule, p<0,001)¹⁹.

Sur le plan pronostic, dans notre étude sur le taux d'amputation majeure dans une population avec plaie du pied incidente, seule l'accessibilité à une consultation avec un infirmier libéral (mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée – APL –, qui combine l'offre de soins, les besoins de la population et la distance d'accès) était associée à un plus faible taux d'amputation (médio-pied ou au-dessus, à 1 an, HR ajusté: 0,89 [0,82-0,96], p<0,001). Nous ne retrouvions pas cette donnée pour l'accessibilité à une consultation de médecine générale¹¹.

De manière un peu semblable, Campbell et coll. montrent que les populations de patients bénéficiant d'un programme de prise en charge multidisciplinaire (médecin spécialisé, chirurgien vasculaire, pédicure-podologue, infirmier spécialisé en plaies et cicatrisations, plateau de radiologie interventionnelle et travailleurs sociaux) présentent des taux d'amputation et de mortalité similaires à ceux de notre étude, alors qu'ils présentent plus de comorbidités et habitent des zones plus dégradées²⁰. Ils concluent que l'implémentation de leur parcours de soins a permis de gommer les effets de la précarité. Ces résultats soulignent l'importance de l'organisation des parcours de soins et du contexte territorial dans l'analyse des inégalités d'accès aux soins.

Discussion

Association entre précarité, incidence et pronostic des plaies du pied diabétique

Cette revue de littérature met en évidence une association constante entre la précarité, qu'elle soit individuelle ou territoriale, et l'incidence, ainsi que le pronostic, des plaies du pied chez les personnes vivant avec un diabète. Les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique présentent un risque accru de survenue de plaies, d'amputation et de mortalité, en France comme à l'international. Ces résultats sont cohérents avec les données issues de grandes bases médico-administratives et d'études observationnelles, qui montrent que la plaie du pied survient le plus souvent chez des personnes déjà exposées à un cumul de complications du diabète et de déterminants sociaux défavorables. La précarité apparaît ainsi comme un marqueur transversal de risque, influençant à la fois la prévention, le délai de diagnostic et l'évolution des plaies.

Rôle des parcours de soins et de l'organisation territoriale

Les données analysées suggèrent toutefois que l'impact de la précarité n'est pas irréversible. Une meilleure couverture des soins préventifs, notamment podologiques, ainsi qu'un accès facilité aux soins infirmiers et aux soins de premier recours sont associés à une réduction du risque de complications sévères, y compris d'amputation majeure. À l'échelle territoriale, l'accessibilité aux soins primaires et l'existence de parcours coordonnés apparaissent comme des facteurs déterminants du pronostic. Les études menées dans des contextes variés montrent que des organisations de soins structurées et multidisciplinaires peuvent atténuer, voire neutraliser, l'effet négatif de la précarité sociale, y compris dans des populations vivant dans des zones défavorisées. Ces résultats soulignent l'importance de dissocier les effets de la précarité individuelle de ceux liés à l'organisation des systèmes de soins et au maillage territorial.

Implications en santé publique et limites

Ces éléments plaident en faveur d'une approche globale du pied diabétique, intégrant les déterminants sociaux de santé dans la prévention et la prise en charge. Le renforcement de l'accessibilité aux soins de prévention, le développement de parcours de soins coordonnés et multidisciplinaires, ainsi qu'une organisation territoriale adaptée constituent des leviers majeurs pour réduire les inégalités de pronostic.

Les dispositifs d'assurance maladie reposent principalement sur des critères de précarité financière, qui ne reflètent pas l'ensemble des contraintes sociales associées au pied diabétique, notamment celles liées à la mise en décharge prolongée. La prise en compte de dimensions sociales et professionnelles, ainsi que de l'isolement, apparaît essentielle pour mieux caractériser les parcours de soins.

Cette revue présente néanmoins certaines limites, liées à l'hétérogénéité des indicateurs de précarité utilisés et au caractère majoritairement observationnel des études disponibles. Malgré cela, la convergence des résultats observés dans différents contextes renforce la robustesse du message principal : une organisation des soins adaptée peut réduire significativement l'impact de la précarité sur les complications du pied diabétique.

Conclusion

La précarité est un élément globalement constant dans son impact négatif sur la prévalence de la plaie du pied de la personne vivant avec un diabète, son pronostic fonctionnel, voire vital, et dans les répercussions sociales de la prise en charge ou de l'éventuelle amputation. Une structuration du parcours de soins par le maillage territorial et des équipes multidisciplinaires permet cependant d'en diminuer les effets. ■

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2367-75.
- [2] Höhn A, McGurnaghan SJ, Caparrotta TM, Jeyam A, O'Reilly JE, Blackbourn LA, et al. Large socioeconomic gap in period life expectancy and life years spent with complications of diabetes in the Scottish population with type 1 diabetes, 2013-2018. *PLoS One.* 2022;17(8):e0271110.
- [3] Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 8 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/le-poids-du-diabete-en-france-en-2016-synthese-epidemiologique>
- [4] Lazzarini PA, Cramb SM, Golledge J, Morton JI, Magliano DJ, Van Netten JJ. Global trends in the incidence of hospital admissions for diabetes-related foot disease and amputations: A review of national rates in the 21st century. *Diabetologia.* 2023;66(2):267-87.
- [5] Amadou C, Denis P, Cosker K, Fagot-Campagna A. Less amputations for diabetic foot ulcer from 2008 to 2014, hospital management improved but substantial progress is still possible: A French nationwide study. *PLoS One.* 2020;15(11):e0242524.
- [6] Hinchliffe RJ, Forsythe RO, Apelqvist J, Boyko EJ, Fitridge R, Hong JP, et al. Guidelines on diagnosis, prognosis, and management of peripheral artery disease in patients with foot ulcers and diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36(Suppl 1):e3276.
- [7] Sultan A, Bihann H, Bouillet B, Bouly M, Bourgeon M, Cellier N, et al. Référentiel pied diabétique SFD 2024. Médecine des maladies métaboliques. 2024;18(2):174-97. <https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels>
- [8] Tatulashvili S, Fagherazzi G, Dow C, Cohen R, Fosse-Edorh S, Bihann H. Socioeconomic inequalities and type 2 diabetes complications: A systematic review. *Diabetes Metab.* 2020;46(2):89-99.
- [9] Chandola T, Conibere R. Social exclusion, social deprivation and health. In: Wright JD (dir.). International encyclopedia of the social and behavioral sciences (Second edition). Oxford: Elsevier; 2015. p. 285-90.
- [10] Luu IY, Hong AT, Lee A, Arias JC, Shih CD, Armstrong DG, et al. Improved diabetic foot ulcer outcomes in Medicaid beneficiaries with podiatric care access. *Diabetology.* 2024;5(5):491-500.
- [11] Bonnet JB, Duflos C, Huguet H, Avignon A, Sultan A. Epidemiology of major amputation following diabetic foot ulcer: Insights from recent nationwide data in the French national health registry (SNDS). *Diabetes Metab.* 2025;51(2):101606.
- [12] Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA.* 1992;268(17):2388-94.
- [13] Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihann H, Eschwege E, Gautier A, et al. Impact of socio-economic position on health and quality of care in adults with type 2 diabetes in France: The Entred 2007 study. *Diabet Med.* 2015;32(11):1438-44.
- [14] Nishino Y, Gilmour S, Shibuya K. Inequality in diabetes-related hospital admissions in England by socioeconomic deprivation and ethnicity: Facility-based cross-sectional analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0116689.
- [15] Hurst JE, Barn R, Gibson L, Innes H, Bus SA, Kennon B, et al. Geospatial mapping and data linkage uncovers variability in outcomes of foot disease according to multiple deprivation: A population cohort study of people with diabetes. *Diabetologia.* 2020;63(3):659-67.
- [16] Zhang GQ, Canner JK, Kayssi A, Abularage CJ, Hicks CW. Geographical socioeconomic disadvantage is associated with adverse outcomes following major amputation in diabetic patients. *J Vasc Surg.* 2021;74(4):1317-26.e1.
- [17] Cox M, Boyle PJ, Davey PG, Feng Z, Morris AD. Locality deprivation and type 2 diabetes incidence: A local test of relative inequalities. *Soc Sci Med.* 2007;65(9):1953-64.
- [18] Organisation for economic co-operation and development (OECD). Health at a Glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD; 2019. 243 p. https://www.oecd-ilibrary.org/social-is-sues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
- [19] Khunti K, Ganguli S, Lowy A. Inequalities in provision of systematic care for patients with diabetes. *Fam Pract.* 2001;18(1):27-32.
- [20] Campbell DB, Gutta G, Sobol CG, Atway SA, Haurani MJ, Chen XP, et al. How multidisciplinary clinics may mitigate socioeconomic barriers to care for chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg.* 2024;80(4):1226-37.e2.

Citer cet article

Bonnet JB, Sultan A. Impact des inégalités sociales et d'accès aux soins sur l'incidence et le pronostic des plaies du pied chez les personnes vivant avec un diabète. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(5-6):100-4. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/5-6/2026_5-6_4.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0*. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

